

**Шевчук В.І., Беляєва Н.М., Яворовенко О.Б.**



**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ  
ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА  
УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ  
ОПЕРАЦІЇ**

**Шевчук В.І., Беляєва Н.М., Яворовенко О.Б.**

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ  
ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ  
ТА УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ  
ОПЕРАЦІЇ**

**Вінниця 2015**

УДК 613.67

ББК 51.1(4УКР)2

Ш 37

**Колектив авторів:**

В.І. Шевчук, Н.М. Беляєва, О.Б. Яворовенко

**Рецензенти:** заслужений діяч науки і техніки України, професор І.С. Зозуля  
академік АМН України, професор В.М. Коваленко

**Медико-соціальна реабілітація інвалідів військової служби та учасників антитерористичної операції:** Наукове видання. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2015. – 256 с.

ISBN 978-617-7171-42-2

У виданні представлені сучасні теоретичні та практичні питання медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби та учасників антитерористичної операції (АТО) на Сході України. Узагальнений існуючий на сьогодні в українському законодавстві масив законодавчо-нормативних документів по медико-соціальній допомозі військовослужбовцям – учасникам та інвалідам бойових дій; висвітлений досвід, який накопичився на даний момент в закладах та організаціях різного відомчого спрямування щодо надання послуг з медичної, психологічної, соціальної, професійно-трудової та інших видів реабілітації військовослужбовцям, які втратили здоров'я внаслідок проведення АТО на Сході нашої країни, а також досвід зарубіжних країн з питань реабілітації військовослужбовців, що стали інвалідами внаслідок локальних військових конфліктів.

Розглянуті шляхи розвитку системи медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО. Представлена типова схема побудови реабілітаційного центру для комплексної реабілітації інвалідів військової служби та бойових дій. Наведений перелік нормативно-правових документів, які можуть бути корисними для вирішення питань медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО.

Видання адресоване фахівцям закладів охорони здоров'я (лікарям медико-соціальних експертних комісій, ЛКК лікувально-профілактичних установ, госпіталів ветеранів війн), медичних закладів системи Міністерства оборони, санаторно-курортних закладів, реабілітаційних установ, служби соціального захисту населення, центрів зайнятості, центрів соціальних служб, громадським організаціям, що займаються питаннями ветеранів АТО.

ISBN 978-617-7171-42-2

© В.І. Шевчук, Н.М. Беляєва, О.Б. Яворовенко, 2015

## ЗМІСТ

	Стор.
Перелік умовних скорочень.....	5
ВСТУП.....	7
<b>РОЗДІЛ 1. Правові, організаційні та методичні питання реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО.....</b>	<b>9</b>
1.1. Теоретичні основи медико-соціальної реабілітації інвалідів.....	9
1.2. Правові основи реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО.....	34
<b>РОЗДІЛ 2. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО.....</b>	<b>44</b>
2.1. Медична реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО.....	44
2.1.1. Реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО в госпіталах для ветеранів війн.....	46
2.1.2. Реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО в інших закладах.....	60
2.2. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби при деяких захворюваннях.....	65
2.2.1. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях нервової системи.....	66
2.2.2. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях опорно-рухового апарату.....	74
2.2.3. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО з травмами органу зору.....	78
2.2.4. Особливості медико-соціальної експертизи інвалідів військової служби та учасників АТО з патологією внутрішніх органів.....	82
2.2.5. Особливості медико-соціальної експертизи та комплексної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО з післятравматичними стресовими розладами (ПТСР).....	88
2.2.5.1. Медико-соціальна значущість ПТСР.....	87
2.2.5.2. Діагностика післятравматичного стресового розладу.....	91
2.2.5.2.1. Критерії діагностики ПТСР.....	91
2.2.5.2.2. Психодіагностичні дослідження ПТСР.....	92
2.2.5.3. Методики комплексної медико-психологічної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО з ПТСР.....	94
2.2.5.4. Алгоритми та особливості здійснення психологічної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО.....	99
2.2.5.5. Заклади та структури, що здійснюють психологічну реабілітацію інвалідів військової служби та учасників АТО.....	101
2.2.5.6. Складності соціально-психологічної адаптації інвалідів локальних військових конфліктів та шляхи їх подолання.....	109
2.3. Соціальна реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО.....	112
2.3.1. Основні поняття соціальної реабілітації.....	113
2.3.2. Соціальна робота та її місце соціальної роботи в медико-соціальній реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО.....	114
2.3.3. Соціальний захист інвалідів військової служби та учасників АТО.....	125
2.4. Методичні основи забезпечення учасників АТО технічними засобами реабілітації.....	140
2.5. Професійно-трудова реабілітація інвалідів військової служби та учасників	

АТО .....	149
2.5.1. Профорієнтація та її особливості в роботі з інвалідами військової служби.....	150
2.5.2. Питання професійного навчання та перенавчання інвалідів військової служби та учасників АТО.....	160
2.5.3. Зайнятість інвалідів військової служби та учасників АТО. Форми і методи роботи Служби зайнятості з учасниками АТО.....	175
<b>РОЗДІЛ 3. Шляхи розвитку системи медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТ.....</b>	<b>187</b>
3.1. Невирішені питання та шляхи удосконалення системи реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО.....	187
3.2. Типова схема побудови реабілітаційного центру для комплексної реабілітації інвалідів військової служби та БД.....	193
<b>РОЗДІЛ 4. Нормативно-правові документи, які можуть бути корисними для вирішення питань медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО.....</b>	<b>202</b>
<b>Література та джерела.....</b>	<b>214</b>
<b>Додатки.....</b>	<b>234</b>
<i>Додаток 1.</i> Адреси та телефони госпіталів ветеранів війни України .....	234
<i>Додаток 2.</i> Відповідальні особи структурних підрозділів соціального захисту населення.....	237
<i>Додаток 3.</i> Перелік протезно-ортопедичних підприємств вітчизняної галузі..	242
<i>Додаток 4.</i> Контактні телефони обласних (міських) військових комісаріатів..	251
<i>Додаток 5.</i> Анкета опитування учасника АТО щодо соціальної та професійної адаптації.....	253
<i>Додаток 6.</i> Інформація щодо санаторіїв переможців державних закупівель послуг з санаторно-курортного лікування учасників АТО.....	254
<i>Додаток 7.</i> Інша довідкова інформація.....	255

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ:

АГ – артеріальна гіпертензія  
АСУ – автоматизовані системи управління  
АТ – артеріальний тиск  
АТО – антитерористична операція  
АТЦ – антитерористичний центр  
БВПД – безоплатна вторинна правова допомога  
БД – бойові дії  
БПТ – бойова психічна травма  
ВВ – ветерани воєн  
ВЛК – військово-лікарська комісія  
ВМКЦ – військово-медичний клінічний центр  
ВМС – військово-морські сили  
ВНЗ – вищий навчальний заклад  
ВНМУ – Вінницький національний медичний університет  
ВОІ – Всеукраїнська Організація Інвалідів  
ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я  
ВПС – військово-повітряні сили  
ВРУ – Верховна Рада України  
ВХ – виразкова хвороба  
ГВМКЦ «ГВКГ» – Головний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь».  
ГМ – головний мозок  
ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу  
ГХ – гіпертонічна хвороба  
ДЕП – дисциркуляторна енцефалопатія  
ДЗ – державний заклад  
ДН – дихальна недостатність  
ДОА – деформуючий остеоартроз  
ДП – державне підприємство  
ДПтС – державна пенітенціарна служба  
ДСНС – державна служба з надзвичайних ситуацій  
ЕОМ – електронно-обчислювальні машини  
ЖВ – жовчовивідні  
ЖЕО – житлово-експлуатаційне об'єднання  
ЗНО – зовнішнє незалежне оцінювання  
ЗС – Збройні Сили  
ЗУ – Закон України  
ІПР – індивідуальна програма реабілітації  
ІХС – ішемічна хвороба серця  
КЗ – комунальний заклад  
КЗпП – Кодекс законів про працю України  
КМДА – Київська міська державна адміністрація

КМУ – Кабінет Міністрів України  
КРГ – клініко-реабілітаційні групи  
ЛВК – локальні військові конфлікти  
ЛКК – лікарсько-консультативна комісія  
ЛНА на ЧАЕС – ліквідація наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції  
ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад  
ЛФК – лікувальна фізична культура  
МВТ – мінно-вибухова травма  
МВС – Міністерство внутрішніх справ  
МКХ-10 – Міжнародна Кваліфікація Хвороб 10-го перегляду  
МО – Міністерство оборони  
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я  
МРЦ – медичний реабілітаційний центр  
МСЕ – медико-соціальна експертиза  
МСЕК – медико-соціальна експертна комісія  
НВП – національний валовий продукт  
НГУ – Національна гвардія України  
НДІ – науково-дослідний інститут  
НПЦ – науково-практичний центр  
ОГД – одноразова грошова допомога  
ОДА – обласна державна адміністрація  
ООН – Організація Об'єднаних Націй  
ОРА – опорно-руховий апарат  
ПТСР – післятравматичний стресовий розлад  
РЛС – радіолокаційна станція  
СБУ – Служба безпеки України  
СЕС – санітарно-епідеміологічна станція  
ССЗ – серцево-судинні захворювання  
ССС – серцево-судинна система  
ТВД – театр військових дій  
ТЗР – технічні засоби реабілітації  
УБД – учасник бойових дій  
УП та СЗН – управління праці та соціального захисту населення  
ФЗД – функція зовнішнього дихання  
ФК – функціональний клас  
ЦД – цукровий діабет  
ЦНС – центральна нервова система  
ЦПТО – центри професійно-технічної освіти  
ЧМТ – черепно-мозкова травма  
ЧПК – числове програмне керування  
ШКТ – шлунково-кишковий тракт

## ВСТУП

Проблема надання допомоги особам з обмеженими можливостями належить до числа найбільш важливих і актуальних в рамках соціальної політики будь-якої держави. Одним із принципів формування цієї політики вважається концепція незалежного життя інвалідів, яке забезпечує зниження соціального навантаження на державу і суспільство, виступає джерелом поповнення трудових ресурсів, надає можливість ефективного використання робочої сили.

У світі сформувалася досить велика категорія осіб з інвалідністю, в тому числі – інвалідів бойових дій та Збройних Сил, для яких складно подолати певні внутрішні бар'єри та обмеження зовнішнього середовища без підтримки з боку держави, громадських організацій, бізнесу тощо. Конструктивне усунення цих перешкод, яке виражається в ефективній і продуманій соціально-економічній політиці, сприяє залученню та інтеграції інвалідів у життя суспільства.

Різні країни мають свій досвід реабілітаційних програм, реалізованих з урахуванням національних медичних шкіл та традицій. В сучасних умовах цей досвід потребує узагальнення для консолідації зусиль щодо забезпечення захисту прав інвалідів бойових дій та антитерористичних операцій.

Аналіз існуючого теоретичного і практичного досвіду реабілітації в нашій державі дозволяє виділити 3 основні групи військовослужбовців-інвалідів: інваліди бойових дій; військовослужбовці-інваліди внаслідок захворювань, отриманих у період проходження служби; військовослужбовці-інваліди внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС.

Антитерористична операція (АТО), що відбувається на Сході України, забирає тисячі людських життів – кращий генетичний потенціал української нації. Госпіталі по всій країні щоденно приймають на лікування поранених військових із зони АТО. В окремих випадках учасники бойових дій можуть перебувати на лікуванні до півроку, але, незалежно від періоду лікування, всі вони зіштовхуються із проблемою необхідності ефективної реабілітації.

В умовах війни реабілітація військовослужбовців має загальнодержавне значення, є важливою складовою обороноздатності країни. Для вирішення цієї задачі необхідно об'єднати зусилля держави і суспільства, а також спиратися на передовий зарубіжний досвід.

Комплексна реабілітація інвалідів військової служби та учасників бойових дій (учасників АТО) повинна передбачати законодавчо закріплені гарантії та аспекти реабілітації й адаптації, що включають: медичну реабілітацію; протезування та ортезування, забезпечення технічними засобами реабілітації; психологічну реабілітацію; соціальну реабілітацію; професійно-трудова реабілітацію.



Саме цим питанням присвячено даний посібник, в якому автори спробували узагальнити весь існуючий на сьогодні в українському законодавстві масив нормативно-законодавчих документів по медико-соціальній допомозі військовослужбовцям – учасникам та інвалідам бойових дій, досвід, який накопичився на даний момент в закладах та організаціях різного відомчого спрямування щодо надання послуг з медичної, психологічної, соціальної, професійно-трудової та інших видів реабілітації військовослужбовцям, які втратили здоров'я внаслідок проведення АТО на Сході нашої країни, а також досвід зарубіжних країн з питань реабілітації військовослужбовців, що стали інвалідами внаслідок локальних військових конфліктів.

## Розділ 1.

# ПРАВОВІ, ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ АТО

### 1.1. Теоретичні основи медико-соціальної реабілітації інвалідів

Згідно з документами ООН (1994), термін «інвалідність» включає в себе значну кількість різних функціональних обмежень, які зустрічаються серед населення у всіх країнах світу [86]. Інвалідність може бути наслідком фізичних, розумових або сенсорних дефектів стану здоров'я або психічних захворювань.

Причини і наслідки інвалідності різні в залежності від соціально-економічних умов у різних країнах. При цьому ідея створення ефективної економічної системи зі збереженням духовних цінностей є важкодоступною. Підтримка соціальних інститутів, гарантія основних прав і забезпечення рівних можливостей є актуальними для соціальної політики багатьох держав.

В силу цілого ряду економічних, соціальних і демографічних причин у всьому світі спостерігається неухильне зростання кількості осіб, які втратили працездатність і стали інвалідами.

Специфічними факторами, які можуть вплинути на майбутню долю інвалідів, у світовому масштабі є: 1) зміни у віковому складі населення в цілому; 2) зміни в структурі показників захворюваності та смертності; 3) зміни в масштабах медичних служб; 4) зростання урбанізації та індустріалізації; 5) зростання кількості природних катаклізмів, соціальних і військових конфліктів.

Відносно інвалідів політика держав змінилася завдяки актуалізації нової концепції інвалідності, враховує тісний зв'язок між обмеженнями, наявними у інвалідів, навколишнім середовищем та суспільством. Прогресивний гуманітарний розвиток людства призвело цивілізовані країни до моральних і політичних зобов'язань щодо забезпечення рівності можливостей для інвалідів та поглибленого розуміння проблеми інвалідності. Зусилля Організації Об'єднаних Націй (1983-1992 рр.) привели до появи «Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів» (1994), що впливають з основних гуманітарних міжнародних документів: Міжнародного білля про права людини, що включає Загальну декларацію прав людини, Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, Конвенції про права дитини, Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, Всесвітньої програми дій щодо інвалідів.

Основою політики щодо інвалідів є їх реабілітація, що дозволяє інвалідам досягти і підтримувати оптимальний рівень їх самостійності та життєдіяльності. Згідно з правилами під реабілітацією розуміється «процес, що має на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного,

інтелектуального, психічного та/або соціального рівня діяльності та підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни їх життя та розширення рамок їх незалежності. Реабілітація може включати заходи щодо забезпечення та/або з відновлення функцій або компенсації втрати або відсутності функцій або функціонального обмеження.

У 1980 р. Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я була розроблена і проголошена загальна концепція охорони і зміцнення здоров'я, основні принципи якої мають значення для розвитку реабілітації.

13 грудня 2006 р. Генеральною Асамблеєю ООН була прийнята *Конвенція про права інвалідів* – міжнародний договір, в якому визначаються права осіб з інвалідністю, а також зобов'язання держав-учасників Конвенції в цілях сприяння, захисту і забезпечення цих прав.

Наявність функціональних обмежень у інвалідів призводить до соціального збитку. З метою компенсації наслідків інвалідності для особистості, сім'ї та суспільства реабілітація повинна забезпечити їх відновлення або зменшення. Важливе значення має цілісний підхід до особистості інваліда, що враховує всі його проблеми, образ мислення і поведінки, соціальний фон, індивідуальні потреби, надії та інтереси.

Інвалід з об'єкта перетворюється на повноправного суб'єкта, що стоїть в центрі процесу реабілітації та активно бере участь в ньому. Забезпечуючи збалансованість проблем особистості, сучасна реабілітологія, зрештою, служить ідеям гармонізації суспільних відносин.

Законодавство України з питань реабілітації інвалідів ґрунтується на Конституції України і складається з цього Закону, законів України «Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії», «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про соціальні послуги», інших нормативно-правових актів, що регулюють правовідносини у цій сфері, та міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України. 16 грудня 2009 р. Україною були ратифіковані Конвенція про права інвалідів, а також Факультативний протокол до неї.

*Основними завданнями законодавства України з питань реабілітації інвалідів є:*

- створення умов для усунення обмежень життєдіяльності інвалідів, відновлення і компенсації їх порушених або втрачених здатностей до побутової, професійної, суспільної діяльності;
- визначення основних завдань системи реабілітації інвалідів, видів і форм реабілітаційних заходів;
- розмежування повноважень між центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування;

- регламентування матеріально-технічного, кадрового, фінансового, наукового забезпечення системи реабілітації інвалідів;
- структурно-організаційне забезпечення державної соціальної політики по відношенню до інвалідів і дітей-інвалідів;
- сприяння залученню громадських організацій інвалідів до реалізації державної політики у цій сфері.

**Реабілітація інвалідів** – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство.

**Метою реабілітації** є оздоровлення хворого (інваліда), відновлення його соціального статусу, досягнення їм матеріальної незалежності та соціальна адаптація з урахуванням специфіки перенесеної їм травми або хвороби. За визначенням *М.В. Коробова*, мета і суть реабілітаційного впливу – відновлення біомедичного статусу, спрямування на відновлення порушених функцій і здоров'я хворих і інвалідів [75].

**Основні задачі реабілітації:** 1) прискорення одужання; 2) поліпшення результатів травми (хвороби), у т.ч. профілактика ускладнень; 3) спрямованість всіх реабілітаційних заходів на збереження життя хворого; 4) попередження інвалідності або пом'якшення її проявів; 5) повернення людини до активного життя, трудової і професійної діяльності; 6) повернення в суспільство професійних кадрів; 7) значний економічний ефект для суспільства — внесок кадрів, повернених до праці, плюс усунення витрат.

#### **Основи реабілітації:**

- *біологічні* — властивості організму людини адаптуватися до нових умов в результаті компенсаторно-відновних процесів;
- *психічні* — прагнення людини до корисності для суспільства, яке виражається у виробничій (професійній) діяльності і в соціально-економічних відносинах;
- *морально-етичні* — принцип високого гуманізму, моральний ефект для суспільства;
- *науково-медичні* — розробка, апробація і впровадження сучасних досягнень медичної науки і практики в області відновного і замісного лікування;
- *соціально-економічні* — корисність для суспільства, обумовлена професійними знаннями, життєвим і виробничим досвідом, а також економічний ефект реабілітації, що значно перекидає необхідні матеріальні витрати для її здійснення.

В економічно розвинених країнах підраховано і доведено, що засоби, вкладені в інфраструктуру, адаптовану для нормального життя інвалідів, повністю себе виправдовують. При цьому не тільки зменшуються витрати на лікування інвалідів і скорочується число людей, вимушених відриватися від основних видів діяльності, доглядаючи за хворими родичами, але і більш ефективно використовується трудовий потенціал самих інвалідів, підвищується їх життєвий рівень. Так, за даними медиків США, при деяких захворюваннях кожний вкладений в реабілітацію долар повертається 35 доларами [41]. За іншими даними, 80% хворих, що перенесли інфаркт міокарду, після реабілітації приступили до трудової діяльності [86]. Крім того, різко знижується соціальна напруженість, створюється сприятлива морально-психологічна обстановка в суспільстві.

Термін «реабілітація» означає як *систему*, так і *процес*.

Реабілітація як *система* ґрунтується на організаційних, технологічних та методологічних принципах [101].

**Організаційні:** передбачають побудову системи реабілітації як специфічної сфери діяльності суспільства.

**Технологічні:** ранній початок; комплексність; системність; спадкоємність етапів; безперервність; послідовність; індивідуальний підхід; динамічне спостереження; контроль за реалізацією і ефективністю реабілітації; партнерство.

- **комплексність** – означає необхідність врахування на всіх його етапах багатьох аспектів реабілітації: медичних, психофізіологічних, професійних, санітарно-гігієнічних, соціально-середовищних, правових, навчально-виробничих тощо;

- **спадкоємність** – полягає в урахуванні кінцевої мети подальшого етапу при проведенні заходів попереднього;

- **безперервність** – передбачає організаційне і методичне забезпечення нерозривності єдиного процесу різноманітних реабілітаційних заходів; інакше відбувається різке зниження їх ефективності.

- **послідовність** – диктується особливостями перебігу захворювання інваліда, можливостями його соціально-середовищного оточення, організаційними аспектами реабілітаційного процесу.

- **індивідуальний підхід** – передбачає необхідність обліку конкретних умов і особливостей виникнення, розвитку і можливого перебігу інвалідності у даного індивідуума;

- **партнерство** – включення самого інваліда і членів його сім'ї в лікувально-відновний процес, залучення їх до участі у відновленні тих або інших функцій і соціальних зв'язків.

**Методологічні:** обіймають методологію, спрямовану на відновлення чи компенсацію порушених функцій або утрачених здібностей інваліда для забезпечення найвищого рівня його життєдіяльності.

Реабілітація як *процес* має на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного або соціального рівня діяльності та підтримувати його, надаючи їм спосіб для зміни їхнього життя та розширення меж їхньої незалежності. Процес реабілітації передбачає не тільки надання медичної допомоги, але й включає широке коло заходів та діяльності, починаючи від початкової та більш загальної реабілітації й кінчаючи цілеспрямованою діяльністю, наприклад, відновленням професійної працездатності.

За класифікацією Коробова М.В. [75], виділяють наступні **етапи реабілітації:**

1. Етап **відновного лікування** (або *медичної реабілітації*) (відновлення біомедичного статусу), спрямованого на відновлення порушених функцій і здоров'я хворих і інвалідів;

2. Етап **соціалізації** або **ресоціалізації** (відновлення індивідуально-особистісного статусу), спрямований на розвиток, формування, відновлення або компенсацію соціальних навичок і функцій, звичайних видів життєдіяльності і соціально-ролевих установок індивіда;

3. Етап **соціальної інтеграції** (відновлення соціального статусу), спрямований на сприяння створенню інвалідам умов для включення або повернення в звичайні умови життя разом і нарівні з іншими членами суспільства.

Виконання кожного з перерахованих етапів супроводжується реалізацією певних завдань, а також використанням окремих методів та засобів реабілітації.

На етапі *відновного лікування* завданнями є призупинення прогресування захворювання, профілактика ускладнень, відновлення або компенсація порушених функцій. На цьому етапі застосовуються *засоби медичної реабілітації*.

На *етапі соціалізації* та *ресоціалізації* основним завданням є відновлення здатності інваліда виконувати звичайні для нього соціальні функції, пов'язані з самообслуговуванням, самостійним пересуванням; здатністю до навчання, орієнтації, спілкування, контролю своєї поведінки, а також до трудової діяльності. Даний етап виконується інвалідам з неповним відновленням порушених функцій, а також особам, дезадаптованим у соціальному плані.

На етапі *соціальної реінтеграції* завданнями реабілітаційних служб та суспільства у цілому є сприяння та створення умов для повернення інваліда у суспільне життя нарівні з іншими його членами.

**Стадії реабілітаційної технології** включають [91]: визначення реабілітаційного потенціалу; визначення реабілітаційного прогнозу; формування клініко-реабілітаційних груп; проведення медико-соціальної експертизи; реабілітаційно-експертний висновок; складання індивідуальної програми реабілітації; визначення заходів, технічних засобів і послуг; реалізацію індивідуальної програми реабілітації; оцінку ефективності проведеної реабілітації.

Перша стадія технологічного процесу – **експертно-реабілітаційна діагностика** – включає оцінку наслідків захворювання або травми, які є об'єктом реабілітації – оцінку клінічного прогнозу, реабілітаційного потенціалу, реабілітаційного прогнозу. Оцінка вираженості порушених функцій проводиться за їх ступенем. При цьому оцінюються порушення ті, що має реабілітант та обмеження життєдіяльності, що призводять до соціальної недостатності.

Можливість досягнення *цілей реабілітації* визначає **реабілітаційний прогноз** – передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу і передбачуваний рівень інтеграції інваліда в суспільство. *Оцінюється* як:

- 1) *сприятливий* – можливість повного відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності, повної інтеграції інваліда в суспільство;
- 2) *відносно сприятливий* – можливість часткового відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності, при зменшенні ступеня їх обмежень або стабілізації, при розширенні здатності до інтеграції і переходу від повної до часткової соціальної підтримки;
- 3) *сумнівний* – невизначений, неясний прогноз;
- 4) *несприятливий* – неможливість навіть часткового відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності і зменшення ступеня їх обмежень.

**Клінічний прогноз** – прогноз розвитку і результату захворювання, травми, каліцтва, заснований на аналізі клініко-функціональних даних, особливостей етіології, патогенезу і перебігу захворювання, травми, каліцтва, що привело до обмеження життєдіяльності, можливості ефективного лікування.

Клінічний прогноз *оцінюється* як:

- 1) *сприятливий* – повне одужання (повне відновлення) або компенсація порушених функцій організму і обмежень життєдіяльності в результаті захворювання, наслідків травм або каліцтва;
- 2) *відносно сприятливий* – неповне одужання із залишковими проявами захворювання, травми або каліцтва, зменшення, стабілізація або часткова компенсація порушених функцій організму і обмежень життєдіяльності в результаті захворювання, наслідків травм або каліцтва (при хронічному

захворюванні – уповільнення прогресування процесу, подовження періоду ремісії тощо);

3) *несприятливий* – неможливість стабілізації стану здоров'я, зупинки прогресування патологічного процесу і зменшення ступеня порушення функцій організму і обмежень життєдіяльності в результаті захворювання, наслідків травм або каліцтва;

4) *сумнівний* – неясний перебіг хвороби.

**Реабілітаційний діагноз** служить відправним моментом при виборі тактики реабілітаційних заходів. Він включає:

- *клініко-функціональний діагноз*, що відображає характер і вираженість анатомо-фізіологічних і функціональних порушень, співвідношення патогенетичних і саногенетичних механізмів на даній стадії захворювання (за даними клінічної картини, анамнезу і характеру перебігу хвороби);

- характеристику *психологічного статусу* із відображенням особливостей емоційного, когнітивного і поведінкового реагування на захворювання та інші психотравмуючі чинники (за результатами психодіагностичних досліджень);

- характеристику *порушень звичної життєдіяльності* (на основі існуючих класифікацій порушень життєдіяльності).

Для прогнозування відновлення порушених функцій і можливості повернення хворого до трудової діяльності у кожному конкретному випадку визначається *реабілітаційний потенціал*.

**Реабілітаційний потенціал (РП)** – комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, також факторів соціального середовища, що дозволяють реалізувати її потенційні можливості до реабілітації. *Реабілітаційний потенціал оцінюється як:*

1) *високий* – повне відновлення здоров'я, всіх категорій обмежень життєдіяльності, працездатності і соціального положення (*повна реабілітація*).

2) *задовільний* – неповне одужання із залишковими проявами у вигляді помірно вираженого порушення функцій організму, виконання категорій життєдіяльності можливе в обмеженому об'ємі або за допомогою технічних допоміжних (компенсаторних) засобів, потреба в соціальній підтримці (*часткова реабілітація* – переведення інваліда з I або II групи на III групу інвалідності).

3) *низький* – повільно прогресуючий перебіг хронічного захворювання, виражене порушення функцій організму, значні обмеження у виконанні більшості категорій життєдіяльності, потреба в постійній соціальній підтримці (*часткова реабілітація* – переведення з I групи на II групу інвалідності);

4) *відсутність реабілітаційного потенціалу* – прогресуючий перебіг захворювання, різко виражене порушення функцій організму, неможливість



компенсації або самостійного виконання основних видів діяльності, потреба в сторонньому догляді (*реабілітація неможлива* – стабільність інвалідності або її обтяження).

У спрощеному варіанті оцінити *реабілітаційний потенціал* хворого можливо шляхом співвіднесення його реабілітаційного діагнозу з тією чи іншою *клініко-реабілітаційною групою (КРГ)*. КРГ об'єднують випадки подібних форм захворювань із приблизно однаковою технологією обстеження та лікування, схожим прогнозом, реабілітаційним потенціалом інваліда і стандартами якості реабілітації. Формування КРГ і визначення для них стандартів якості і вартості відновного лікування становить задачу спеціальних наукових розробок. Виділяють *3 клініко-реабілітаційні групи* [41]:

**КРГ-1** – інваліди з високим РП, у яких можливе відновлення працездатності. Результат досягається як за рахунок відновлення функцій і критеріїв життєдіяльності, так і за рахунок медико-професійної реабілітації – підбору професії, що рівноцінна втраченій внаслідок захворювання і не має медичних протипоказань до її виконання. Іноді при цьому виникає потреба і у професійній реабілітації – направлення до служби зайнятості для навчання новій професії чи конкретного працевлаштування на робочому місці. Високий РП визначається в інвалідів III групи, особливо у тих випадках; в яких основною причиною інвалідності служить втрата кваліфікованої професії при неможливості рівноцінного працевлаштування, а наслідки хвороби виражені легко і виявляються тільки на рівні органу.

**КРГ-2** – включає інвалідів із середнім РП, у яких можливе часткове відновлення працездатності в звичайних виробничих умовах. До цієї підгрупи потрапляють інваліди, які мають, по-перше, хвороби або травми (звичайно при гострому їх прояві), які в результаті реабілітації можуть бути зменшені або компенсовані за допомогою технічних засобів, що сприятиме частковому відновленню працездатності хворих. Такі інваліди потребують активної медичної реабілітації, а нерідко і медико-професійної та професійної реабілітації. По-друге, сюди відносяться також інваліди III групи, які у зв'язку з втратою профпридатності припинили трудову діяльність, а підбір нової професії без зниження рівня їх професійної реабілітації неможливий. Ці інваліди потребують профпідбору і медико-професійної реабілітації за сприяння служби зайнятості.

**КРГ-3** – інваліди з низьким РП. Сюди відносяться інваліди I або II групи, які можуть бути адаптовані до праці у спеціально створених умовах, або інваліди, які потребують соціально-побутової реабілітації. У цій підгрупі провідне місце займає медична і соціально-побутова реабілітація. Остання включає матеріальне забезпечення, постачання побутовими технічними засобами і адаптацію до них; засобами пересування, послугами територіальних

центрів соціального захисту, адаптацію житла. Після часткового або повного відновлення соціально-побутової активності приєднується професійна реабілітація, що спрямована на створення можливості надомної праці, роботи на підприємствах для інвалідів (сліпих, з ураженням опорно-рухового апарату) або працевлаштування інвалідів I та II груп на звичайному підприємстві з пристосуванням робочого місця.

В *реабілітаційно-експертному висновку* стисло обґрунтовується потреба інваліда в реабілітаційних заходах. Зміст і структура реабілітаційно-експертного висновку визначаються залежно від клінічного прогнозу, реабілітаційного потенціалу і реабілітаційного прогнозу.

***Учасниками реабілітаційного процесу є:***

- педагогічні, медичні, соціальні, музичні працівники, психологи, психотерапевти, спортивні тренери, майстри виробничого навчання реабілітаційної установи, реабілітологи та інші фахівці, пов'язані з реабілітаційним процесом;

- інваліди, діти-інваліди, які проходять реабілітацію;
- законні представники інвалідів, дітей-інвалідів.

***Реабілітаційний процес включає такі складові*** (згідно із Законом «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV від 6 жовтня 2005 року):

- відновлювальні медичні заходи, реконструктивна хірургія, ендопротезування, протезування, ортезування, санаторно-курортне лікування;
- медична, медико-соціальна, соціальна, психологічна, психолого-педагогічна, фізична, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна реабілітація, соціальна адаптація;
- забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- освіта, професійна орієнтація, сприяння в працевлаштуванні, виробнича адаптація;
- фізкультурно-спортивні заходи, оздоровлення.

***Реабілітаційні заходи*** – комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація інвалідів.

Відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів можуть здійснюватися такі ***види реабілітаційних заходів*** щодо інвалідів (Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», ст. 24):

- *медичні*, які передбачають медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням, ортезуванням;
- *фізичні*, які передбачають відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій, уміння користуватися протезами, ортезами та

іншими технічними засобами реабілітації, що покращать самообслуговування, адаптацію інваліда, дитини-інваліда в суспільному житті;

- *психологічні*, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій інваліда, його мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомам і методам психологічної саморегуляції;
- *професійні*, які передбачають сприяння у професійному навчанні і професійній адаптації;
- *трудові*, які передбачають раціональне працевлаштування і психологічну підтримку в процесі професійної адаптації до виробничих умов;
- *соціальні*, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, соціальне обслуговування, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- *психолого-педагогічні*, які передбачають психологічну і педагогічну корекцію розвитку;
- *фізкультурно-спортивні*, які передбачають фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію, організацію і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять;

Всі реабілітаційні заходи складають єдиний комплекс.

Основними **формами реабілітаційних заходів** є (Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», ст. 25):

- надання реабілітаційних послуг;
- забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- матеріальне забезпечення.

**Реабілітаційні послуги** – послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільстві.

Реабілітаційні послуги надаються інвалідам в установах і закладах системи реабілітації інвалідів, а також у разі потреби за місцем проживання інваліда.

Для забезпечення догляду за інвалідом з важкими формами інвалідності у разі тимчасової відсутності осіб, які доглядають за ним (під час хвороби, відпустки, у вихідні дні), органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування створюють відділення тимчасового перебування інвалідів при установах соціального обслуговування, реабілітаційних установах, а також можуть створювати будинки тимчасового перебування інвалідів.

Порядок здійснення реабілітаційних заходів визначається Кабінетом Міністрів України за поданням центрального органу виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики, інших центральних органів виконавчої влади в межах їх повноважень.

*Засоби реабілітації інвалідів* (Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», ст. 26):

*Технічними* та іншими засобами реабілітації інвалідів є:

- засоби для пересування;
- спеціальні засоби для самообслуговування;
- спеціальні засоби для догляду;
- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією;
- спеціальні засоби для освіти (включаючи літературу для сліпих) і занять трудовою діяльністю;
- протезні вироби (включаючи протезно-ортопедичні вироби, ортопедичне взуття і спеціальний одяг);
- спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар.

Виробами *медичного призначення* є прилади, комплекси, системи обладнання, інструменти, пристрої, імплантати, приладдя, матеріали або інші вироби, призначені для діагностики, лікування та профілактики захворювань.

Рішення про забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення приймається медико-соціальними експертними комісіями на підставі *медичних показань* і протипоказань, а також *соціальних критеріїв*:

- за *медичними показаннями* встановлюється необхідність надання інваліду технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що забезпечують компенсацію або усунення стійких обмежень життєдіяльності інваліда.

- за *соціальними критеріями* встановлюється необхідність надання інваліду технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення для відновлення втрачених або придбання нових професійних знань, навичок та умінь, соціальної адаптації, занять фізичною культурою і спортом, задоволення духовних потреб, дозвілля.

Державне замовлення на забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом здійснюють у межах своїх повноважень органи праці та соціальної політики, охорони здоров'я.

Перелік технічних та інших засобів реабілітації, порядок забезпечення ними інвалідів та формування відповідного державного замовлення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Вироби медичного призначення, технічні та інші засоби реабілітації, комплектуючі до них, що випускаються в умовах серійного виробництва,

підлягають сертифікації в державній системі сертифікації відповідно до номенклатури, що затверджується в установленому законодавством порядку.

Проведення реабілітації інвалідів реалізується за допомогою *Державної типової та індивідуальних програм реабілітації*.

**Державна типова програма реабілітації інвалідів** являє собою гарантований перелік медичних, технічних засобів і послуг, що надаються інваліду безкоштовно за рахунок коштів державного бюджету.

**Індивідуальна програма реабілітації інвалідів(ІПР)** включає в себе комплекс оптимальних для інваліда реабілітаційних заходів з урахуванням окремих видів, обсягів, строків та порядку їх реалізації, спрямованих на відновлення, компенсацію порушених функцій організму або здатність інваліда до виконання певних видів діяльності. ІПР має для інваліда рекомендаційний характер, він має право відмовитися від того чи іншого виду реабілітаційних заходів або від програми в цілому, але це не дає йому права на отримання компенсації в різної вартості реабілітаційних заходів, що надаються безкоштовно.

**Державна служба реабілітації інвалідів** – сукупність органів державної влади незалежно від відомчої приналежності, органів місцевого самоврядування, установ різного рівня, що здійснюють заходи з медичної, професійної і соціальної реабілітації.

В Законі «**Про реабілітацію інвалідів в Україні**» (№ 2961-IV від 6 жовтня 2005 року) законодавчо регламентуються основні аспекти діяльності Державної служби реабілітації інвалідів (ст.5 Закону).

#### ***Державна політика України у сфері реабілітації інвалідів:***

- забезпечує координованість системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я інваліда, дитини-інваліда;

- регламентує правові, економічні, соціальні умови надання інвалідам, дітям-інвалідам реабілітаційних послуг з урахуванням їх функціональних можливостей, потреби у виробі медичного призначення, технічних та інших засобах реабілітації;

- гарантує матеріально-технічне, фінансове, кадрове і наукове забезпечення системи реабілітації;

- визначає умови для відновлення або здобуття трудових навичок, отримання освіти, професійної перепідготовки і працевлаштування з урахуванням функціональних можливостей осіб з інвалідністю, сприяння

виробничій діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів;

- забезпечує реабілітаційним установам незалежно від їх відомчого підпорядкування, типу і форми власності рівні умови для здійснення реабілітації інвалідів;

- формулює вимоги до об'єктів соціальної інфраструктури та інформації для створення безперешкодного доступу до них інвалідів шляхом усунення природних, комунікаційних і архітектурних перешкод;

- сприяє участі громадських організацій, у тому числі громадських організацій інвалідів, у формуванні і реалізації державної політики у цій сфері.

*Реалізація державної політики у сфері реабілітації інвалідів* здійснюється органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, які у співпраці та партнерстві з громадськими організаціями інвалідів забезпечують розробку і виконання програм для запобігання виникненню інвалідності, компенсації вад і розладів функцій організму особи, створення умов для їх усунення шляхом медичної, психолого-педагогічної, психологічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів.

*Формування і розвиток Державної служби реабілітації інвалідів базується на наступних принципах* [90]: 1) державний характер гарантій прав інвалідів; 2) пріоритет інтересів інвалідів при проведенні реабілітаційних заходів; 3) загальнодоступність; 4) індивідуальність; 5) системний підхід до виконання різних форм і методів реабілітації; 6) забезпечення координації служб, що проводять реабілітацію інвалідів; 7) єдність і взаємодія державної і регіональної державної соціальної допомоги в сфері реабілітації інвалідів.

*До компетенції держави відносяться:* правове регулювання відносин по реабілітації в рамках державної концепції, розробка і реалізація державних і міжнародних програм реабілітації інвалідів; формування центральних державних і відомчих органів управління системою реабілітації інвалідів і керівництво ними; формування державних компонентів державних реабілітаційних стандартів, інформаційне і науково-методичне забезпечення; розробка типових програм реабілітації в рамках компетенції державного рівня, пряме фінансування реабілітаційних закладів безпосереднього фінансування; ліцензування закладів, визначення номенклатури спеціальних працівників, підготовка кадрів, координація і фінансування наукових розробок в галузі реабілітації інвалідів; контроль за дотриманням законодавства в області реабілітації інвалідів.

*Об'єкти адміністративно-територіального устрою України* в межах своєї компетенції повинні проводити: координацію діяльності органів на регіональному рівні; реалізацію державної політики в області реабілітації

інвалідів; участь в реалізації державних програм по реабілітації інвалідів; формування державних органів управління системою реабілітації на регіональному рівні і керівництво ними; створення, реорганізацію і ліквідацію реабілітаційних закладів на відповідній території, акредитацію і ліцензування таких реабілітаційних закладів; встановлення спеціальних регіональних податків і зборів на розвиток системи реабілітації інвалідів; фінансування і надання організаційно-методичної допомоги в частині матеріально-технічного забезпечення органів управління системою реабілітації інвалідів; формування адміністративно-територіальних бюджетів в частині витрат на реабілітацію; встановлення регіональних нормативів фінансування системи реабілітації інвалідів; визначення регіональних нормативів фінансування системи реабілітації інвалідів; встановлення регіональних нормативів матеріального і фінансового забезпечення реабілітованих інвалідів і працівників реабілітаційних закладів; участь в організації і проведенні підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації кадрів; координацію і фінансування наукових досліджень.

До компетенції органів місцевого самоврядування відноситься: планування, організація регулювання і контроль за діяльністю місцевих органів управління реабілітації інвалідів, формування місцевих бюджетів і фондів розвитку реабілітації інвалідів, розробка і визначення місцевих нормативів фінансування реабілітації інвалідів, забезпечення можливості проведення реабілітації інвалідам, що проживають на даній території, створення, реорганізацію і ліквідацію реабілітаційних закладів, пристосування об'єктів соціальної інфраструктури місцевого підпорядкування до потреб інвалідів.

Державна служба реабілітації інвалідів створюється з метою забезпечення оптимальних умов для проведення послідовних заходів по реалізації цільових і індивідуальних програм реабілітації інвалідів, що спрямовані на відновлення їх особистого і соціального статусу і інтеграцію інвалідів в сім'ю і суспільство.

Для реалізації цієї мети на Державну службу реабілітації інвалідів покладаються наступні **задачі**:

- формування стратегії розвитку служби на державному, регіональному (обласному) і місцевому рівнях, взаємного узгодження планів перспективного розвитку реабілітаційних галузей і закладів;
- забезпечення комплексності, послідовності і взаємоузгодженості реабілітаційних заходів;
- видання спільних узгоджених нормативних актів;
- розробка і реалізація комплексних програм реабілітації інвалідів державного, регіонального та місцевого рівнів;
- організація і проведення реабілітаційних заходів згідно ІПР інвалідів;

- забезпечення інвалідів ТЗР, навчання користуванню ними;
- створення інвалідам умов для повноцінного відпочинку, занять спортом, використання досягнень культури, реалізацію їх творчого потенціалу, формуванню безбар'єрного середовища для життєдіяльності, забезпечення їм безперешкодного доступу до об'єктів соціальної інфраструктури.

Вказані задачі можуть бути вирішені тільки при наявності відповідних структур Державної служби реабілітації інвалідів [133].

**Державне управління системою реабілітації інвалідів** покладається на *центральні і місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування*, які в межах своїх повноважень здійснюють керівництво підприємствами, установами, закладами системи реабілітації інвалідів, аналітично-прогнозу діяльність, визначають тенденції розвитку і вплив демографічної, соціально-економічної, екологічної ситуації, інфраструктури виробничої та невиробничої сфер, ринку праці на стан інвалідності населення, формують напрями взаємодії різних ланок системи реабілітації інвалідів, стратегічні напрями її розвитку, узагальнюють світовий і вітчизняний досвід у цій сфері (ст.6 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні»).

До органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів, належать *центральні органи виконавчої влади* у сферах соціальної політики, охорони здоров'я, освіти та науки, культури, молоді та спорту, будівництва та архітектури; інші центральні органи виконавчої влади; їх територіальні органи, які в межах своїх повноважень займаються формуванням і реалізацією державної соціальної політики та/або здійснюють заходи з реабілітації інвалідів.

Центральні органи виконавчої влади в межах своїх повноважень координують діяльність місцевих органів виконавчої влади у здійсненні реабілітаційних заходів, організують розробку та виконання цільових державних програм, запроваджують правові, економічні та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність реабілітаційних установ і забезпечують розвиток їх мережі, сприяють міжнародному співробітництву.

**Центральний орган виконавчої влади у сфері соціальної політики** в межах своїх повноважень щодо здійснення державної політики у сфері реабілітації інвалідів (ст. 9 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні»):

- розробляє нормативно-правові акти з питань соціального захисту інвалідів, здійснює контроль за додержанням законодавства, що регламентує правовідносини у сфері соціального захисту інвалідів;
- організовує розробку та впровадження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, Державної типової програми реабілітації інвалідів на основі матеріалів відповідних центральних органів виконавчої влади;



- бере участь у розробці державних і цільових програм, заходів з профілактики інвалідності та медичної, психологічної, фізичної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації інвалідів;
- організовує здійснення заходів щодо забезпечення інвалідів соціальним, культурним та інформаційним обслуговуванням, технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом, занять фізичною культурою, дозвілля;
- запроваджує правові, економічні та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність реабілітаційних установ і забезпечують розвиток їх мережі;
- забезпечує сертифікацію технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які виготовляються протезно-ортопедичними підприємствами;
- забезпечує ведення *Державного реєстру реабілітаційних установ*, розробляє типові штатні нормативи професійного складу працівників реабілітаційних установ;
- забезпечує проведення моніторингу професійного навчання, трудової зайнятості інвалідів, дітей-інвалідів, аналізу і прогнозування розвитку процесів у цих сферах;
- організовує працевлаштування інвалідів через державну службу зайнятості, сприяє створенню робочих місць для них, у т.ч. шляхом надання державної підтримки виробничій діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів;
- сприяє координації діяльності органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій, спрямованій на забезпечення доступності для інвалідів об'єктів соціальної інфраструктури та інформації, виготовлення спеціального виробничого і побутового обладнання, пристосувань для полегшення побуту і праці цієї категорії громадян;
- сприяє роботі громадських організацій, у тому числі громадських організацій інвалідів, залучає їх до співпраці та партнерства у цій сфері;
- сприяє міжнародному співробітництву у сфері реабілітації інвалідів;
- здійснює інші повноваження, передбачені законодавством.

**Центральні органи виконавчої влади** беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації інвалідів та в межах своїх повноважень забезпечують (ст. 10 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні»):

- контроль за втіленням державної політики у сфері реабілітації інвалідів;
- розробку нормативно-правових актів з питань соціального захисту інвалідів, дітей-інвалідів, контроль за додержанням законодавства, що регламентує праввідносини у сфері соціального захисту інвалідів;

- розробку галузевих програм розвитку системи реабілітації інвалідів, а також участь у розробці таких міжгалузевих програм;
- участь у розробці єдиних науково обґрунтованих державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, критеріїв та вимог до реабілітаційних заходів, Державної типової програми реабілітації інвалідів, вимог щодо медичного, освітнього, науково-методичного, матеріально-технічного, фінансового і кадрового забезпечення реабілітаційних установ;
- контроль якості виробів медичного призначення, технічних та інших засобів реабілітації;
- затвердження типових положень про реабілітаційні установи, положень (статутів) реабілітаційних установ своєї сфери управління;
- створення умов для забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами і послугами реабілітації, виробами медичного призначення;
- організацію професійної підготовки кадрів для системи реабілітації інвалідів, впровадження новітніх реабілітаційних методик і технологій, передового досвіду у цій сфері;
- науково-методичне керівництво, контроль за дотриманням нормативно-правових актів, державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, критеріїв та вимог до реабілітаційних заходів, перевірку діяльності реабілітаційних установ;
- доступність для інвалідів об'єктів соціальної інфраструктури та інформації, виготовлення спеціального виробничого і побутового обладнання, пристосувань для полегшення побуту і праці цієї категорії громадян;
- участь у створенні і підтримці міжвідомчого інформаційного простору з проблем інвалідності;
- співробітництво з державними органами і реабілітаційними установами іноземних держав.

***Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування*** в межах повноважень, передбачених нормативно-правовими актами (ст. 11 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні»):

- вживають заходів щодо розширення мережі реабілітаційних установ, у т.ч. шляхом створення недержавних реабілітаційних установ;
- організують виконання державних програм у сфері реабілітації інвалідів;
- організують контроль за діяльністю суб'єктів господарювання, які здійснюють реабілітаційні заходи, незалежно від підпорядкування і форми власності, за додержанням ними вимог ліцензування;
- створюють умови для забезпечення інвалідів виходячи з їх потреб та відповідно до рекомендацій МСЕК, технічними та іншими засобами і

послугами реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом;

- створюють умови для розвитку творчих здібностей інвалідів, занять фізичною культурою і спортом інвалідів;
- затверджують положення (статути) реабілітаційних установ комунальної форми власності, погоджують положення (статути) реабілітаційних установ недержавної форми власності;
- організують підготовку і підвищення кваліфікації кадрів з реабілітації інвалідів, роботу з науково-методичного забезпечення реабілітаційних установ;
- забезпечують реалізацію державних програм, розробляють з урахуванням соціально-економічних, демографічних та інших особливостей і фінансують регіональні, місцеві програми зазначеного напрямку;
- сприяють роботі громадських організацій, у т.ч. громадських організацій інвалідів, залучають їх до співпраці та партнерства у цій сфері;
- беруть участь у створенні і підтримці міжвідомчого інформаційного простору з проблем інвалідності;
- організують інформування інвалідів про зміни у законодавстві про реабілітацію інвалідів.

*Координаційну діяльність державних органів влади з питань реабілітації інвалідів, а також інших питань, що вимагають міжвідомчих узгоджень і державному рівні, проводить створений при Кабінеті Міністрів колегіальний дорадчий орган – **Міжвідомча комісія по координації діяльності в сфері реабілітації інвалідів** [90]. Вона:*

- готує пропозиції для Уряду з питань формування і реалізації державної політики в області реабілітації інвалідів, розвитку Державної служби реабілітації інвалідів;
- готує проекти постанов і рішень Уряду;
- розробляє проекти міжвідомчих комплексних програм в області медико-соціальної реабілітації інвалідів;
- дає пропозиції по удосконаленню порядку взаємодії різних відомств і структур, що входять в Державну службу реабілітації інвалідів;
- забезпечує оцінку розвитку Державної служби реабілітації інвалідів, обґрунтовує цілі і пріоритети розвитку окремих програм по всій території України.

*Координацію оперативної і постійної діяльності структурних підрозділів державної служби реабілітації інвалідів проводить **Міністерство охорони здоров'я** чи **Міністерство соціальної політики**, для чого при них створюється міжвідомча **державна координаційна Рада по медико-соціальній реабілітації інвалідів**, на яку покладаються наступні функції:*

- забезпечення координації оперативної і постійної діяльності міністерств і відомств по медико-соціальній реабілітації інвалідів;
- участь в розробці і реалізації цільових державних програм по медико-соціальній реабілітації інвалідів;
- проведення інноваційної політики в області реабілітаційних технологій;
- розробка пропозицій по впровадженню науково-методичних і інформаційних матеріалів по реабілітації інвалідів;
- забезпечення взаємодії з суспільними організаціями інвалідів по проблемі медико-соціальної реабілітації.

В *областях* координацію діяльності всіх виконавчих державних органів влади з питань реабілітації інвалідів проводять *створені при обласних державних адміністраціях Міжвідомчі комісії по координації діяльності в області реабілітації інвалідів*. На них покладені наступні *функції*:

- розробка пропозицій по удосконаленню основних напрямків регіональної політики в області медико-соціальної реабілітації інвалідів і внесення їх на розгляд адміністрації;
- підготовка проектів відповідних постанов адміністрації;
- розробка порядку взаємодії різних державних структур по медико-соціальній реабілітації;
- розробка проектів основних заходів з профілактики інвалідності в регіоні і внесення їх на розгляд голови адміністрації, аналіз ефективності різних програм, планів і заходів по вирішенню проблем інвалідності і інвалідів;
- інформація голови адміністрації по цьому аналізу з метою прийняття відповідних рішень;
- надання допомоги органам і закладам по впровадженню нових досягнень і передового досвіду роботи.

На *регіональному рівні* координацію діяльності в сфері реабілітації інвалідів проводить Департамент соціальної політики чи Департамент охорони здоров'я.

Органом, який об'єднує співпрацю усіх медичних установ в галузі реабілітації, є *Реабілітаційна рада при управлінні охорони здоров'я облдержадміністрації*. Вона створюється наказом начальника управління на громадських засадах з метою удосконалення системи медико-соціальної реабілітації інвалідів, об'єднання і координації зусиль лікувально-профілактичних та реабілітаційно-медичних установ, спрямованих на профілактику і зниження інвалідності працездатного населення.

До складу Ради входять провідні фахівці з питань лікувально-профілактичної допомоги населенню: головні фахівці управління, головні лікарі обласних лікарень, головний лікар обласного Центру МСЕ, заступник

головного лікаря обласної дитячої лікарні з питань ЛКК, фахівці Управління соціального захисту населення та Фонду України соціального захисту інвалідів. На засіданнях Ради при необхідності можуть запрошуватись інші спеціалісти управлінь облдержадміністрації. Очолює Раду заступник начальника Управління охорони здоров'я з питань лікувально-профілактичної допомоги.

Основними напрямками діяльності Ради є:

- визначення регіональної інфраструктури реабілітаційно-оздоровчих установ та розробка функціональних зв'язків між ними;
- підготовка пропозицій для управління охорони здоров'я щодо організації та удосконалення системи медичної реабілітації хворих та інвалідів;
- організаційно-методична та консультативна допомога лікувально-профілактичним і реабілітаційним установам з питань реабілітації інвалідів;
- контроль за діяльністю лікувально-реабілітаційних установ, обласних спеціалізованих реабілітаційних центрів, головних фахівців із питань медичної реабілітації хворих та інвалідів;
- забезпечення послідовності між окремими реабілітаційними та лікувально-профілактичними закладами у питаннях відновлювального лікування інвалідів;
- контроль за виконанням ІПР;
- методична робота по стандартизації реабілітаційних послуг при основних інвалідизуючих захворюваннях;
- розробка багатоцільових комплексних регіональних програм реабілітації хворих та інвалідів;
- розробка і впровадження в дію регіонально-адміністративно-територіальних реабілітаційних стандартів;
- визначення рівня діяльності реабілітаційних установ;
- заслуховування звітів Центрів МСЕ, головних лікарів та завідувачів лікувально-реабілітаційними закладами та відділеннями про стан та ефективність медичної реабілітації хворих та інвалідів;
- розробка пропозицій для УОЗ щодо створення, реорганізації, ліцензування реабілітаційно-лікувальних установ адміністративно-територіального підпорядкування;
- проведення підготовчої роботи для організації регіональних центрів медико-соціальної реабілітації інвалідів;
- вивчення та впровадження в практику позитивного досвіду з питань організації і здійснення реабілітації хворих та інвалідів;
- інформування керівництва регіону з питань медичної реабілітації інвалідів.

*Система реабілітації інвалідів* включає цілу низку взаємопов'язаних складових [66]:

- наукові погляди, принципи та розробки, законодавчу та нормативну базу в галузі реабілітації;
- сукупність заходів, засобів та методів реабілітації;
- програми реабілітації на різних рівнях державного устрою – від базових державних до регіональних, обласних, районних, та на індивідуальному рівні окремої особи – індивідуальні програми реабілітації та адаптації інваліда;
- установи різної відомчої підпорядкованості, що виконують різноманітні реабілітаційні заходи.

**Систему реабілітації інвалідів** складають (ст. 12 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні»):

- органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів;
- реабілітаційні установи для інвалідів незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- будинки дитини;
- спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) компенсуючого типу;
- дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу;
- дошкільні навчальні заклади (центри розвитку дитини) системи освіти;
- спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати);
- загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати);
- навчальні заклади системи органів праці та СЗН;
- установи соціального обслуговування інвалідів;
- санаторно-курортні установи системи органів праці та СЗН;
- протезно-ортопедичні підприємства незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій інвалідів;
- академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації інвалідів.

**Наукове і методичне забезпечення** реабілітаційних установ державної і комунальної форм власності здійснюють центральні органи виконавчої влади та їх територіальні органи, які в межах своїх повноважень беруть участь у формуванні і реалізації державної соціальної політики та/або здійснюють заходи з реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів (ст. 21 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні»).

Система реабілітації інвалідів забезпечує своєчасність, комплексність і безперервність медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації, досягнення

інвалідами, дітьми-інвалідами оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності.

**Реабілітаційні установи** - це установи, підприємства, заклади, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснюють реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.

В структуру державної служби реабілітації інвалідів повинні входити реабілітаційні заклади різного відомчого підпорядкування і функціональної спрямованості (вже існуючі і ті, що мають бути створені).

**Основними принципами функціонування** реабілітаційних установ є [133]: багаторівневий характер діяльності реабілітаційних закладів; спільність теоретичних і методологічних підходів в їх діяльності; відповідність структури закладу його цільовому призначенню в реабілітації; координація і наступності діяльності реабілітаційних закладів різного відомчого підпорядкування; децентралізація діяльності реабілітаційних закладів; взаємодія державних і недержавних реабілітаційних закладів і суспільних організацій; наявність диференційованої номенклатури реабілітаційних закладів; забезпечення збереження державних реабілітаційних стандартів; доступність реабілітаційних закладів для інвалідів, забезпечення реалізації ІПР, фінансування реабілітаційних закладів на основі поєднання державного і регіонального рівнів; кадрове і матеріально-технічне забезпечення реабілітаційних закладів.

Через реабілітаційні установи повинна проводитись практична реалізація завдань, що стоять перед органами Державної служби реабілітації інвалідів. Реабілітаційні установи проводять заходи по медичній, професійній та соціальній реабілітації і являються закладами державного, регіонального і місцевого рівнів.

За змістом здійснюваних реабілітаційних заходів виділяються наступні *типи* реабілітаційних установ (ст. 13 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні»): медичної реабілітації; медико-соціальної реабілітації; соціальної реабілітації; психолого-педагогічної реабілітації; фізичної реабілітації; професійної реабілітації; трудової реабілітації; фізкультурно-спортивної реабілітації. Крім того, реабілітаційні установи можуть бути *змішаного* типу.

За *організаційно-правовими формами* реабілітаційні установи можуть розподілятися на: державні; місцеві; недержавні (приватні, суспільні, що належать суспільним і релігійним організаціям).

*Види реабілітаційних установ* – комплекси, центри, відділення, кабінети.

*Форми реабілітаційних установ* – стаціонарні, амбулаторні.

*Профілі реабілітаційних установ* – загальні (поліпрофільні установи) і спеціалізовані (монопрофільні установи).

За ступенем централізації реабілітаційні установи можна поділити на: централізовані (центри – моно- або поліпрофільні); децентралізовані (в областях); комбіновані.

*Децентралізована модель регіональної системи реабілітації інвалідів* включає визначення інфраструктури реабілітаційних установ, стандартизацію їх функцій та координацію діяльності установ різної відомчої підпорядкованості. На теперішній час в Україні функціонує *змішана система реабілітації інвалідів*: в основному це децентралізована форма з відкриттям в областях центрів переважно професійної реабілітації Міністерства соціальної політики або для обслуговування окремих категорій громадян.

Діяльність державних реабілітаційних установ усіх рівнів повинна регулюватись відповідними *Типовими (тимчасовими) положеннями* і розробленими на їх основі *Статутами*.

Реабілітаційні установи здійснюють комплексну реабілітацію інвалідів шляхом реалізації соціально-економічних, медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, професійних та інших заходів відновлювального характеру, спрямованих на попередження прогресування патологічного процесу, усунення чи максимально можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, відновлення здоров'я та трудових навичок інвалідів, корекцію психічних процесів, здобуття ними освіти, їх трудову зайнятість незалежно від категорії і причин інвалідності (ст. 17 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні»).

### **Правове забезпечення**

Законодавча база медико-соціальної реабілітації інвалідів будується з урахуванням *Всесвітньої програми дій в інтересах інвалідів*, яка визнає необхідність вжиття ефективних заходів для забезпечення «повної участі» інвалідів у соціальному житті та розвитку, і «рівність можливостей» інвалідів, аналогічні умовам праці і життя всього населення в цілому. Вона повинна визначати медико-соціальну реабілітацію інвалідів як самостійну комплексну соціально-економічну та організаційно-правову систему прав громадян і гарантій їх реалізації, діючу по всій території України. У цьому акті повинні бути сформульовані і встановлені однакові у масштабі держави, обов'язкові для всіх адміністративних одиниць основи правового регулювання, концептуальні поняття конституційних підстав медико-соціальної реабілітації, порядок забезпечення конституційних прав громадян шляхом розподілу центральної та регіональної компетенції в їх реалізації.

### **Фінансове забезпечення**

Фінансування заходів з реабілітації інвалідів, витрат на утримання реабілітаційних установ здійснюється за рахунок коштів державного та



місцевих бюджетів, цільових страхових фондів, засновників реабілітаційних установ, добровільних пожертвувань та інших джерел, передбачених законом.

Щорічно при формуванні державного і місцевих бюджетів визначаються видатки на реалізацію індивідуальних програм реабілітації інвалідів, а також на функціонування реабілітаційних установ – для відповідних розпорядників коштів.

### **Інформаційне забезпечення**

Метою інформатизації системи реабілітації інвалідів є створення її інформаційно-технологічної бази та забезпечення ефективної інформаційної підтримкою планування та проведення реабілітації.

*Основними завданнями інформатизації системи реабілітації є:*

- забезпечення доступу населення до інформації у сфері реабілітації;
- поширення інформації з реабілітації серед усіх політичних і адміністративних органів на державному, територіальному та місцевому рівнях;
- збір і поширення інформації про потреби інваліда в медико-соціальної реабілітації;
- підвищення якості медико-соціальної реабілітації інвалідів шляхом використання мікропроцесорної та обчислювальної техніки на етапах реабілітації;
- здійснення моніторингу за станом і розвитком системи реабілітації інвалідів та її впливом на інвалідність;
- моделювання наслідків здійснення великомасштабних проектів у сфері реабілітації інвалідів до їх реалізації;
- впровадження нових інформаційних технологій та систем прийняття рішень в галузі реабілітації інвалідів.

*Основними напрямками розвитку інформатизації системи реабілітації інвалідів є:*

- створення інфраструктури інформатизації системи реабілітації, що включає приймально-передавальну інформаційне середовище; базу даних і знань; інформаційно-обчислювальні та інформаційно-аналітичні мережі; систему сервісного забезпечення і навчання фахівців;
- підвищення ефективності використання наявних засобів інформатизації;
- створення нових інформаційних технологій, орієнтованих на реабілітацію.

*Інформаційні установи системи реабілітації інвалідів можуть бути наступних видів: інформаційно-статистичні; інформаційно-консультативні; інформаційно-дослідні.*

*Інформаційні ресурси у сфері реабілітації інвалідів формуються у вигляді централізованого банку даних з проблем інвалідності, що містить дані про*

характер і причини інвалідності, освітній і професійний рівень інвалідів, склад сім'ї, рівень доходів, потребу і забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, протезно-ортопедичними виробами, виробами медичного призначення, послугами реабілітації, спеціальним автотранспортом, санаторно-курортним лікуванням тощо. Одержання, використання, поширення та зберігання конфіденційних даних, що містяться в інформаційних ресурсах, здійснюється з дотриманням вимог законодавства. На підставі даних інформаційних ресурсів органи виконавчої влади здійснюють соціальний моніторинг, планування і прогнозування потреб інвалідів, дітей-інвалідів у засобах і послугах реабілітації. Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування забезпечують доступ інвалідів до інформаційних ресурсів щодо законодавчо визначених прав інвалідів на реабілітацію, наявних можливостей для отримання реабілітаційних засобів і послуг, сертифікованої продукції протезно-ортопедичних підприємств тощо.

### **Кадрове забезпечення**

Однією з найважливіших завдань, що стоять перед органами управління в Україні, є створення *Державного реєстру професій і спеціальностей у галузі реабілітації*, що включає перелік професій та спеціальностей медичного, педагогічного, юридичного, архітектурно-будівельного, інженерно-технічного, науково-дослідного та інших профілів, оволодіння якими здійснюється в установах довузівської, вузівської та післявузівської професійної освіти.

### **Наукове забезпечення**

Реалізація концепції реабілітації інвалідів визначає необхідність подальшого проведення досліджень, спрямованих на поглиблену наукову розробку основних її положень і забезпечують її реалізацію в практиці.

Багатофункціональний і міждисциплінарний положення наукових знань в області медико-соціальної реабілітації інвалідів ставить питання про формування нового розділу науки – реабілітології.

*Реабілітологія* – це наука про об'єктивні закономірності формування процесів відновлення, способів взаємодії між суспільством та особами з порушеннями психофізіологічних функцій, анатомічної цілісності організму, відхиленнями в соціальній поведінці [75].

Наукове забезпечення реабілітації інвалідів має передбачати проведення фундаментальних і прикладних досліджень.

Наукові дослідження у сфері реабілітації інвалідів на замовлення центральних органів виконавчої влади здійснюють Національна академія наук України, Академія медичних наук України, Академія педагогічних наук України, академічні, галузеві НДІ (Український державний НДІ медико-

соціальних проблем інвалідності та НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова), інші науково-методичні установи.

Наукові погляди та принципи формування системи реабілітації інвалідів в Україні розробляються науковцями з використанням світового досвіду, розробок ВООЗ. Наукові дослідження спрямовані на розробку як теоретичних засад базових програм реабілітації, так і індивідуальних програм реабілітації інвалідів внаслідок основних інвалідизуючих захворювань і травм. Організаційні принципи передбачають побудову системи реабілітації як специфічної сфери діяльності суспільства.

Для успішного функціонування системи реабілітації інвалідів необхідна подальша розробка теоретичних, організаційних, медико-соціальних, психологічних, економічних та правових аспектів реабілітації інвалідів; розробка базових програм реабілітації; розробка моделей центрів реабілітації загального профілю і багатопрофільних (для інвалідів з порушенням ОРА, патологією органа зору тощо); наукова розробка психофізіологічних критеріїв оцінки професійних можливостей інвалідів та їх потреб у різних формах навчання, методика адаптації базових програм професійного навчання стосовно інвалідів.

*Таким чином*, основні задачі реабілітації полягають в тому, щоб зробити хворого або інваліда здатним до життя в суспільстві, створити відповідні передумови для залучення його в суспільний трудовий процес, виходячи з того, що трудова діяльність є не тільки необхідною соціальною умовою повноцінного існування людини, але і часом вирішальним чинником лікування.

## **1.2. Правові основи реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО**

В Україні чисельність осіб з інвалідністю становить понад 2,5 млн. осіб або 6,1% від загальної чисельності населення нашої держави [178]. Ці дані красномовно свідчать про гостроту та поширеність проблеми інвалідності. Через наявність проблем зі здоров'ям особи з інвалідністю потребують здійснення з боку державних та громадських інституцій спеціальних заходів, спрямованих на забезпечення їх повної та повноцінної участі в житті соціуму на рівні з іншими.

Формування та реалізація *державної політики щодо осіб з інвалідністю* здійснюється на основі норм Конституції України, Конвенції, Законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та «Про соціальні послуги», Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до

2020 року та інших нормативно-правових актів, загальна кількість яких становить понад 2 тисячі.

Статус *інваліда війни* визначається статтею 7 Закону України «*Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту*».

**До інвалідів війни належать:**

Особи, які стали інвалідами внаслідок поранення, контузії або каліцтва, одержаних під час безпосередньої участі в АТО, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах АТО, з числа:

- військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних) та працівників Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, військовослужбовців військових прокуратур;

- осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовців, працівників Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, ДСНС, ДПтС, інших утворених відповідно до законів України військових формувань;

- працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися до забезпечення проведення АТО;

- осіб у складі добровольчих формувань, за умови, що в подальшому такі добровольчі формування були включені до складу Збройних Сил України, Міністерства внутрішніх справ України, Національної гвардії України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів або не були включені, але виконували завдання АТО у взаємодії зі Збройними Силами України, Міністерством внутрішніх справ України, Національною гвардією України та іншими утвореними відповідно до законів України військовими формуваннями та правоохоронними органами;

- осіб, які добровільно забезпечували проведення АТО (у тому числі здійснювали волонтерську діяльність).

Інвалідам війни видаються посвідчення з написом «*Посвідчення інваліда війни – інвалід*».

19 липня 2014 р. набрали чинності зміни до статті 6 Закону України «*Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту*». Частина 1 цієї статті доповнено новим п. 19, згідно з яким *статус учасника БД* надається особам, які брали участь в АТО: зазначено, що до осіб, які належать до учасників БД, відносяться військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної

прикордонної служби України, особи рядового, начальницького складу, військовослужбовці, працівники Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в АТО, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах АТО, а також працівники підприємств, установ, організацій, які залучалися та брали безпосередню участь в АТО в районах її проведення у порядку, встановленому законодавством [167].

Інваліди військової служби та учасники АТО обслуговуються *Державною службою медико-соціальної експертизи (МСЕ)*, де розробляються *індивідуальні програми реабілітації (ІПР)*.

Контроль за виконанням ІПР виконують за законодавством центри та бюро МСЕ, органи соціального захисту населення.

Пріоритетним завданням МСЕ сьогодні, як і в попередні роки, залишається комплексна реабілітація інвалідів, особливо учасників АТО, їх вчасного, якісного протезування та створення належних умов для інтеграції в суспільство.

Під *комплексною реабілітацією інвалідів бойових дій та військової служби* слід розуміти сукупність медичних, психологічних, професійно-трудова, соціальних та інших заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та боєздатності(працездатності), порушених або втрачених військовослужбовцями у зв'язку з хворобою або травмою, та їх успішну інтеграцію в суспільство [51].

При огляді учасників АТО на *медико-соціальних експертних комісіях (МСЕК)*, окрім суто фізичних наслідків ушкодження здоров'я, обов'язково враховується психологічний стан військовослужбовця, можливості соціальної адаптації, навчання, перекваліфікації тощо. Створені всі умови для оформлення документів та огляду на МСЕК зазначеного контингенту без бюрократичних перепон та тяганини.

Інвалідам війни, у яких групу інвалідності встановлено без терміну перегляду, видаються безтермінові посвідчення, іншим – на період встановлення групи інвалідності.

У разі поранення (контузії, травми, каліцтва) під час БД(під час проходження служби) отримати *довідку* про обставини цієї події слід у медичній частині, яка знаходиться безпосередньо в районі дислокації частини, де проходив військову службу військовослужбовець. Довідка повинна містити детальне зазначення обставин отримання поранення і складається не пізніше 30 діб після отримання поранення. Довідка оформлюється у 2-х примірниках,

перший подається у госпітальну (гарнізонну) ВЛК, а другий зберігається постійно в особовій справі військовослужбовця.

Військовий госпіталь, інший заклад охорони здоров'я, що проводить лікування військовослужбовця від поранення (контузії, травми, каліцтва) або захворювання, видає військовослужбовцю «Виписний епікриз» (підписується головним лікарем лікувально-профілактичного закладу) та направляє до ВЛК для прийняття відповідного рішення. Військова частина або військовий комісаріат допомагають в оформленні документів для проходження ВЛК. ВЛК встановлює причинний зв'язок травми (поранення, контузії, каліцтва) відповідно до висновку, зазначеного в довідці про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва), та видає постанову ВЛК про причинний зв'язок поранення (травми, контузії, каліцтва). Військова частина або військовий комісаріат направляють військовослужбовця до МСЕК Міністерства охорони здоров'я.

*Алгоритм направлення на МСЕК учасників АТО* можна представити на прикладі *Дніпропетровської області* (див. рис. 1).

У відповідності до ст. 26 «Звільнення з військової служби» Закону України від 25.03.1992 № 2232-ХІІ *«Про військовий обов'язок і військову службу»* (із змінами та доповненнями), експертиза непрацездатності у осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ, військовослужбовців, колишніх осіб рядового і начальницького складу та колишніх військовослужбовців, військовозобов'язаних, резервістів, які призвані на збори, у осіб, які звільнені від військової служби, починається на військово-лікарських комісіях (ВЛК), які встановлюють зв'язок поранення, контузії, каліцтва з виконанням службових обов'язків, згідно діючого законодавства (*наказ Міністерства оборони України від 14.08.2008 р № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в збройних силах України», наказ Міністерства внутрішніх справ України від 6 лютого 2001 р. № 85 «Порядок проведення військово-лікарської експертизи і медичного огляду військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу в системі МВС України»*) [156].

## Алгоритм направлення на МСЕК учасників АТО

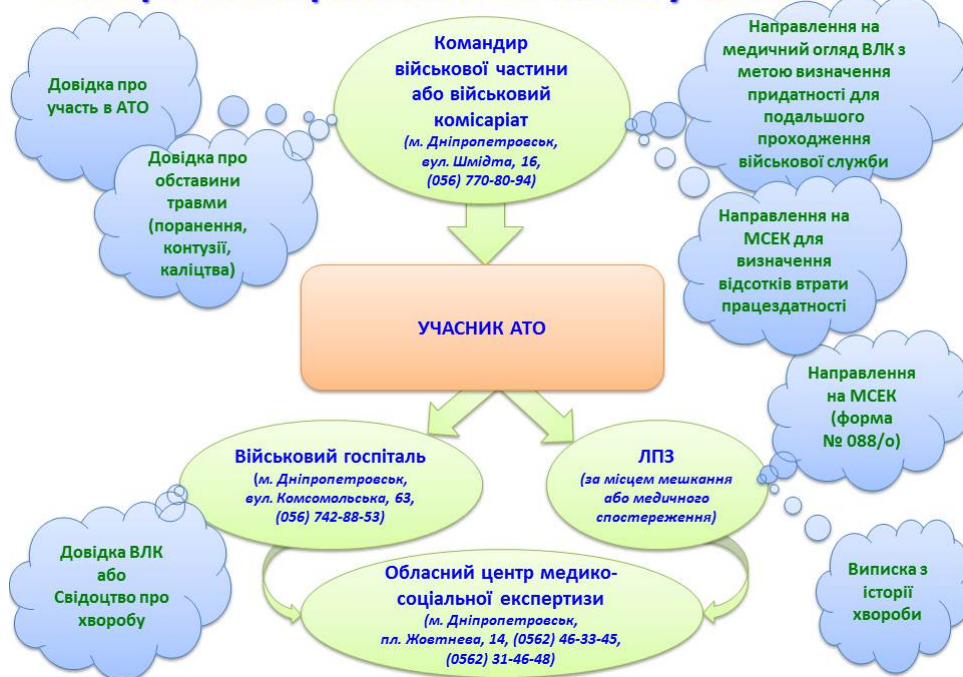


Рис. 1. Алгоритм направлення на МСЕК учасників АТО (із сайту Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської ОДА: [http://dozoda.dp.ua/site/index.php?do=cat&category=dorogna\\_karta](http://dozoda.dp.ua/site/index.php?do=cat&category=dorogna_karta))

Порядок встановлення відсотків втрати працездатності, групи інвалідності учасникам (демобілізованим) АТО створений по аналогії порядку огляду учасників Другої світової війни та учасників БД на території інших держав.

Направлення учасників АТО на МСЕК військово-лікарськими комісіями (ВЛК) здійснюється при встановленні відсотку втрати працездатності (при наявності довідки ВЛКФ-4) та встановленні групи інвалідності (при наявності свідоцтва про хворобу). Ступінь втрати працездатності застрахованого (військовослужбовця) встановлює МСЕК після закінчення його лікування.

Необхідні документи для проходження МСЕК надаються в день виписки учасника АТО та не потребують повторних консультацій в госпіталі, а направлення на МСЕК оформлюється за місцем проживання військовослужбовця або демобілізованого.

Встановлення групи інвалідності військовослужбовцям, демобілізованим учасникам АТО проводиться у МСЕК відповідно до постанови *Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317* «Питання медико-соціальної експертизи».

В обох випадках (при встановленні групи інвалідності або відсотка втрати працездатності) на МСЕК надаються наступні документи:

1) направлення на МСЕК про визначення відсотків втрати працездатності особам, яка не звільнені з військової служби, наданого

командиром військової частини, а демобілізованим особам — військовим комісаріатом за місцем проживання;

2) довідка ВЛК, свідоцтво про хворобу або Постанова ЦВЛК (м. Київ) (додаток 4 до Положення про військово-лікарську комісію у Збройних силах, затверджений постановою Міністерства оборони України від 14.08.2008 № 402) – надається окружною ВЛК в день виписки хворого;

3) довідка про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва) (додаток 5 Положення про військово-лікарську комісію у Збройних силах, затверджений постановою Міністерства оборони України від 14.08.2008 № 402) надається командиром військової частини;

4) акт (довідка) розслідування факту поранення (травми, контузії), наданий командиром військової частини.

*Документи, які оформлює ЛКК ЛПЗ за місцем проживання або лікування:*

5) направлення на медико-соціальну експертну комісію за ф.088/о;

6) виписки з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого;

7) копії інших документів: паспорту, військового квитка, диплому про освіту, трудової книжки (завіреної нотаріально).

МСЕ осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, які за станом здоров'я не можуть з'явитися на засідання комісії, проводиться за місцем їх проживання або в стаціонарі, де така особа перебуває на лікуванні. При виникненні питань щодо медичного забезпечення учасників АТО необхідно звертатись до обласних координаційних центрів з медичної допомоги учасникам АТО, які створені на базі *обласних клінічних госпіталів ветеранів війни* в усіх областях України.

У липні 2014 р. *Верховна Рада України* дозволила військовим, що постраждали в АТО, отримувати реабілітацію (в т.ч. медичну, психологічну, протезування) ще до надання офіційного статусу інваліда. Були внесені зміни в Закон України **«Про реабілітацію інвалідів в Україні»** щодо забезпечення виробами медичного призначення, технічними та іншими засобами реабілітації потерпілих учасників АТО. Згідно зі змінами, внесеними до ст. 4 цього Закону, право отримання таких послуг надано військовослужбовцям (резервістам, військовозобов'язаним) і працівникам ЗС України, Національної гвардії (НГ) України, СБУ, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, особам рядового, начальницького складу, військовослужбовцям, працівникам МВС України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, інших військових формувань, утворених відповідно до законів України, які захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в АТО. Також в цей список внесені



працівники підприємств, установ, організацій, які залучалися і брали безпосередню участь в АТО в районах її проведення. Під дію закону підпадають як українські військові, так і мирні мешканці, поранені під час АТО. Дані категорії громадян будуть забезпечені виробами медичного призначення, технічними та іншими засобами реабілітації, послугами медичної реабілітації, санаторно-курортним оздоровленням на підставі медичних висновків ЛКК ЛПЗ чи медичних рішень ВЛК незалежно від встановлення їм інвалідності. Кошти на медичну реабілітацію учасників АТО передбачені в українському бюджеті [187].

В грудні 2014 р. уряд полегшив порядок отримання протезів для поранених учасників АТО бійців. Тепер для цього не треба проходити МСЕК, досить лише довідки лікаря з госпіталю, де перебуває поранений [161].

З приводу встановлення груп інвалідності потерпілим у АТО з ампутованими кінцівками МОЗ України дало роз'яснення, звернувшись з відповідним листом МОЗ до керівників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я ОДА, КМДА [168].

МОЗ України ініціює при проведенні МСЕ відповідно до Критеріїв встановлення інвалідності, затверджених *постановою Кабінету Міністрів України від 21 січня 2015 №10* «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду», для осіб з ампутованими кінцівками, яким відповідно до повинна бути встановлена III група інвалідності безстроково, враховувати професію, соціальний фактор, обсяг реабілітаційних заходів, у т.ч. необхідний час для виготовлення протеза і при наявності показань на певний строк встановлювати II групу інвалідності.

МСЕК встановлює групу інвалідності, причинний зв'язок інвалідності колишніх військовослужбовців з перебуванням на фронті або з виконанням ними інших обов'язків військової служби на підставі *документів, виданих військово-лікувальними закладами*, а також інших документів, що підтверджують факт отримання поранення (захворювання).

У разі встановлення інвалідності військовослужбовець (військовозобов'язаний та резервіст), працівник міліції має право на отримання одноразової грошової допомоги.

Після освідчення на МСЕК військовослужбовець звертається до *органу соціального захисту* за місцем реєстрації місця проживання для отримання «Посвідчення інваліда війни» із такими документами: заява; копія паспорта; копія довідки МСЕК про групу та причину інвалідності; фотокартка. Положення про порядок видачі посвідчень і нагрудних знаків ветеранів війни

затверджено *постановою КМУ від 12.05.1994 р. № 302*. Посвідчення інваліда війни видається в день звернення особи після визначення відповідного статусу.

Для осіб у складі *добровольчих формувань*, які не були включені до складу ЗС України, МВС України, НГ України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів, але виконували завдання АТО у взаємодії зі ЗС України, МВС України, НГ України, *додаткові документи* визначені ст. 7 Закону України «Про статус ветеранів...», а саме:

- клопотання про надання статусу інваліда війни керівника добровольчого формування, до складу якого входила така особа. До клопотання додаються документи, що підтверджують участь особи в АТО, або письмові свідчення не менш як двох свідків з числа осіб, які спільно з такою особою брали участь в АТО та отримали статус УБД, або інваліда війни, або учасника війни;

- довідка керівника Антитерористичного центру при СБУ, Генштабу ЗС України про виконання добровольчими формуваннями завдань АТО у взаємодії зі ЗС України, МВС України, НГ України та іншими утвореними відповідно до законів України військовими формуваннями та правоохоронними органами.

Пільги інвалідам війни можуть визначатися одночасно кількома законами, зокрема Законами України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про основи соціальної захищеності інвалідів», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», «Про боротьбу з тероризмом».

Розробкою програм реабілітації учасників АТО займається безпосередньо **Кабінет Міністрів України**.

*Постановою Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 416* була створена *Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції*. Для виконання завдань, покладених на неї, у 2015 р. за рахунок держбюджету було передбачено фінансування низки *програм*, зокрема, протезування за кордоном, забезпечення житлом учасників БД, пластичні операції, психологічна реабілітація, соціально-професійна адаптація, санаторно-курортне лікування. Розроблено маршрутні листи на кожного учасника АТО, які дозволяють здійснювати персональний супровід під час лікування, протезування, надання інших видів соціальної підтримки.

У *Міністерстві охорони здоров'я України* створено окремий *відділ медичної реабілітації та паліативної медицини*, який курирує роботу цього напрямку. З метою вирішення питання щодо дообладнання *реабілітаційних центрів* для учасників АТО в грудні 2014 р. у МОЗ України була створена відповідна *міжвідомча робоча група* у складі 10 фахівців, серед яких –

представники Міноборони України, МВС України, Мінсоцполітики, МОЗ України, Держслужби у справах ветеранів війни та учасників АТО, а також волонтери. Центри функціонуватимуть на базі *госпіталів ветеранів війни*, які діють у кожній області України, мають певну матеріальну базу та персонал. Було розроблено відповідний табель дооснащення відділень, на підставі якого будуть визначені фінансові видатки на наступний рік на обладнання та додаткові посади психологів.

При **Міністерстві оборони** функціонує *міжвідомчий координаційний штаб*, до якого входять представники центральних органів виконавчої влади, силових структур, волонтери, серед повноважень якого – координація процесу реабілітації всіх військових, які повертаються із зони АТО.

Згідно з **Наказом Міністерства соціальної політики від 23.06.2015 № 650** «Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань організації психологічної реабілітації постраждалих учасників АТО» була створена робоча група *Координаційної Ради з питань реабілітації* цього контингенту осіб.

Активно займається питаннями реабілітації учасників АТО **Комітет Верховної Ради України у справах ветеранів, учасників бойових дій, учасників АТО та людей з інвалідністю**, тісно співпрацюючи з військовими частинами, медичними працівниками, соціальними службами, міжнародними партнерами.

При **Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я** створено *робочу групу*, яка займається питаннями законодавчого забезпечення реабілітації (медичної, соціальної тощо) осіб, що постраждали під час проведення АТО. До складу групи увійшли народні депутати, представники органів виконавчої влади, волонтери, а також усі бажаючі. Результатом її діяльності має стати розроблення *проекту Закону України «Про реабілітацію»*.

Розробкою наукових програм, протоколів реабілітації, методичним керівництвом реабілітаційних закладів займаються 9 науково-дослідних установ, зокрема Український НДІ медичної реабілітації та курортології (м. Одеса), Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ); Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ), НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, 11 профільних кафедр у вищих навчальних закладах та 3 кафедри в закладах післядипломної освіти.

Питання *медичної реабілітації* знайшло своє відображення в **Законі України «Про курорти»**, де є чітке визначення, що це є система лікувальних закладів, що спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи; на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей

організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності; на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

На жаль, на сьогодні в Україні спеціальність *«Медична реабілітація»* відсутня. Вона є як наукова спеціальність, існують відповідні кафедри та НДІ (у цій сфері діють 7 наукових закладів та 2 кафедри), є профільний головний позаштатний спеціаліст МОЗ України, проте ця медична спеціальність не занесена в *Реєстр професій працівників системи охорони здоров'я*. Тому на практиці реабілітацією займаються фізіотерапевти, неврологи, травматологи і всі суміжні фахівці. Фахівців із фізичної реабілітації готують за напрямом підготовки «фізичне виховання і спорт» у педагогічних університетах, ВНЗ спортивно-фізкультурного спрямування. Однак працювати за спеціальністю в лікувальних закладах ці фахівці не можуть (не передбачено таких посад), інколи їх оформлюють як медсестер масажу.

*Отже*, підготовка спеціалістів-реабілітологів потребує значного перегляду, унормування чого має бути здійснено на законодавчому рівні. Існує необхідність введення в Класифікатор спеціальності *«лікар з фізичної та реабілітаційної медицини»*. Фізичний терапевт та ерготерапевт — це нелікарська спеціальність відповідно до сучасного світового досвіду організації процесу медичної реабілітації.

Правові основи та нормативно-законодавчі акти, що стосуються професійно-трудової реабілітації, соціально-психологічної адаптації, соціального захисту та соціально-побутової реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО, забезпечення їх технічними засобами реабілітації – представлені у відповідних розділах даного видання.

## Розділ 2.

# ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ АТО

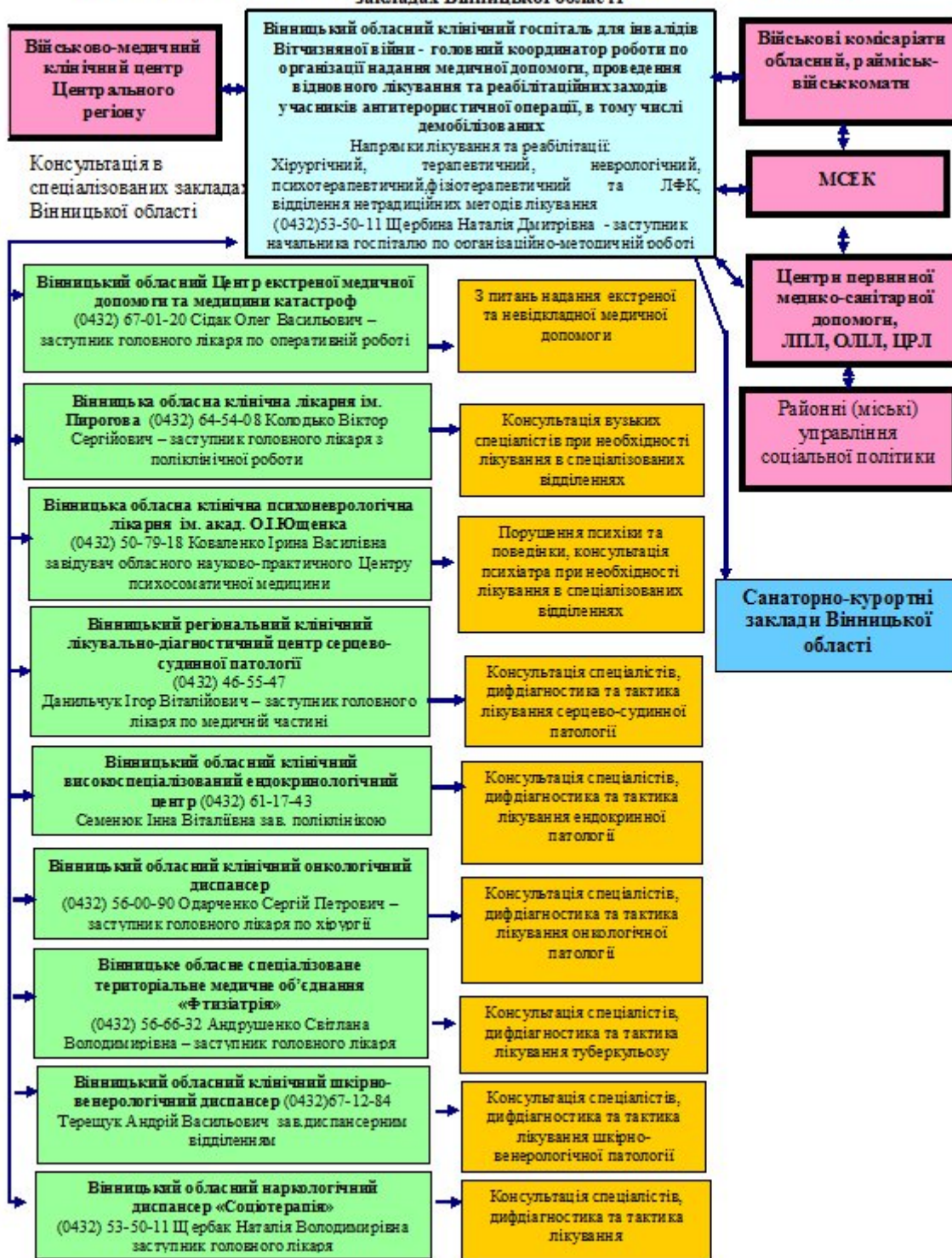
### 2.1. Медична реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО

На *регіональному рівні* основними цілями медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО є:

- розвиток регіональної нормативної бази;
- забезпечення програмного підходу до вирішення медико-соціальних проблем інвалідів військової служби та учасників АТО в регіоні;
- координація дій регіональних органів виконавчої влади та органів військового управління у вирішенні медико-соціальних проблем військовослужбовців;
- створення установ, що забезпечують послуги з соціальної адаптації та реабілітації військовослужбовців;
- реалізація заходів щодо забезпечення зайнятості та перепідготовці демобілізованих військовослужбовців;
- підтримка підприємництва та самозайнятості демобілізованих військовослужбовців;
- розвиток бази спеціалізованих установ соціального обслуговування та медико-соціальної реабілітації інвалідів та ветеранів БД, ветеранів підрозділів особливого ризику;
- забезпечення умов для медичного обслуговування ветеранів військової служби в установах охорони здоров'я;
- додаткові заходи адресної соціальної підтримки дітей загиблих військовослужбовців, співробітників органів внутрішніх справ.

Для забезпечення реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців, демобілізованих з військової служби, та членів їх сімей, у т.ч. інвалідів військової служби, в усіх регіонах України створюється система надання медичної, психологічної, соціальної допомоги демобілізованим учасникам АТО, приймаються спеціальні нормативні акти, розробляються так звані **«Дорожні карти надання медичної допомоги, відновного лікування та реабілітаційних заходів для учасників АТО»** для тих, хто повертається із зони військових дій. На базі госпіталів ветеранів війни створюється **«Єдине вікно»** звернень для демобілізованих, налагоджується система їх обстеження, лікування та реабілітації. Подібні програми реабілітації уже успішно функціонують у *Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Кіровоградській, Львівській* та інших областях України (рис.2).

**ДОРОЖНЯ КАРТА**  
**надання медичної допомоги, відновного лікування та реабілітаційних заходів для учасників**  
**антитерористичної операції, в тому числі демобілізованих, в лікувально-профілактичних**  
**закладах Вінницької області**



**Рис. 2. Схема надання медичної допомоги, відновного лікування та реабілітаційних заходів для учасників АТО, в т.ч. демобілізованих, в лікувально-профілактичних закладах Вінницької області (із сайту Департаменту охорони здоров'я та курортів Вінницької ОДА [http://www.vin.gov.ua/web/upravlinnya/web\\_upr\\_zdor.nsf/web\\_alldocs/DocVDJYA](http://www.vin.gov.ua/web/upravlinnya/web_upr_zdor.nsf/web_alldocs/DocVDJYA))**

Мережа лікувальних закладів для надання медичної та реабілітаційної допомоги учасникам АТО створюється, починаючи з осені 2014 р.

Відповідно до *Дорожньої карти* медична допомога учасникам АТО, в т.ч. демобілізованим та членам їх сімей надається в закладах охорони здоров'я загальної мережі та спеціалізованих медичних закладах областей. У них визначений чіткий розподіл бійців відповідно категорії та профілю (хірургічний, терапевтичний, психологічний) за відповідними медичними закладами; розроблений перелік документів, які необхідно подати учаснику АТО; налагоджено інформаційну складову процесу – розповсюдження інформ-листків з переліками адрес та контактних даних, трансляція в обласних ЗМІ тощо. Окрім того, укладаються угоди і з приватними підприємствами щодо відшкодування вартості для учасників АТО дороговартісних діагностичних послуг, стоматологічними клініками щодо безкоштовного зубопротезування тощо.

Учасники АТО та члени їх родин мають бути забезпечені необхідним комплексом діагностичних обстежень та першочерговою безвідмовною госпіталізацією в ЛПЗ вторинного або третинного рівня надання медичної допомоги. Також запроваджується обов'язкове медичне обстеження та диспансерне спостереження за цією категорією громадян.

Щоб пройти обстеження, отримати необхідну медичну допомогу, відновне лікування та реабілітаційні заходи необхідно звернутися в лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання до свого сімейного лікаря.

Якщо учасник АТО або член його родини потребують додаткового обстеження, консультації вузьких спеціалістів та, в разі потреби, – госпіталізації, сімейний лікар направляє таких хворих до спеціалізованого закладу.

При потребі у реабілітації та відновному лікуванні учасників АТО, в т.ч. демобілізованих направляють до обласних госпіталів ветеранів війни, а також до обласних закладів третинного рівня надання медичної допомоги згідно з *Дорожньою картою*.

Сімейний лікар повинен забезпечити пацієнта необхідними медичними документами для подальших консультацій, госпіталізації та інших видів медичної допомоги.

Далі представлені результати аналізу існуючої практики медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби та учасників бойових дій урізних регіонах України.

### **2.1.1. Реабілітація учасників АТО в госпіталях для ветеранів війни**

Реабілітація учасників АТО на виконання Указу Президента України від 14 листопада 2014 року № 880/2014 «Про Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року», доручення Секретаріату Кабінету Міністрів України від 24.11.2014 р. № 42513/1/1-14 щодо виконання п. 9

Протокольного рішення Адміністрації Президента України стосовно соціальної реабілітації учасників АТО на Сході України та протезування осіб, постраждалих під час АТО, проводиться в *госпіталях ветеранів воєн (ВВ)*. В усіх регіонах України таку назву отримали після перейменування колишні госпіталі ветеранів та інвалідів Великої Вітчизняної війни.

Діяльність госпіталів визначена *Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»* [100]. Частина 1 ст. 6 зазначеного Закону доповнено новим п. 19, згідно з яким статус УБД надається особам, які брали участь в АТО, а, отже, вони відносяться до категорії осіб, які мають право отримувати медичну допомогу у госпіталях ветеранів війни. Це дозволяє на практиці вдосконалювати госпітальну базу та готувати її до задоволення потреб військовослужбовців.

В Україні сьогодні функціонує **29 госпіталів ветеранів воєн** (загальна кількість ліжок – 6542) та **20 госпітальних відділень** (загальна кількість ліжок – 1070). Госпіталі є практично в усіх областях України, крім Київської та Івано-Франківської. Таким чином, лікувальна база в госпіталях загалом налічує 7,6 тис. ліжок в усіх регіонах України. Госпіталі повністю укомплектовані кваліфікованими кадрами, що мають достатній досвід роботи по реабілітації учасників БД, і визначені головними *координаторами роботи* по організації надання медичної допомоги, проведення відновного лікування та реабілітаційних заходів учасників АТО, в т.ч. демобілізованих.

*Координаційним центром* з організаційно-методичного забезпечення усіх госпіталів ветеранів війни визначено *Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни* (Київська обл., с. Циблі). Цей заклад, а також *Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів «Лісова поляна»* (Київська обл., смт. Пуца-Водиця) проводять реабілітацію учасників АТО за направленнями відомчих госпіталів та обласних госпіталів ВВ.

### **Види реабілітації в госпіталях ветеранів війни**

В госпіталях ВВ проводиться фізична, медична, психолого-психіатрична, елементи соціально-побутової реабілітації, підготовка до протезування [146].

#### **I. Медична реабілітація містить послуги з:**

##### **1. Відновної терапії:**

- фізіотерапії;
- механотерапії;
- рефлексотерапії;
- бальнеотерапії;
- медикаментозного лікування;
- нетрадиційних методів лікування;
- інше.



## **2. Відновної хірургії:**

- реконструктивної хірургії;
- пластичної хірургії;
- інше.

## **3. Стоматологічного протезування.**

## **4. Підготовки до протезування, ортезування.**

### **II. Фізична реабілітація** містить послуги з:

- ерготерапії (терапії працею);
- кінезотерапії (терапії рухом);
- ЛФК;
- масажу.

### **III. Психолого-психіатрична реабілітація** містить послуги з:

- консультування;
- психологічної діагностики;
- психологічної корекції;
- психотерапії;
- психіатричної допомоги, у т.ч. медикаментозної.

**IV. Соціально-побутова реабілітація:** проводиться в межах можливостей лікувального закладу з елементами: розвитку навичок самообслуговування, пересування, орієнтування, спілкування, користування інформацією. У разі необхідності проводиться із залученням фахівців із соціальної реабілітації Міністерства соціальної політики України.

### **Проведення зазначених заходів спрямоване на:**

- розвиток медико-соціальної реабілітації постраждалих від бойових дій в сучасних умовах;
- виконання індивідуальних програм реабілітації для учасників АТО;
- покращення контролю за здійсненням реабілітації учасниками АТО;
- раціональне використання кадрових і матеріальних ресурсів госпіталів ветеранів війни, їх спеціалізації та розширення відповідно до потреб часу;
- залучення до реабілітаційного процесу спеціалістів інших закладів різного підпорядкування у разі необхідності;
- створення сучасної інформаційно-аналітичної бази по контингенту пацієнтів-учасників АТО, їх потреб в реабілітації та її результатів.

### **Порядок направлення (переведення) учасників АТО на реабілітацію в госпіталях ветеранів війни**

В госпіталь для ветеранів війни можуть бути скеровані:

1. Учасники АТО – пацієнти відомчих госпіталів за рішенням *військово-лікарської комісії (ВЛК)* відповідно до стану здоров'я з обов'язковим оформленням таких документів:

- направлення за підписом начальника госпіталю;

- виписний (перевідний) епікриз;
- довідки військово-лікарської комісії;
- посвідчення особи військовослужбовця.

2. Учасники АТО, що продовжують службу в армії, МВС, СБУ, тощо, можуть бути спрямовані на лікування та реабілітацію в госпіталь ВВ виключно за направленням відомчого госпіталю при наявності вищезазначених документів.

3. Учасники АТО – військовослужбовці, виписані з відомчого госпіталю і визнані непридатними до військової служби до отримання статусу учасника БД, мають право бути госпіталізованими у госпіталі ВВ за направленням військового комісара за місцем призову на підставі виписного епікризу із військового госпіталю, довідки ВЛК, посвідчення особи військовослужбовця, довідки, що підтверджує участь в АТО.

4. Учасники АТО – військовослужбовці у період відпустки в разі погіршення стану здоров'я звертаються в територіальний відомчий госпіталь (підстава – довідка про стан здоров'я з медичного закладу загальної мережі та направлення військового комісара за місцем призову), в якому вирішується подальший маршрут лікування і реабілітації.

5. Учасники АТО, що отримали посвідчення УБД в порядку, визначеному *постановою Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413* (а також члени їх родин), мають право самостійно звернутися в госпіталі ВВ з метою проходження лікування і реабілітації. При цьому направлення відомчого госпіталю або направлення військового комісара не оформляється.

Термін реабілітації у госпіталі ВВ визначається ВЛК відомчого госпіталю чи лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) госпіталю ВВ. Після його закінчення пацієнт – учасник АТО – військовослужбовець знову направляється у відомчий госпіталь, де ВЛК приймає рішення щодо подальшого лікування і реабілітації [146].

В деяких областях (зокрема, Волинській) між гарнізонними *військовими госпіталями, управліннями охорони здоров'я ОДА та обласними госпіталями ВВ* укладені *меморандуми*, які мають допомогти направленню пацієнтів з військових госпіталів на реабілітацію до госпіталів ВВ. На жаль, цей алгоритм відпрацьований ще недосконало.

Кількість учасників АТО, що проходили реабілітацію в обласних госпіталях ВВ, на порядок менша, ніж кількість демобілізованих по областях учасників АТО. Це пов'язано із рядом причин.

*По-перше*, військовослужбовців на реабілітацію в центрах при госпіталях ВВ можуть приймати після направлення лікарських комісій. Якщо ж військовослужбовців виписують з військових госпіталів і надають відпустку,

але не дають направлення на реабілітацію, то таких пацієнтів в госпіталях ВВ прийняти не можуть, бо ці особи закріплені за певною військовою частиною.

*По-друге*, немає порозуміння з військовими госпіталями, вони не направляють бійців АТО на реабілітацію до госпіталів ВВ, мотивуючи тим, що в них є власний фонд ліжок і треба його використовувати.

*По-третє*, є недопрацювання в первинній ланці. Проблема – диспансеризація, виявлення хворих, які потребують реабілітації.

Серед проблем, які слід вирішити, є розпорошеність у підпорядкуванні госпіталів, застаріла матеріально-технічна база, яку необхідно вдосконалити.

Відповідно до *постанови Кабінету Міністрів України № 680 від 2007 р.*, держава виділяє госпіталям ветеранів війни на добу 40 грн. на ліки та 35 грн. на харчування у розрахунку на 1 хворого на день. Ці нормативи планується в недалекому майбутньому збільшити. Розроблений проект *Постанови КМУ «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в лікувально-профілактичних установах ветеранів війни»*, згідно з якою середній показник грошових витрат на обслуговування ветеранів війни, в т.ч. і учасників АТО, складатиме: на харчування – 55 грн. на добу на 1 пацієнта, на медикаменти – 65 грн. відповідно [205].

Зараз гостро стає питання реабілітації тих, хто пройшов лікування у військових госпіталях. Йдеться про 2 напрямки реабілітації – *медико-психологічний та фізичний*.

***Напрямки медичної допомоги, які потребують під час реабілітації учасники АТО:*** за характером поранень, які на сьогодні є, перше місце посідають хворі з *ураженнями кінцівок*, на другому – *спинальні хворі*, на третьому – хворі з *ураженням органів зору* [192]. Унікальність наявної системи госпіталів полягає в тому, що із 29 госпіталів 18 мають хірургічні відділення. Це потужна база, яка без додаткових вкладень зможе надавати відповідну допомогу. Крім того, оперативні офтальмологічні втручання проводяться в *Одеському очному* (110 ліжок), *Вінницькому обласному* (10 ліжок) та *Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни*. В усіх госпіталях України широко застосовуються фізіотерапевтичні методи лікування та лікувальна фізкультура.

З метою врегулювання категорії осіб, яким надається медична допомога у госпіталі ветеранів війни та удосконалення реабілітаційних послуг, департаментом медичної допомоги МОЗ розроблено проект ***Типового положення про госпіталь ветеранів війни***, який має бути доопрацьований та поданий до Кабінету Міністрів України для затвердження.

Особливу увагу МОЗ України планує приділити створенню у госпіталях *медико-психологічних відділень*, адже попри наявність у штатному розкладі посад психологів, ця служба має бути суттєво підсилена.

## Мережа госпіталів ветеранів війни України

Повний перелік – див. *Додаток 1*.

### УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ ЦЕНТР ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

<b>Адреса</b>	с. Цибли-1, Переяслав-Хмельницький р-н, Київська обл., 08454
<b>Телефон:</b>	(04567) 5-28-93; 5-28-94
<b>Керівник:</b>	<i>Грінченко Юрій Олександрович</i> – директор <i>Мовчан Людмила Володимирівна</i> – заступник директора з ОМР
<b>Нозології:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ патологія серцево-судинної системи;</li> <li>♦ патологія бронхо-легеневої системи (ХНЗЛ);</li> <li>♦ патологія центральної та периферичної нервової системи;</li> <li>♦ патологія опорно-рухового апарату;</li> <li>♦ патологія органів травлення;</li> <li>♦ порушення обміну речовин</li> </ul>
<b>Структурні підрозділи:</b>	<p><i>11 лікувальних відділень:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ 4 відділення кардіології на 210 ліжок;</li> <li>♦ 2 відділення терапії на 135 ліжок;</li> <li>♦ 2 неврологічних відділення на 115 ліжок;</li> <li>♦ пульмонологічне відділення на 55 ліжок;</li> <li>♦ гастрологічне відділення на 55 ліжок;</li> <li>♦ хірургічне відділення на 30 ліжок;</li> <li>♦ відділення інтенсивної терапії.</li> </ul> <p><i>Консультативно-діагностичне відділення:</i> консультації лікарями 17 спеціальностей; ендоскопічний, офтальмологічний, рентген-кабінети; <i>Бальнеофізіотерапевтичне відділення; кабінет ЛФК;</i> <i>Відділення функціональної діагностики:</i> обстеження кровообігу головного мозку, ССС, органів черевної порожнини, органів дихання; <i>Лабораторія. Стоматологічне відділення.</i></p>
<b>Методики реабілітації:</b>	<p><i>Відновна терапія:</i> медикаментозне лікування. <i>Бальнеофізіотерапія:</i> лікувальні ванни і душі, грязьові аплікації. <i>Фізична реабілітація:</i> ручний і апаратний масаж, ЛФК, рефлексотерапія. <i>Реконструктивна хірургія:</i> операції із заміни ураженого катарактою кришталика методом факоемульсифікації.</p>
<b>Потужність:</b>	600 місць; лікувальний корпус - на 200 ліжок
<b>Щороку обслуговує:</b>	9 тис. осіб

Заклад є одним з найкращих у системі госпіталів, тому саме тут створюється організаційно-методична база для розробки та вдосконалення загальнодержавної системи реабілітації для учасників АТО. На базі закладу передбачено створення *реабілітаційного центру для учасників АТО*.

### УКРАЇНСЬКИЙ ГОСПІТАЛЬ ВОЇНІВ-ІНТЕРНАЦІОНАЛІСТІВ «ЛІСОВА ПОЛЯНА»

<b>Адреса</b>	7 лінія, смт. Пуща-Водиця, м. Київ, 04075
<b>Телефон:</b>	(044) 431-81-26; 401-82-70
<b>Керівник:</b>	<i>Олійник Віктор Іванович</i> – начальник госпіталю
<b>Структурні підрозділи:</b>	<i>3 відділення:</i> неврологічне на 80 ліжок, терапевтичне на 80 ліжок і ортопедо-травматологічне на 60 ліжок
<b>Методики реабілітації:</b>	теплолікування, гідролазерна ванна

<b>Штат співробітників:</b>	200 працюючих
<b>Щорічно обслуговує:</b>	більш як 3,5 тисячі осіб
<b>Співпраця:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ з благодійним фондом "Відродження" (м. Нікополь);</li> <li>♦ з Київською міською та обласною спілками УСВА</li> </ul>

### **ВІННИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

<b>Адреса:</b>	вул. Пирогова, 109-а, м. Вінниця, 21005
<b>Телефон:</b>	(0432) 68-22-92;32-36-39; 55-07-88 – з питань АТО
<b>Керівник:</b>	<i>Бабійчук Валерій Вікторович</i> – начальник госпіталю
<b>Форми обслуговування:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ амбулаторна;</li> <li>♦ стаціонарна</li> </ul>
<b>Реабілітаційні методики:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ медикаментозна;</li> <li>♦ ЛФК; масаж;</li> <li>♦ фізіотерапія (гальванізація, електрофорез, лазерне випромінювання, вплив імпульсним магнітним полем);</li> <li>♦ підводне витягування;</li> <li>♦ гідроклонотерапія;</li> <li>♦ нетрадиційні методики (голкорексфлексотерапія, електропунктура);</li> <li>♦ мікрохірургічні операції з приводу глаукоми, катаракти з імплантацією штучних кришталіків тощо;</li> <li>♦ операції на жовчному міхурі за допомогою ендоскопічної апаратури</li> </ul>
<b>Потужність:</b>	220 ліжок (в т.ч. терапевтичних – 130, неврологічних – 40, хірургічних – 40, офтальмологічних – 10).
<b>Щорічно обслуговує:</b>	понад 5 тис. осіб

На базі госпіталю створено «Єдине вікно» для звернень учасників АТО (відповідно до *Дорожньої карти*, що діє в області з квітня 2015 р.). Крім того, на базі інших обласних закладів охорони здоров'я області функціонують телефони «гарячої лінії» для бійців АТО (див. *розділи 2.1.2 та 2.2.5.5*).

### **ВОЛИНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

<b>Адреса:</b>	вул. Стефаніка, 3-а, м. Луцьк, 43001
<b>Телефон:</b>	(0332) 72-14-43
<b>Керівник:</b>	<i>Масікова Тетяна Олександрівна</i> – головний лікар
<b>Реабілітаційні методики:</b>	<p><i>Фізіотерапія:</i> електролікування змінними і постійними струмами, магнітотерапія, лазеротерапія;</p> <p><i>Бальнеотерапія:</i> 2 душеві гідромасажні бокси; ванни (перлинні, хвойно-перлинні, вихрові; гальванічні), підводний душ-масаж; джакузі;</p> <p><i>Рухова реабілітація:</i> велотренажери, бігові доріжки, тренажери для активної та пасивної розробки рук і ніг, дошка Євмінова для спинальних хворих; вертикалізатор.</p> <p><i>Психологічна реабілітація та психотерапія:</i> див. розділ 2.2.5.5.</p> <p><i>Басейн:</i> щотижня (знаходиться у м-ні Вересневе у Луцьку)</p> <p><i>Арт-терапія:</i> щотижня, проводять волонтери.</p> <p><i>Спортивні ігри:</i> двічі на тиждень, в спортивно-оздоровчому комплексі «Адреналін сіті» (боулінг, більярд, настільний теніс)</p>
<b>Співпраця:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ з філією Львівського протезного заводу у Ковелі;</li> <li>♦ з обласною клінічною лікарнею – щодо до обстеження та лікування учасників АТО;</li> <li>♦ з Волинською обласною психіатричною лікарнею № 1;</li> <li>♦ з психологами з Волинського обласного наркологічного диспансеру;</li> </ul>

	♦ з колегами з Польщі та Білорусі
--	-----------------------------------

З 01.10.2014 року в госпіталі відкрито *реабілітаційний центр для учасників АТО*, який згодом планують перейменувати в обласний реабілітаційний центр. Центр розрахований на 50 ліжок і надає фахову медичну, психологічну та інші види реабілітації для учасників АТО[169].

### ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

<b>Адреса:</b>	пл. Жовтнева, 14, м. Дніпропетровськ, 49005
<b>Телефон:</b>	(056) 713-54-73; 246-50-73
<b>Електронна адреса:</b>	<a href="mailto:ipu_37011501@ukr.net">ipu_37011501@ukr.net</a>
<b>Керівник:</b>	<i>Дудник Сергій Петрович</i> – начальник госпіталю
<b>Потужність:</b>	210 ліжок
<b>Реабілітаційні методики:</b>	Розвинута хірургічна та фізіотерапевтична база

### СВЯТОГІРСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

<b>Адреса:</b>	вул. Піонерська, 66, м. Святогірськ, Донецька обл., 84130
<b>Телефон:</b>	(06262) 5-30-71; 5-57-52
<b>Керівник:</b>	<i>Присяжний Микола Олександрович</i> – начальник госпіталю
<b>Нозології:</b>	<p><i>Хвороби системи кровообігу:</i> ГХ; ІХС; ревматизм</p> <p><i>Терапевтична патологія:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ ХНЗЛ;</li> <li>♦ хр. гастрити, гастродуоденіти;</li> <li>♦ хр. холангіт, холецистит (безкам'яний);</li> <li>♦ ЦД легкого та середнього ст. тяжкості в ст. стабільної компенсації;</li> <li>♦ захворювання щитовидної залози легкого та середнього ст. тяжкості;</li> <li>♦ подагра, сечокислий діатез;</li> <li>♦ хр. пієло- та гломерулонефрити в періоді ремісії;</li> <li>♦ ревматоїдний артрит в неактивній фазі;</li> <li>♦ ДОА з ПФС I-II ст.</li> </ul> <p><i>Неврологічна патологія:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ цереброваскулярні захворювання з наслідками ГПМК;</li> <li>♦ повільно прогресуючі порушення мозкового кровообігу (ДЕП I-II ст.);</li> <li>♦ наслідки перенесених ЧМТ – не раніше 4 міс. від моменту травми;</li> <li>♦ захворювання периферичної нервової системи</li> </ul>
<b>Структурні підрозділи:</b>	<p><i>Відділення терапевтичного профілю:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ терапевтичне (на 80 ліжок);</li> <li>♦ неврологічне (на 60 ліжок);</li> <li>♦ кардіологічне (на 40 ліжок)</li> </ul> <p><i>Діагностичні служби:</i> МРТ, кабінет функціональної діагностики, лабораторія</p>
<b>Реабілітаційні методики:</b>	медикаментозне лікування; фізіотерапія; голкорексфлексотерапія; кліматотерапія (аеро- та геліотерапія, лікувальні прогулянки); дієтотерапія; стоматолого-ортопедичні послуги
<b>Умови перебування:</b>	по 2-3 особи в кімнаті, в 2-поверхових корпусах
<b>Тривалість курсу:</b>	24 дні
<b>Потужність:</b>	180 ліжок

### ЖИТОМИРСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

<b>Адреса:</b>	вул. К. Лібкнехта, 52, м. Бердичів, Житомирська обл., 13300
<b>Телефон:</b>	(04143) 2-02-58
<b>Керівник:</b>	<i>Журбенко Павло Юрійович</i> – в.о. головного лікаря
<b>Види реабілітації:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ медична;</li> <li>♦ професійна</li> </ul>
<b>Структурні підрозділи:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ хірургічне відділення (на 90 ліжок, у тому числі 20 урологічних);</li> <li>♦ неврологічне відділення (на 60 ліжок);</li> <li>♦ кардіологічне відділення (на 70 ліжок)</li> <li>♦ гастроентерологічне відділення (на 40 ліжок);</li> <li>♦ допоміжні лікувально-діагностичні підрозділи</li> </ul>
<b>Реабілітаційні методики:</b>	<i>Медична реабілітація:</i> фізіотерапія, фітотерапія, ЛФК, підводне вертикальне витягування хребта, зубне протезування <i>Професійна реабілітація:</i> курси бухгалтерів, фотографів, кравців, шевців, водіїв мотоколясок, бджолярів, масажистів, лаборантів
<b>Потужність:</b>	400 ліжок

### **ЗАКАРПАТСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧАЕС**

<b>Адреса:</b>	вул. Л. Толстого, 13, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88018
<b>Телефон:</b>	(0312) 61-57-49
<b>Веб-сайт:</b>	<a href="http://hospital.uoz.org.ua">http://hospital.uoz.org.ua</a>
<b>Керівник:</b>	<i>Брич Володимир Дмитрович</i> – головний лікар
<b>Структурні підрозділи:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ стаціонарне відділення – на 60 ліжок, в т.ч.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- терапевтичного профілю – 50 ліжок;</li> <li>- неврологічного профілю – 10 ліжок;</li> </ul> </li> <li>♦ відділення відновної терапії;</li> <li>♦ стаціонар денного перебування;</li> <li>♦ поліклінічне відділення – на 110 відвідувань за зміну;</li> <li>♦ діагностичні підрозділи</li> </ul>
<b>Профіль:</b>	реабілітаційне лікування ветеранів війни із патологією ШКТ
<b>Реабілітаційні методики:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ відновна терапія: фізіотерапія, ЛФК; масаж; водолікування;</li> <li>♦ реконструктивна хірургія;</li> <li>♦ здійснення диспансеризації;</li> <li>♦ профілактичні заходи, санітарно-просвітницька робота</li> </ul>
<b>Потужність:</b>	25 реабілітаційних ліжок

### **ЗАПОРІЗЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

<b>Адреса:</b>	вул. Ленська, 45, м. Запоріжжя, 69096 вул. Оріхівське шосе, 10, м. Запоріжжя (обласна поліклініка)
<b>Телефон:</b>	(061) 224-79-60; 522-81-77
<b>Керівник:</b>	<i>Ярмошук Тетяна Єгорівна</i> – начальник госпіталю
<b>Структурні підрозділи:</b>	<i>Відділення:</i> терапевтичне; кардіологічне; неврологічне; поліклініка
<b>Потужність:</b>	110 місць

### **КІРОВОГРАДСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

<b>Адреса:</b>	вул. Короленка, 58, м. Кіровоград, 25005
<b>Телефони:</b>	(0522) 34-11-30 (прийм.), 34-11-44 (факс); 27-04-62, 34-11-55

<b>Керівник:</b>	<i>Сябренко Геннадій Петрович – головний лікар</i>
<b>Профіль:</b>	терапевтичний, хірургічний, неврологічний
<b>Структурні підрозділи:</b>	<i>Відділення:</i> кардіологічне; неврологічне; хірургічне; терапевтичне; поліклінічне; функціональної діагностики <i>Кабінети:</i> фізіотерапії; масажу; зал ЛФК; променевої діагностики
<b>Форми обслуговування:</b>	стаціонарно, амбулаторно
<b>Тривалість курсу:</b>	18-24 дні
<b>Реабілітаційні методики:</b>	<i>Психологічна реабілітація</i> <i>Фізична реабілітація:</i> фізіотерапія (електро-, світло-, лазеро-, озокеритолікування); ЛФК, масаж
<b>Реабілітаційне обладнання:</b>	магніто-лазерний апарат "АМЛТ", віброакустичний апарат з ІЧ-теплом, УЗ-інгалятор "Мусон", апарати "Корона", "Маг-3"
<b>Потужність:</b>	210 ліжок
<b>Щорічно обслуговує:</b>	близько 4 тис. осіб

Госпіталь лідирує серед інших госпіталів України за кількістю учасників АТО, які пройшли реабілітацію. На базі госпіталю успішно функціонує **Центр медико-психологічної реабілітації «КОМ-ПАС»** (див. розділ 2.2.5.5).

## **ЛЬВІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА РЕПРЕСОВАНИХ ІМ. ЮРІЯ ЛИПИ**

<b>Адреса:</b>	вул. В. Івасюка, 31, м. Львів-Винники, 79495
<b>Телефон:</b>	(032) 296-11-45 (факс), 296-11-83, 296-25-83, 296-11-40
<b>Керівник:</b>	<i>Федунь Петро Іванович – начальник госпіталю</i>
<b>Структурні підрозділи:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ хірургічна служба (в т.ч. відділення: хірургічне; ортопедичні – 2; кістково-гнійної хірургії; для хворих на кістково-суглобовий туберкульоз; ЛОР; щелепно-лицьової хірургії; урологічне);</li> <li>♦ терапевтичні відділення – 4;</li> <li>♦ неврологічні відділення – 2 ( в т.ч. 20 ліжок для активної реабілітації хворих з пошкодженнями хребта та спинного мозку);</li> <li>♦ фізіотерапевтичне відділення; кабінет ЛФК;</li> <li>♦ діагностичні підрозділи</li> </ul>
<b>Реабілітаційні методики:</b>	<p><i>Відновна терапія:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ медикаментозне лікування;</li> <li>♦ ЛФК; масаж;</li> <li>♦ фізіотерапія: гальванізація, електрофорез (в т.ч. з бішофітом при захворюваннях ОРА); масаж на кушетці з електроприводом, лазеротерапія, вплив імпульсним магнітним полем, голкорексотерапія, електропунктура;</li> <li>♦ лікування запальних процесів м'яких тканин фітосубстанцією з плодів водяного перцю;</li> </ul> <p><i>Реконструктивна хірургія:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ пластика гриж поліпропіленовою сіткою за Ліхтенштейном;</li> <li>♦ лапароскопічної холецистектомії;</li> <li>♦ венекзези з міні-доступами;</li> <li>♦ ендопротезування кульшового суглобу (тотальне, однополюсне, ревізійне), колінного суглобу, головки стегнової кістки; артроскопічні оперативні втручання на суглобах; операції при звичному звиху головки плеча; реконструкція гомілково-ступеневого суглобу; методика "блокуючого остеосинтезу"; синтез довгих трубчастих кісток з допомогою апарату Ілізарова; кісткова аутопластика; секвестрнекректомія; некректомії тіл хребців: з переднім</li> </ul>



	<p>корпорозезом керамікою, трансторакально та позачеревинно;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ нефропексія при нефроптозах, транабдомінальна нефректомія;</li> <li>♦ відкрита ринопластика, лікування сенсоневральної приглухуватості</li> </ul>
<b>Форма обслуговування:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ стаціонарна</li> <li>♦ амбулаторно</li> </ul>
<b>Чисельність пацієнтів:</b>	745 ліжок; поліклініка: на 250 відвідувань в зміну (за 17 лікарськими спеціальностями)
<b>Щорічно обслуговує:</b>	близько 15 тис. пацієнтів; близько 400 хворих (ліжка реабілітації хворих з пошкодженнями хребта та спинного мозку)
<b>Співпраця:</b>	на базі госпіталю функціонує кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО ЛДМУ ім. Д. Галицького

### **МИКОЛАЇВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

<b>Адреса:</b>	вул. Київська, 1, м. Миколаїв, 54058
<b>Телефон:</b>	(0512) 41-34-51; 41-55-35
<b>Керівник:</b>	<i>Підручний Михайло Степанович</i> – в.о. начальника госпіталю
<b>Дата заснування:</b>	9 жовтня 1945 р.
<b>Структурні підрозділи:</b>	<p><i>Відділення:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ ендоскопії та малоінвазивної хірургії;</li> <li>♦ терапевтичне;</li> <li>♦ кардіологічне;</li> <li>♦ неврологічне;</li> <li>♦ хірургічне;</li> <li>♦ відділення анестезіології та інтенсивної терапії;</li> </ul> <p><i>Допоміжні служби:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ фізіотерапевтичне відділення;</li> <li>♦ клініко-біохімічна лабораторія;</li> <li>♦ кабінети лікувальної фізкультури;</li> <li>♦ кабінети: функціональної діагностики, променевої діагностики, ендоскопічної діагностики, УЗД.</li> </ul>
<b>Реабілітаційні методики:</b>	Кваліфікована лікувально-профілактична допомога за 15 спеціальностями, у т. ч.: терапія, кардіологія, неврологія, хірургія, офтальмологія, урологія, гінекологія, дерматологія, психіатрія, ендоскопія, стоматологія, УЗД, ЛОР.
<b>Щорічно обслуговує:</b>	близько 1000 осіб

На базі неврологічного відділення госпіталю створено **реабілітаційний центр для учасників АТО**, який включає 2 палати на 10 ліжок та зал для проведення індивідуальної та групової реабілітації. Також до складу реабілітаційного центру входить кабінет ЛФК з двома залами для занять з пацієнтами механотерапією. Працюють 2 інструктори з ЛФК та 3 масажисти. Функціонує фізіотерапевтичне відділення, в закладі введено додатково посаду психолога[179].

#### **ОДЕСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

Адреса:	Фонтанська дорога, 114, м. Одеса, 65038
Телефон:	(048) 748-08-05
Керівник:	<i>Волков Петро Георгійович</i> – головний лікар
Структурні підрозділи:	<i>Відділення:</i> ендоскопії та малоінвазивної хірургії; терапевтичне; кардіологічне; неврологічне; хірургічне; ЛФК
Реабілітаційні методики:	<i>Психологічна реабілітація:</i> на кожного учасника АТО складається індивідуальна карта психологічної реабілітації
Потужність:	120 ліжок

#### **РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

Адреса:	вул. Деражненська, 39, смт. Клевань, Рівненський р-н, Рівненська обл., 35311
Телефони:	(0362) 27-04-10
Керівник:	<i>Бурачик Андрій Іванович</i> – начальник госпіталю
Структурні підрозділи:	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ реабілітаційне відділення;</li> <li>♦ 50 терапевтичних ліжок;</li> <li>♦ 50 неврологічних ліжок</li> </ul>
Потужність:	200
Щорічно обслуговує	більше 5 тис. осіб

#### **СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

Адреса:	вул. Ковпака, 24, м. Суми, 40031
Телефон:	(0542) 24-16-39
Керівник:	<i>Пилипенко В'ячеслав Григорович</i> – начальник госпіталю

Тут функціонує **Обласний координаційний центр з медичної допомоги учасникам АТО**.

#### **ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КОМУНАЛЬНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА РЕАБІЛІТОВАНИХ**

Адреса:	вул. М. Шашкевича, 42, м. Заліщики, Тернопільська обл., 48640
Телефон:	(03554) 2-12-86; 2-13-04; 2-22-86 (факс)
Керівник:	<i>Демчук Володимир Іванович</i> – начальник госпіталю <i>Логін Надія Василівна</i> – голова ВЛК
Структурні підрозділи:	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ кардіологічне відділення на 40 ліжок;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ терапевтичне відділення на 50 ліжок;</li> <li>♦ ортопедо-травматологічне відділення на 30 ліжок</li> </ul>
<b>Реабілітаційні методики:</b>	фізіотерапія, масаж, парафіно-озокеритне лікування, лазеротерапія, психоемоційне розвантаження, голкорексфлексотерапія, вітамінно-кисневі суміші, лікувальна фізкультура, зубопротезування
<b>Потужність:</b>	120 ліжок
<b>Щорічно обслуговує:</b>	близько 2200 хворих
<b>Співпраця:</b>	з медичним університетом імені Горбачевського

### **ХАРКІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

<b>Адреса:</b>	вул. Луначарського, 42-а, м. Харків, 61137
<b>Телефон:</b>	(057) 376-21-90
<b>Керівник:</b>	<i>Федченко Юрій Григорович</i> – начальник госпіталю
<b>Потужність:</b>	250 ліжок, в т.ч. 140 – терапевтичного профілю, 60 – хірургічного профілю (із яких 20 урологічних ліжок), і 50 ліжок ортопедо-травматологічного профілю
<b>Щорічно обслуговує:</b>	отримують стаціонарне лікування до 5 тис. осіб, здійснюється близько 400 оперативних втручань, більше 31 тис. консультацій

За допомогою військкоматів в госпіталі створюється *електронний Реєстр військовослужбовців, які брали участь в АТО*. Вони матимуть змогу після повернення додому пройти розширений медогляд, результати якого внесуть до закритої бази даних, а потім за необхідності – реабілітацію.

### **ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

<b>Адреса:</b>	вул. Ворошилова, 1, м. Черкаси, 18035
<b>Телефон:</b>	(0472) 31-10-26; 32-00-22
<b>Керівник:</b>	<i>Задорожний Сергій Вікторович</i> – головний лікар
<b>Реабілітаційні заходи:</b>	відновна терапія, реконструктивна хірургія, психологічна реабілітація, медичне спостереження
<b>Потужність:</b>	250 ліжок
<b>Щорічно обслуговує:</b>	близько 5 тис. хворих
<b>Співпраця:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ з кафедрою геріатрії та геронтології НМАПО ім. П.Л. Шупика;</li> <li>♦ з Черкаською обласною лікарнею, яка при потребі проводить оперативні втручання та інтенсивну терапію, а також забезпечує дообстеження пацієнтів за допомогою МРТ, КТ й інших методів, які відсутні в госпіталі;</li> <li>♦ з обласною МСЕК, яка вирішує експертні питання;</li> <li>♦ з Інститутом психології імені Г.С. Костюка НАПН України;</li> <li>♦ з навчальним центром Державної прикордонної служби «Оршанець»</li> <li>♦ з військовими госпіталями України</li> </ul>

На базі терапевтичного відділення №3 госпіталю створений *Центр реабілітації учасників АТО* [125], який фактично почав приймати перших постраждалих бійців ще з липня 2014 р., а офіційно був відкритий у жовтні

2014 року. Центр одночасно може прийняти 50 осіб, які попередньо пройшли лікування у військових госпіталях. Термін перебування бійця АТО в центрі – 24 дні. До плану реабілітації входять лабораторні та інструментальні обстеження, консультації вузькопрофільних спеціалістів. Результати обстежень та план лікування пацієнта лікуючим лікарем відображаються у карті стаціонарного хворого. У реабілітації учасників АТО акцент робиться на *психологічну реабілітацію* (див. розділ 2.2.5.5). Крім реабілітаційної допомоги, Центр виконує функцію центру по збору інформації про лікування бійців АТО в інших медичних закладах регіону, зокрема, щодо діагнозу та місця їх подальшого перебування.

### ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

<b>Адреса:</b>	вул. Фастівська, 20, м. Чернівці, 58023
<b>Телефон:</b>	(03722) 6-29-12
<b>Керівник:</b>	<i>Мігайчук Манолій Михайлович</i> – начальник госпіталю
<b>Структурні підрозділи:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ <i>стаціонарні відділення:</i> терапевтичне (на 65 ліжок); кардіологічне (на 60 ліжок); неврологічне (на 60 ліжок); хірургічне (на 40 ліжок); реанімаційне</li> <li>♦ <i>поліклінічне відділення</i></li> </ul>
<b>Реабілітаційні методики:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ фізіотерапевтичні методи (лазеро-, магніто-, УВЧ-терапія, електрофорез, парафіноозокеритові аплікації);</li> <li>♦ лікувальна фізкультура; масаж;</li> <li>♦ реконструктивна хірургія;</li> <li>♦ психологічна реабілітація;</li> <li>♦ медичне спостереження (диспансеризація)</li> </ul>
<b>Співпраця:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ є клінічною базою Буковинської державної медичної академії;</li> <li>♦ з ортопедо-травматологічним відділенням лікарні швидкої медичної допомоги – щодо дообстеження та лікування демобілізованих;</li> <li>♦ з ортопедо-травматологічним відділенням обласної лікарні – щодо дообстеження та лікування демобілізованих</li> </ul>

Наказом № 125 від 16.10.2014 р. на базі поліклінічного відділення госпіталю створено *Чернівецький регіональний центр медичної реабілітації для учасників та постраждалих під час АТО*. Наказом № 32 від 11.02.2015 р. був визначений порядок спрямування на лікування у стаціонарні відділення госпіталю учасників АТО для проведення їх лікування та реабілітації [172]. Наказом № 46 від 11.03.2015 р. «Про порядок надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги демобілізованим учасникам АТО» деталізовано обов'язки кожного структурного відділення госпіталю в роботі з учасниками АТО. В закладі розроблена *Пам'ятка для учасників АТО та членів їх сімей*, яка видається кожному учаснику АТО при зверненні в госпіталь. Тут же формується *Реєстр учасників АТО* та діє «Єдине вікно», куди вони зможуть звернутися з проблемними питаннями. Планується створити спеціальне *психосоматичне відділення* (з використанням можливостей місцевого санаторію «Брусниця»).

## ЧЕРНІГІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

Адреса:	вул. Волковича, 25, м. Чернігів, 14029
Телефон:	(0462) 67-96-74;32-36-39
Керівник:	<i>Товчига Володимир Анатолійович</i> – начальник госпіталю
Нозології:	♦ віддалені наслідки поранень неврологічного профілю; ♦ терапевтичні захворювання.
Структурні підрозділи:	♦ реабілітаційно-неврологічне відділення; ♦ реабілітаційно-терапевтичне відділення.
Реабілітаційні методики:	♦ медикаментозне лікування; ♦ ЛФК; масаж; ♦ фізіотерапія (гальванізація, електрофорез, лазерне випромінювання, вплив імпульсним магнітним полем, голкорексфлексотерапія, електропунктура)
Форма обслуговування:	стаціонарна
Потужність:	100 ліжок

### 2.1.2. Реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО в інших закладах

Крім обласних госпіталів ветеранів війни, клінічну базу реабілітації учасників АТО становлять **11 лікарень відновного лікування** (усього 1 тис. 888 ліжок), **7 фізіотерапевтичних лікарень**, понад **12 тис.** ліжок ЗАТ «Укрпрофоздоровниці» та відомчих *санаторно-курортних закладів*[166].

Досягнуто також домовленостей з Державним управлінням справами щодо передачі 200 ліжок **клінічної лікарні «Феофанія»** для лікування та реабілітації важкопоранених учасників АТО.

У структурі реабілітаційного фонду **Міністерства оборони України** є 1400 ліжок. До *санаторіїв* Міністерства оборони України належать:

- Центральний військовий клінічний санаторій «Хмільник»;
- Центр медичної реабілітації та санаторного лікування Міністерства оборони України «Пуща-Водиця»;
- Трускавецький Центральний військовий клінічний санаторій;
- Санаторне відділення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону (м. Вінниця);
- Санаторне відділення Військово-медичного клінічного центру професійної патології військовослужбовців Збройних Сил України (м. Ірпінь).

Значна частина санаторіїв Міноборони України (Сакський центральний військовий клінічний санаторій ім. М.І. Пирогова, Центр медичної реабілітації та санаторного лікування МО України «Алупкінський»; Центр медичної реабілітації та санаторного лікування МО України «Феодосійський»; Євпаторійський дитячий клінічний санаторій МО України, Центр медичної реабілітації, санаторного лікування та спеціальної підготовки особового складу

ВПС та ВМС ЗС України «Судацький») стала недоступною в зв'язку із анексією РФ у 2014 р. АР Крим.

В структурі військово-медичних клінічних центрів та госпіталів Міноборони України також є або формуються ресурси для медичної реабілітації військовослужбовців (в т.ч. учасників АТО).

Так, на території **Військово-медичного центру Центрального регіону Військово-повітряних сил України** у Вінниці з вересня 2014 р. ведеться будівництво **клініки реабілітації та відновлювального лікування** для бійців, які повертаються із зони проведення АТО. Планується побудувати двоповерхову клініку санаторного типу загальною площею близько 1000 кв. м, де передбачено розмістити 60 двомісних палат, тренажерні зали та зали відновлювальної терапії.

При **Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону** у Львові в липні 2015 р. на базі відділення відновлювального лікування клініки нейрохірургії та неврології створено **реабілітаційний центр для спинальних хворих** – перший на теренах нашої держави **кабінет-басейн** з підводним витягом хребта для реабілітації учасників АТО з наслідками травм ОРА, атрофіями м'язів тощо[194]. Басейн є унікальним за своєю структурою, має постійну температуру води від 30°C, пристрої для зручного транспортування хворих у воду. За день отримати процедури тут може 8 осіб. Для проведення повного циклу реабілітації в госпіталі заплановано обладнати **кімнату ерготерапії**, де буде проводитись напрацювання дрібної моторики рук (наприклад, при наявності лише одного чи двох рухомих пальців), тренування навичок самообслуговування у побуті (приготування їжі, одягання, писання тощо). Методичну допомогу персоналу центру надають американські фахівці з реабілітації.

На базі **Військово-медичного клінічного центру Північного регіону** у Харкові створено **реабілітаційну службу**, яка надає психологічну допомогу демобілізованим воїнам та їх сім'ям.

Основними пріоритетами роботи клініки нейрохірургії та неврології **Військово-медичного клінічного центру Південного регіону** в Одесі є діагностика, відновне хірургічне та медикаментозне лікування, реабілітація хворих із всіма видами патології центральної та периферійної НС. Тут застосовуються розроблені у лабораторії клінічної реабілітаційної психології та психологічних експертиз методики відновлення слуху та мовлення при мінно-вибухових, акубаро-травматичних ураженнях слуху та нейросенсорній приглухуватості, що мають високу ефективність при роботі з пораненими в АТО.

Реабілітаційна база **Міністерства внутрішніх справ України** складається з МРЦ«Південний Буг»(м. Хмільник, Вінницька обл.), МРЦ

«Перлина Прикарпаття» (с. Синяк, Мукачевський р-н, Закарпатська обл.), МРЦ «Перлина Прикарпаття» (м. Трускавець, Львівська обл.), лікарні відновного лікування (м. Київ). У підпорядкуванні **СБУ** є реабілітаційний центр «Ворзель» (сmt. Ворзель, Ірпінський р-н, Київська обл.).

Проходять реабілітацію учасники АТО і в санаторно-курортних закладах іншого відомчого підпорядкування. За сприяння *Івано-Франківської* обласної ради на базі *санаторію «Черче»* (Рогатинський р-н Івано-Франківської обл.), планується відкрити *лікувально-реабілітаційний центр для поранених бійців АТО*. Лікувально-реабілітаційна база закладу включає відділення для допомоги хворим з патологією ОРА, грязелікарню, кабінети ЛФК, фізіотерапії, підводного витягування тощо [171].

Мережа рекомендованих закладів для реабілітації учасників АТО в Київській області складається з Київської обласної лікарні відновного лікування, (м. Миронівка), санаторію «Україна», «Перемога» та «Ворзель» (сmt. Ворзель), санаторію «Дубки» (м. Ірпінь), санаторію «Жовтень» (Конча-Заспа) [153].

Розробкою наукових програм, протоколів реабілітації, методичним забезпеченням реабілітаційних закладів займаються *9 науково-дослідних установ*.

Потрібно об'єднати зусилля санаторно-курортних закладів, незалежно від їх відомчого підпорядкування і форми власності, науково-дослідних установ та кафедр у розробці та впровадженні заходів з реабілітації на санаторно-курортному етапі. На думку експертів, таке лікування повинні забезпечити держава, фонди соціального страхування (у повному обсязі). Необхідно проводити закупівлю реабілітаційних путівок до санаторіїв за максимально спрощеною процедурою, адже це – вимога воєнного часу.

Крім того, медична допомога ветеранам війни надається в закладах охорони здоров'я *загальної мережі*. Зокрема, в *Житомирській області* до проведення медичної реабілітації на вторинному рівні медичної допомоги залучено 26 ЛПЗ області, на третинному – 6: обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського (55 ліжок); обласний госпіталь для ветеранів війни (48 ліжок); обласна психіатрична лікарня № 1 (30 ліжок); обласний лікувальний центр вертебрології і реабілітації (10 ліжок); обласний лікувально-санаторний центр радіаційного захисту для дитячого та дорослого населення «Дениші» (50 ліжок); обласний наркологічний диспансер (10 ліжок) [58, 103].

В рамках комплексної реабілітації військовослужбовців АТО, які отримали інвалідність, здійснюється медичний супровід цього контингенту в *центрах професійної реабілітації*. Так, у *Вінницькому міжрегіональному центрі професійної реабілітації інвалідів «Поділля»* учасники АТО можуть безкоштовно отримати повний спектр медичних послуг: регулярні медичні

огляди кваліфікованих лікарів, заняття у тренажерній залі, масажні кабінети, сеанси мануальної терапії, фізіотерапевтичного лікування та ЛФК тощо.

*Таким чином*, державні органи приділяють значну увагу проблемі реабілітації учасників АТО, але, на жаль, фінансові можливості державного бюджету недостатні.

*Міжнародна спільнота й громадські організації* також допомагають українській владі в лікуванні військових, які отримали поранення або стали інвалідами в ході АТО на Сході України.

Досвідом з питань лікуванні та реабілітації військових готові поділитися з українськими колегами кваліфіковані фахівці (психологи, реабілітологи) із США та інших країн-членів НАТО.

В рамках гуманітарної ініціативи *Світового конгресу українців «Захист патріотів»* українська діаспора збрала на потреби лікування та реабілітації поранених військовослужбовців понад 1,3 млн. дол. США [155].

У *Дніпропетровській області* в рамках допомоги військовослужбовцям, що отримали поранення в зоні АТО, *Благодійний фонд Бориса Філатова*, за сприянням ізраїльських фахівців, розробив для бійців комплексну програму, де за процесом їх одужання стежать від лікарняного ліжка до повного одужання. В основу реабілітації покладена модульна система, індивідуальний підхід до кожного пацієнта, з яким працюють лікарі, психологи, масажисти, інструктори, тренери, волонтери. Реабілітаційна програма складається з 3 етапів: *перший* – післяопераційна реабілітація, коли до бійців приходять фахівці, які допомагають розробляти кінцівки; *другий* – ЛФК та масаж; *третій* – басейн та різні фізичні вправи. Заняття в басейні проходять на базі лікувально-оздоровчого комплексу *Дніпропетровської медичної академії* 3 рази на тиждень. У рамках *психологічної реабілітації* бійці переводяться з військового середовища в мирне, де у них з'являється можливість поспілкуватися з сім'ями, проводяться фестивалі реабілітаційної риболовлі. Всього в програмі беруть участь близько 20 фахівців і понад 100 військовослужбовців [207].

Цей проект реабілітації військових АТО, як і багато інших аналогічних, проходить за активної підтримки *волонтерів*. Вони допомагають державі втілювати в життя реабілітаційні програми, працюють безпосередньо з бійцями, а також збирають кошти на придбання протезів для тих, кого війна зробила інвалідами. Волонтери з Німеччини, Франції, Австрії, Словаччини та США спільними зусиллями збирають кошти для українських вояків не тільки в Україні, а й за кордоном. Крім того, вони оперативно допомагають військовим ліками та медичним обладнанням, причому солдати мають змогу проходити спеціальне лікування. Волонтери також відправили на реабілітацію за кордон уже понад 100 українських військовослужбовців. Представники благодійних фондів готують усі необхідні для цього документи. У законодавстві не



прописано, як саме має вестись благодійна діяльність, що значно ускладнює процес. Крім того, досі немає системи електронного документообігу, і документи часто губляться. Завдяки зусиллям волонтерів влада стала працювати швидше, але розв'язати всі проблеми поки що не вдається, що і спричиняє затримки.

Завдяки зусиллям волонтерів – групі київських фізіотерапевтів і психологів – у м. Києві відкрився *центр післятравматичної реабілітації воїнів АТО* [193]. Тут застосовуються методи фізичної й психологічної реабілітації бійців, поранених під час БД. Фахівці центру намагаються комплексно реабілітувати поранених, відновлювати психіку, привчають звикнути до нової кінцівки чи до її відсутності. Приміщення для центру надав Київський міський автомотоклуб.

*Товариство ветеранів АТО* та його відокремлений підрозділ *Інваліди Антитерористичної Операції* (м. Київ) супроводжує учасників АТО на всіх етапах реабілітації, співпрацює із медичними установами, реабілітаційними центрами, приватними закладами та психологами, які надають допомогу бійцям АТО (як кадровим військовим, так і добровольцям) на території України, запрошує до співпраці волонтерів з медичною освітою, психологів та реабілітологів [159]. *Психологічна реабілітація учасників АТО* – див. у розділі 2.2.5.5. Крім того, здійснюється *медичний супровід* лікування фізичних хвороб (відновлення після оперативних втручань, травм, закріплення ефекту після лікування хронічних захворювань і профілактика їх загострень). Форма обслуговування – денний стаціонар, проживання – в хостелі (на 20 місць). Наразі вирішуються організаційні питання щодо створення власного *реабілітаційного центру*. Також волонтери збирають кошти на відправлення за кордон для реабілітації бійців добровольчих батальйонів, які брали участь у БД. Першими меценатами стали ГО Литви, які запросили ветеранів АТО та членів їх родин на відпочинок до м. Вільнюс.

Допомагають і деякі приватні медичні заклади, які безкоштовно обслуговують бійців АТО. Так, у м. Львові *Центр фізичної реабілітації «Innovo»* проводить реабілітацію після хірургічних втручань і травм, допомагає вирішувати проблеми ОРА [199]. У випадках пошкоджень нервової тканини, коли необхідно відновлення анатомічної цілісності пошкодженої структури, центр шукає кошти і скеровує на лікування, де виконується хірургічне втручання.

*Таким чином*, розв'язати всі проблеми лікування та реабілітації постраждалих під час воєнних дій нелегко, але це є можливим при повній мобілізації зусиль державних органів, медиків, волонтерів, за підтримки зарубіжних партнерів.

Особливості психологічної, соціальної, професійно-трудової реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО та забезпечення їх технічними засобами реабілітації представлені у відповідних розділах даного посібника.

## 2.2. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при деяких захворюваннях

За останній час – час проведення антитерористичної операції в Україні – держава зіштовхнулась з проблемою необхідності надання соціальної допомоги особам, які постраждали від військових дій, в т.ч. пенсіонування у зв'язку з інвалідністю та проведення медико-соціальної реабілітації.

Сучасні військові технології призводять до вкрай важких травм та вкрай важких медичних та соціальних наслідків, подолати або пом'якшити які можливо тільки комплексними зусиллями.

За матеріалами 18 обласних центрів медико-соціальної експертизи за 2014 рік нами визначена структура наслідків військових травм, захворювань, які отримали учасники бойових дій, проведена оцінка соціальних наслідків у вигляді інвалідності.

№ п/п	Патологія	Кількість, %	Група інвалідності				Інвалідом не визнаний, визначені відсотки	Всього, %
			I		II	III		
			IA	IB				
I	Наслідки військової травми нервової системи:	38,1	3,3	3,3	11,6	33,7	48,1	100,0
	1. ЧМТ	24,8	1,3	3,4	11,4	27,5	56,4	100,0
	2. Травма спинного мозку	1,8	36,4	9,1	18,2	27,2	9,1	100,0
	3. Травматичне ураження периферійних нервів	3,5	-	-	9,5	81,0	9,5	100,0
II	Наслідки військової травми опорно-рухового апарату:	41,1	0,4	2,0	15,8	27,9	53,9	100,0
	1. Травматичне ураження верхніх кінцівок	8,1	-	-	12,2	73,5	14,3	100,0
	2. Травматичне ураження нижніх кінцівок	13,2	-	2,5	17,7	22,8	57,0	100,0
	3. Травматичне ураження кінцівок без уточнення локалізації	13,0	1,2	2,5	6,5	6,5	83,3	100,0
	4. Ампутація кінцівок	3,3	-	5,0	70,0	20,0	5,0	100,0
	5. Переломи кісток з неврологічними ушкодженнями	0,7	-	-	-	75,0	25,0	100,0
	6. Травми хребта	2,8	-	-	-	17,6	82,4	100,0
III	Наслідки вогнепальних поранень (без локалізації)	2,5	-	13,3	-	20,0	66,7	100,0
IV	Післятравматичний стресовий розлад	2,8	-	-	-	17,6	82,3	100,0

V	Політравма	4,3	7,7	3,8	19,2	30,8	38,5	100,0
VI	Травматичне ураження грудної клітини	3,8	-	-	-	30,4	69,6	100,0
VII	Травматичне ураження черевної порожнини	3,5	-	-	38,1	38,1	23,8	100,0
VII I	Термічні опіки	2,8	-	-	9,9	9,9	88,2	100,0
IX	Травми ока	2,7	6,2	6,2	18,7	37,6	31,3	100,0
X	Травми вуха	0,7	-	-	-	-	100,0	100,0
XI	Захворювання:	5,5	3,0	-	3,0	81,9	12,1	100,0
	4. Остеохондроз	1,8	-	-	-	100,0	-	100,0
	5. Хвороби нервової системи	0,7	-	-	-	75,0	25,0	100,0
	6. Хвороби органів травлення	1,0	-	-	-	83,3	16,7	100,0
	7. Хвороби органів дихання	0,3	-	-	-	100,0	-	100,0
	8. Гіпертонічна хвороба	1,2	-	-	14,3	57,2	28,5	100,0
	9. Онкологічні захворювання	0,5	33,3	-	-	66,7	-	100,0
	<b>У С Ь О Г О :</b>	<b>100,0</b>	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>	<b>13,0</b>	<b>32,2</b>	<b>50,5</b>	<b>100,0</b>

Отримані дані свідчать про те, що в структурі військових уражень у учасників АТО наслідки військової травми складають 94,5%, захворювання – 5,5%. З числа наслідків військової травми найбільша питома вага спостерігається при травматичних ураженнях опорно-рухового апарату – 41,2% та при травматичних ураженнях нервової системи – 30,2%; післятравматичний стресовий розлад складає 2,8%, політравма 4,3%, травми ока – 2,7% тощо. При накопиченні матеріалу структура військових ушкоджень може змінюватись, але основними виявляються травми опорно-рухового апарату, нервової системи, що потрібно враховувати при плануванні заходів реабілітації.

При вирішенні експертних питань 49,5% осіб визнані інвалідами, в т.ч. ІА групи – 1,8%, ІБ – 2,5%, ІІ – 13,0%, ІІІ – 32,2%, більше ніж ½ на даний час інвалідність не встановлена, визначені відсотки.

Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації при окремих травматичних ураженнях представлено далі.

### **2.2.1. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях нервової системи**

Основними ураженнями нервової системи внаслідок поранень, травм, отриманих при бойових діях, є черепно-мозкова травма (ЧМТ) – 69,5%, травматичне ураження периферійних нервів – 20%, травматичне ураження спинного мозку – 10,5% [137].

Провідними клінічними формами травматичного пошкодження головного мозку є: забій головного мозку, струс головного мозку і стиснення головного мозку; у більшості переважала закрыта ЧМТ[119].

Характерною особливістю гострого періоду мінно-вибухових травм (МВТ) є наявність у більшості хворих стану помірною «оглушення» зі струсом

мозку (сонливість, незначні помилки при орієнтуванні в часі, уповільнене виконання завдань) і феномена бойової екзальтації і відстрочених клінічних проявів. При забитті головного мозку середньої тяжкості після відновлення свідомості хворі не пред'являли скарг, були гіперактивні, відмовлялися від евакуації, продовжували вести бойові дії, і лише через кілька годин після травми (5-6 годин) розвивалася загально мозкова і вогнищева неврологічна симптоматика [13].

Морфологічною основою патології ЦНС при МВТ є судинні порушення у формі множинних мікрогеморагій з подальшою атрофією мозкової речовини, рідше – дрібноконтузійних вогнищ в корі великих півкуль, гіпоксичних змін, представлених перівентрикулярним розм'якшенням, перивенозними інфільтратами, сірим розм'якшенням мозолистого тіла, венстрікулітом, набряком мозкових оболонок [21].

Основними клінічними проявами ураження нервової системи при МВТ в гострому періоді травматичної хвороби є: порушення функції черепно-мозкових нервів, пірамідні, координаторні розлади, вегетативна дисфункція, порушення шкірної чутливості, мови, астенічний синдром. У третини всіх хворих з проникаючими пораненнями черепа мають місце різні ускладнення гнійно-запального характеру: менінгіт, енцефаліт, абсцес головного мозку, остеомієліт кісток черепа, пролабування речовини головного мозку в рану, нагноєння шкірних покривів [119].

У перший рік після перенесеної ЧМТ виявляється залежність між ступенем її тяжкості і часом настання інвалідності. Інвалідами стають, як правило, хворі, які перенесли важку ЧМТ. Експертна тактика щодо цього контингенту хворих в основному спрямована на визначення інвалідності з урахуванням характеру та вираженості осередкового ураження головного мозку (розлади мовлення, рухових функцій кінцівок, епілептиформний синдром) і змін психіки [76, 119].

У віддаленому післятравматичному періоді можливі 3 типи перебігу захворювання: *регресивний* – із стабілізацією травматичного процесу та клінічної симптоматики; *ремітуючий* – з періодами декомпенсації і ремісіями; *прогресивний* – з наростанням клінічної симптоматики. В цей період відсутня пряма залежність між характером, ступенем тяжкості перенесеної мінно-вибухової ЧМТ і часом суб- або декомпенсації травматичного процесу. Нерідко легка ЧМТ може супроводжуватися вираженим порушенням функцій у віддаленому посттравматичному періоді і приводити до інвалідності. Декомпенсація травматичного процесу може виникати через багато років після травми, особливо при впливі несприятливих факторів умов праці (значне фізичне навантаження, нервово-психічне напруження, робота на висоті, біля

рухомих механізмів, за запропонованим темпом, в контактi з токсичними речовинами, в умовах шуму, вібрації, високої температури повітря тощо) [76].

Прогресуючий перебіг травматичного процесу у багатьох хворих обумовлений розвитком венозної церебральної недостатності з гіпертензійно-лікворним (псевдотуморозним) синдромом, беталепсією (напади втрати свідомості під час кашлю), з наростаючою астенізацією, психоорганічним синдромом та іншими неврологічними проявами [25].

Несприятливий перебіг захворювання може бути викликаний раннім атеросклерозом судин головного мозку у віці 25-35 років на тлі клінічних проявів перенесеної мінно-вибухової ЧМТ. Церебральний атеросклероз ускладнює перебіг ЧМТ, призводить до розвитку хронічної недостатності кровообігу головного мозку в системі внутрішньої сонної або вертебро-базиллярної артерій, іноді з важкими ускладненнями (мозковий інсульт, минуці порушення мозкового кровообігу) [76].

*Таким чином, особливістю посттравматичного періоду у хворих, які перенесли ЧМТ при бойових діях, є поліморфізм клінічних проявів, різних як за характером, так і за ступенем вираженості порушень функцій головного мозку, обумовлений наявністю прямих наслідків ЧМТ, їх ускладнень та захворювань, що заново виникли, патогенетично пов'язаних з травматичним пошкодженням головного мозку, що необхідно враховувати при вирішенні питань медико-соціальної експертизи та реабілітації.*

Клінічні синдроми посттравматичного періоду, що впливають на обмеження життєдіяльності: вегетативно-судинний, вестибулярний, гіпертензійно-лікворний, пірамідний, в т.ч. розлади рухових функцій кінцівки, корковий вогнищевий, синдром хронічної венозної церебральної недостатності, епілептиформний, психопатологічний [119].

*Пошкодження периферичних нервів за етіологічним фактором підрозділяються на вогнепальні – кульові, осколкові, вторинні – снарядами, що ранять; невогнепальні – різані, колоті, компресійні, тракційні, компресійно-ішемічні компресійно-тракційні. За ступенем і характером пошкодження нервового стовбура (сплетіння) можуть бути з порушенням цілісності (повна або часткова перерва) і без порушення анатомічної цілісності. Клінічна картина травматичного пошкодження нервів і сплетінь характеризується наявністю поєднаної патології, що включає рухові, чутливі і вегетативно-трофічні розлади. Порушення рухової функції проявляються периферичним паралічем або парезом кінцівки, або окремих її сегментів з типовими клінічними проявами (атрофія м'язів, обмеження активних рухів у суглобах кінцівки, зниження м'язової сили, порушення основної функції верхньої або нижньої кінцівки).*

Травматичні пошкодження спинного мозку клінічно проявляються різного ступеня вираженості і поширеності руховими розладами (тетрапарез, трипарез, парапарез, монопарез, параліч кінцівок), порушеннями чутливості і тазових функцій (нетримання сечі, калу та ін.) [138].

Травми хребта, спинного і головного мозку, та викликані ними захворювання ЦНС та кістково-м'язової системи призводять до порушення сприйняття положення тіла в просторі і синтезу довільної рухової відповіді, що призводить до порушення або втрати рухової функції і, відповідно, соціально-побутової дезадаптації пацієнта [60].

На сучасному етапі *медико-соціальна експертиза* хворих з травматичними ушкодженнями нервової системи здійснюється, виходячи з комплексної оцінки стану здоров'я і ступеня обмеження життєдіяльності.

Підставою для встановлення інвалідності є поєднання наступних *3 факторів*: порушення здоров'я зі стійким розладом функцій нервової системи, обумовлені наслідками травм військової служби; обмеження життєдіяльності (повна або часткова втрата хворим здатності чи можливості здійснювати самообслуговування, пересування, орієнтацію, спілкування, навчання, трудову діяльність, контролювати свою поведінку); необхідність здійснення заходів соціального захисту [76].

Необхідно враховувати наступні *види порушення функцій*, що обмежують життєдіяльність хворих з наслідками травм нервової системи, отриманих при бойових діях [119]:

- порушення психічних функцій: сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, емоції, свідомості (епілептиформні пароксизми, мнестико-інтелектуальне зниження, астенічний синдром, емоційно-вольова нестійкість і ін.);
- порушення статодинамічної функції (парези, паралічі кінцівок, вестибулярно-мозочкові, аміостатичні, гіперкінетичні порушення та ін.);
- порушення сенсорних функцій: зору, слуху, нюху та ін. (зниження зору, слуху, геміанопсія, концентричне звуження поля зору, нейросенсорна туговухість, больовий синдром та ін.);
- порушення функцій кровообігу, виділення, обміну речовин та ін. (вегетативно-судинні, обмінно-ендокринні, гіпертензійно-лікворні, нейроциркуляторні порушення та ін.

*Обмеження самообслуговування* відзначається у хворих з різним ступенем вираженості статодинамічних порушень, обумовлених руховими розладами (тетрапарез, парапарез, геміплегія, геміпарез, акінетико-ригідний синдром та ін.). Характеризується зниженням або відсутністю здатності здійснювати основні фізіологічні потреби (прийом їжі, особиста гігієна, одягання, фізіологічні відправлення), виконувати повсякденні побутові

завдання (приготування їжі, прибирання приміщення, купівля продуктів та ін.), користуватися звичайними житлово-побутовими предметами.

*Обмеження пересування* проявляється зниженням або відсутністю здатності до самостійного переміщення поза домом, в межах житла, пересуватися по сходах, управляти положенням тіла, зберігати рівновагу при виконанні побутової, професійної, суспільної діяльності і виникає у хворих з помірними, вираженими або значно вираженими порушеннями статодинамічної функції (вестибулярно-мозочкові, аміостатичні розлади, геміпарез, нижній парапарез та ін.). Обмеження до навчання характеризується зниженням або втратою здатності до сприйняття і відтворення знань, оволодіння навичками і вміннями у хворих з розладами вищих кіркових функцій (читання, письмо, рахунок тощо), гностичними, сенсорними порушеннями (нейросенсорна туговухість) та ін.

*Обмеження трудової діяльності* спостерігається у хворих з наслідками травм нервової системи, що супроводжуються різними порушеннями зорових, статодинамічних, психічних та інших функцій, що призводять до зниження або втрати здатності здійснювати трудову діяльність.

*Обмеження здатності до орієнтації* має місце у хворих з порушеннями зорових, психічних функцій, що призводять до зниження або відсутності здатності самостійно орієнтуватися у навколишньому середовищі.

*Обмеження спілкування* виявляється у хворих з мовними, слуховими, психопатологічними порушеннями, що призводять до зниження здатності до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації.

*Обмеження здатності контролювати свою поведінку* може бути обумовлено вираженими або значно вираженими порушеннями вищих коркових функцій (мислення, пам'ять, інтелект ін.), а також епілептиформними, син копальними пароксизмами з короткочасним виключенням свідомості.

Заданими ООН, в Україні внаслідок проведення АТО вже налічується більше 12 тис. поранених, 33% з яких мають ураження голови [165].

Сучасна нейрохірургія дозволяє забезпечити виживання цих хворих, але цього замало. Треба дбати про якість життя вцілілих бійців. Усе вищеперераховане свідчить про те, що однією з найважливіших проблем на сучасному етапі ведення локальних військових дій та антитерористичних операцій є медико-соціальна реабілітація інвалідів внаслідок травматичних ушкоджень нервової системи.

*Нейрореабілітація* – складний, тривалий і багатоступінчастий технологічний процес, який не обмежується лише питаннями медикаментозного забезпечення та фізіотерапії, а включає також і процес розвитку особистості [110].

Складовими нейрореабілітації є: 1) *реституція* – відновлення пошкоджених нервових структур; 2) *регенерація* – відновлення структурно-функціональної цілісності пошкоджених тканин; 3) *компенсація* – функціональну заміщення втрачених або недостатніх функцій.

Стандарти та клінічні протоколи з цього питання вже розроблені в західних країнах, і наша держава може використати їх досвід.

Основними видами програм реабілітації зазначеного контингенту інвалідів є: медична, професійна та соціальна.

*Програма медичної реабілітації* спрямована на відновлення або компенсацію порушених або втрачених функцій інваліда, складається з відновлювальної терапії, що включає два аспекти: медикаментозне лікування і терапія фізичними факторами. Лікування має бути комплексним з призначенням медикаментозних засобів патогенетичної терапії. При рухових порушеннях призначається ЛФК, масаж, електростимуляція, кінезотерапія, рефлексотерапія. При атактичних порушеннях в реабілітаційному комплексі використовуються спеціальні прийоми ЛФК для тренування рівноваги, координації рухів з тренуванням окорухового апарату, з перемиканням зору [110, 119].

Для медичної реабілітації зазначеного контингенту інвалідів у комплексі з іншими засобами відновного лікування використовуються різні технічні засоби, механотерапевтичні апарати, що представляють собою тренажери, сконструйовані з урахуванням біомеханічних характеристик руху в суглобах, дозволяють впливати на рухові функції паретичних кінцівок з дозованим навантаженням і концентрацією зусиль, спрямованих на відновлення активних рухів, сили і функції кінцівок. У міру збільшення рухової активності хворих використовуються й інші механотерапевтичні пристрої: спеціальні пристосування з пружинною тягою для полегшених рухів паретичної руки з предметом, що коливається, столик для розробки рухів в променево-зап'ястковому суглобі, пружинний мікроеспандер для тренувань пальців, набір куль, циліндрів, предметів різної форми для розробки функції кисті, блочні пристосування для виділення рухів в окремих суглобах, поліфункціональні тренажери для плечових, ліктьових суглобів, біомеханічні апарати для розробки рухів у всіх суглобах; тренажери-гойдалки, валики, маятникові апарати для механотерапії та ін.

При ураженні верхніх кінцівок досягти незалежного життя можна з використанням такого інноваційного продукту як *Альтернативна система управління комп'ютером без допомоги рук – ACCS (Alternative Computer Control System)*. Впровадження ACCS в системи управління комп'ютерів, побутової електроніки і засобів самостійного пересування дає людині єдиний свого роду контур управління за допомогою щелепно-лицьових м'язів і мови.



ACCS являє собою мініатюрний пристрій, що повністю розташовується в ротовій порожнині людини. Пристрій містить модуль управління курсором за допомогою рухів язика і додатковий модуль на 19 довільних команд. Не вдаючись до сторонньої допомоги, повністю нерухома людина може повноцінно управляти комп'ютером, побутовою електронікою, своїм засобом пересування, самостійно робити дзвінки по телефону і відповідати на них, за допомогою системи двостороннього домашнього відео-спостереження віртуально перебувати в будь-якій частині будинку і активно брати участь в житті сім'ї, повною мірою використовувати можливості Internet [60].

По мірі відновлення елементарних рухових функцій тренуються більш складні рухові акти шляхом оволодіння трудовими діями, які вимагають виконання тонких кистьових, пальцевих операцій за допомогою спеціальних апаратів, що імітують швейні, столярні, слюсарні та інші операції, створюються полегшені умови для включення паретичних кінцівок в трудовий процес.

У програмі реабілітації інвалідів з наслідками травматичних ушкоджень нервової системи передбачаються різні види *психологічної корекції* (відновлення мовлення, апрактичних розладів та інших порушень вищих кіркових функцій), психотерапії (індивідуальна, колективна бесіди з хворими, аутогенні тренування, прийоми самонавіювання на тлі психологічної релаксації), рішення міжособистісних проблем, формування адекватного ставлення до свого захворювання, до статусу інваліда, активізація установки хворого на працю.

*Програма професійної реабілітації* інвалідів військової служби внаслідок травматичних ушкоджень нервової системи включає наступні реабілітаційні заходи: професійну орієнтацію в плані надання консультацій та інформації з питань вибору професії, професійний підбір професії для навчання, перенавчання, перекваліфікацію, працевлаштування, проведення психологічної корекції установок особистості, формування установки на проведення професійної реабілітації, професійне навчання (перенавчання), раціональне працевлаштування з організацією робочого місця інваліда, умов, характеру праці, показаних за станом здоров'я, професійно-виробничу адаптацію, пристосування інваліда до конкретної роботи [119].

При професійній реабілітації велику допомогу в усуненні труднощів при роботі, обумовлених руховими порушеннями кінцівок, надають спеціальні робочі пристосування, які можна розділити на *3 групи*: пристосування для пошкодженої кінцівки, що дозволяють інваліду користуватися нею для виконання роботи; спеціальні верстати або пристосування, що значно полегшують або роблять доступним виконання роботи; раціонально організовані робочі місця, сидіння і т.п. При ураженні верхньої кінцівки зі значним порушенням функції схоплення і утримання предметів

використовуються при роботі спеціальні рукоятки, рукавички, металеві пластини, що одягаються на руку за допомогою манжети. До пристосувань, що входять у другу групу, відносяться пристосування до робочого місця, до звичайних верстатів, а також спеціальні верстати, преси, верстати, кондуктори – пристосування для дрібних складальних робіт, різні конструкції пристосувань до слюсарних верстатів, що забезпечують швидке закріплення в них деталей за допомогою ножної педалі; різні конструкції з педальним пристроєм для замазки клеєм деталей і т.п.

Для професійної реабілітації інвалідів з *помірними руховими порушеннями* верхньої кінцівки включаються такі допоміжні технічні засоби:

- ті, що полегшують рухи при виконанні роботи (спеціальні верстати, пристосування для дрібних складальних робіт, пристрої до верстатів звичайного типу);

- пристосування, які раціоналізують робочу позу інваліда і організацію його робочого місця (спеціально обладнані столи, верстати, сидіння, різні транспортери, підйомники та інші пристосування малої механізації);

Для професійної реабілітації інвалідів з *вираженим і значно вираженим порушенням* рухової функції верхньої кінцівки використовуються технічні засоби:

- ті, що полегшують рухи при виконанні робіт (комплекси спеціального обладнання для трудової діяльності, пристосування для роботи однією рукою, подовжувачі ручок, фіксуючі пристрої, для виконання дрібних робіт – кондуктори та ін.);

- пристрої для компенсації недостатньої функції схоплювання і утримання предметів (спеціальні насадки, рукоятки, рукавички, металеві пластини, що одягаються за допомогою манжет на паретичну руку для виконання дій під час роботи);

- спеціальні пристрої до верстатів, робочого місця, що роблять доступним виконання роботи (різні конструкції пристроїв до звичайних верстатів для виконання робіт придатною рукою і за допомогою ножної педалі).

Для професійної реабілітації інвалідів з *руховими порушеннями нижніх кінцівок* використовуються допоміжні технічні засоби, що полегшують рухи для виконання роботи шляхом перенесення навантаження з хворої ноги на здорову (пристосування, що забезпечують перенесення педалі преса з електроприводом в сторону здорової лівої ноги у хворого з парезом правої нижньої кінцівки); різні пристосування типу притискачів для утримування тканин, що зшиваються, деталей одягу або притискачі для головних уборів, що забезпечують (також за допомогою пружинного затиску ножної педалі) їх фіксацію при операціях обробки.

Необхідна сучасна клінічна база для проведення реконструктивних, відновних нейрохірургічних втручань з подальшою реабілітацією, фізичною реабілітацією та рекреацією як напрямів відновлення здоров'я, санаторно-курортного лікування, відновлення кісток кінцівок за допомогою клітинних технологій тощо. Основні проблеми, з якими наразі стикається держава в цьому напрямку – фінансові, кадрові, ресурсні.

### **2.2.2. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО при наслідках травматичних ушкоджень та захворюваннях опорно-рухового апарату**

На сучасному етапі розвитку суспільства проблеми інвалідності та реабілітації інвалідів, учасників АТО з ураженням опорно-рухового апарату (ОРА) є дуже актуальними і значущими.

За даними літератури, найбільш вивчені медичні аспекти цієї проблеми: особливості клініки, діагностики та лікування різних травм і поранень, отриманих в ході БД [6, 17, 20, 23, 44, 47, 53, 56, 105, 137, 138].

Разом з тим, питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів, учасників БД з ураженнями ОРА висвітлені менше і стосуються переважно статистики інвалідності [52, 54, 64, 65, 67, 80, 82, 115, 129].

За даними дослідження зазначених авторів, мінно-вибухові травми ОРА, що відносяться до «поліфокальної травми», характеризуються розповсюдженістю пошкодження навколишніх тканин, переважно, м'язів, зв'язкового апарату, кровоносних судин і нервів, на тлі множинних переломів кісток. Нерідко мінно-вибухові травми ОРА поєднуються з травмами черепа (25,5%), забоями та струсами органів черевної та грудної порожнини (24%) [137].

До прямих стійких наслідків переломів кісток і травм суглобів кінцівок відносяться ампутаційні кукси, деформація і укорочення кінцівки, контрактури і анкілози суглобів, дефекти кісток, хибні суглоби. При цьому ступінь порушення функції кінцівки залежить від величини вкорочення кінцівки, вираженості викривлення її осі (вигідне чи ні у функціональному відношенні), довжини кукси (стосовно принципів протезування). При пошкодженні кісток і суглобів клінічна картина визначається характером перелому, його локалізацією, наявністю ускладнень [91].

Вивчення характеру поєднаних ушкоджень кісток, судин і нервів дозволило виявити їх клінічні особливості. При діафізарних переломах, що супроводжуються значним зміщенням кісткових уламків, магістральні судини і нервові стовбури пошкоджуються відносно рідко. При переломах у нижній третині і надкісточкових переломах стегна найбільш часто зустрічаються поєднані пошкодження сідничного нерва, артерій і вен нижніх кінцівок. При

травмах кісток гомілки визначається формування хибних суглобів, одночасне пошкодження нервових стовбурів і венозних судин. Пошкодження гомілковостопного суглоба нерідко призводять до розвитку деформуючого артрозу і контрактур. При ізольованих і сполучених переломах кісток стопи спостерігається порушення функції ходьби і стояння, особливо виражене при значних фізичних навантаженнях [20].

При бойових травмах ОРА в 45,2% випадків відзначається пошкодження артерій у вигляді синдрому «перев'язаної судини», післятравматичного тромбозу, артеріальної недостатності. Всі наслідки пошкоджень артерій нижніх кінцівок призводять до розвитку хронічної артеріальної недостатності різного ступеня вираженості [23].

При переломах кісток нижніх кінцівок більш ніж у половини обстежених спостерігаються пошкодження вен, розвивається післятромбофлебітична хвороба. Ступінь хронічної венозної недостатності залежала від локалізації, протяжності тромботичного процесу, стану шляхів обхідного венозного кровотоку.

Мінно-вибухові травми кісток і судин у 25% випадків поєднуються з ураженнями нервових стовбурів і клінічно проявляються порушеннями рухової функції, чутливості і вазомоторно-трофічними розладами [53].

У інвалідів з наслідками поєднаних ушкоджень кісток, судин і нервів нижніх кінцівок залежно від вираженості змін можна виділити 3 ступеня порушень функцій кінцівки: значно виражені, виражені та помірні [115].

Відповідно до сучасної концепції інвалідності при проведенні медико-соціальної експертизи колишніх учасників локальних військових дійта АТО з наслідками травм ОРА враховуються порушення, що обмежують ті чи інші категорії життєдіяльності: здатність до пересування, до самообслуговування, до навчання та трудової діяльності. Ці обмеження життєдіяльності, обумовлені різними наслідками травм ОРА, диференціюються на 3 ступеня.

Переважаю до **обмеження пересування** призводять травми ОРА з помірними, вираженими і значно вираженими порушеннями функцій.

*Перша ступінь обмеження пересування* має місце у хворих з помірно вираженими порушеннями функцій (кукса стегна чи гомілки; відсутність першого та другого пальців стопи з відповідними плюснівими кістками).

*Друга ступінь обмеження пересування* спостерігається у хворих з вираженими руховими порушеннями, пересування при яких можливо тільки з використанням допоміжних засобів або з частковою допомогою інших осіб (хибна кукса нижньої кінцівки або обох стоп на рівні суглоба Шопара у разі неможливості реабілітації і протезування; анкілоз або різко виражена контрактура кульшового суглоба з порушенням функції суглоба III ст.; анкілоз

колінного суглоба; ампутаційна кукса ступні на рівні суглоба Лісфранка та вище за неефективності та безперспективності реабілітаційних заходів та ін.).

*Третя ступінь обмеження пересування* характеризується труднощами в самостійному пересуванні і відзначається у хворих зі значно вираженими руховими порушеннями і нездатністю до самостійного пересування і повною залежністю від інших осіб (кукси обох нижніх кінцівок – нарівні гомілки та вище у поєднанні з куесою однієї верхньої кінцівки – група інвалідності ІА; кукси обох нижніх кінцівок на рівні нижньої третини стегон і вище).

Порушення *здатності до самообслуговування* проявляється у хворих та інвалідів військової служби внаслідок ураження ОРА обмеженням здатності справлятися з основними фізіологічними потребами, виконувати повсякденні побутові завдання, користуватися звичними житлово-побутовими предметами.

*Перша ступінь обмеження* спостерігається у хворих з помірно вираженими порушеннями статодинамічних функцій, які призводять до утруднення самообслуговування, більш тривалої витрати часу і використання допоміжних засобів. *Наприклад:* відсутність чотирьох пальців кисті (за винятком першого); відсутність першого та другого пальців з відповідними п'ястковими кістками; хибний суглоб плеча або обох кісток передпліччя; різко виражена контрактура та анкілоз кульшового або колінного суглобу.

*Друга ступінь обмеження* обумовлена вираженими порушеннями статодинамічних функцій, при яких самообслуговування можливо тільки за допомогою допоміжних засобів та (або) частково за допомогою інших осіб. *Наприклад:* кукса стегна за помірного порушення рухових чи статичних функцій іншої нижньої кінцівки.

*Третя ступінь обмеження* проявляється нездатністю до самообслуговування і повною залежністю від інших осіб (наприклад, кукси обох верхніх кінцівок на рівні плеча – ІА гр.; кукси верхніх кінцівок на рівні передпліччя у різних поєднаннях – ІБ) або втратою можливості самостійного самообслуговування за допомогою технічних засобів та за умови відповідного облаштування житла пристосуваннями для здійснення більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

*Обмеження трудової діяльності* характеризуються зниженням або втратою здатності здійснювати повноцінну трудову діяльність.

*Перша ступінь обмеження* здатності до праці виникає у хворих з помірними порушеннями і утрудненнями виконання трудової діяльності в повному обсязі, що визначає необхідність зменшення обсягу виробничої діяльності або зниження кваліфікації, неможливість виконання роботи за своєю професією (наприклад, відсутність перших пальців обох кистей; двобічна кукса стопи з резекцією голівок плюсневих кісток за Шопаром).

*Друга ступінь обмеження* має місце при виражених рухових порушеннях, коли трудова діяльність можлива в спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (або) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою сторонніх осіб (наприклад, кукса стегна чи гомілки в поєднанні з іншою незворотною патологією у разі неможливості реабілітації, що призводить у сукупності до обмеження життєдіяльності II ступеня).

*Третя ступінь обмеження* спостерігається у хворих зі значно вираженими руховими порушеннями, при яких трудова діяльність неможлива та значно утруднена, вони можуть здійснювати різні види трудової діяльності за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у т.ч. вдома.

**Обмеження здатності до навчання** у даного контингенту хворих поділяються залежно від вираженості на 3 ступеня.

*Перша ступінь обмеження* відзначається у хворих з помірними порушеннями стато-динамічних функцій, що дозволяють їм навчатися в навчальних закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу та (або) використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім навчального персоналу).

*Друга ступінь обмеження* спостерігається у хворих з вираженими порушеннями стато-динамічних функцій, при яких навчання можливе в спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в загальних закладах або в домашніх умовах із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму.

*Третя ступінь обмеження* має місце у хворих зі значно вираженими порушеннями стато-динамічних функцій, при яких вони можуть навчатись за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення необхідних спеціальних умов.

Викладені методичні прийоми визначення обмежень тієї чи іншої категорії життєдіяльності у колишніх учасників локальних військових конфліктів (в т.ч. АТО) з наслідками травм ОРА покладені в основу визначення інвалідності.

Для науково обґрунтованого планування та проведення адекватних реабілітаційних заходів для інвалідів з ураженням ОРА необхідно вивчення їх потреб в основних видах медико-соціальної допомоги.

Виявлено, що всі інваліди потребують медичної, соціальної та професійно-трудової реабілітації. Серед різних заходів *медичної реабілітації* слід зазначити високу потребу в динамічному медичному спостереженні,

амбулаторному та стаціонарному відновному лікуванні, санаторно-курортному лікуванні, фізичній реабілітації, психотерапевтичних заходах [92, 138].

Сучасна ортопедія у своєму розпорядженні має досить великий арсенал хірургічних втручань, до яких щорічно додаються сучасні технології. При виборі оперативного способу необхідно враховувати етіологію і стадію захворювання, вік пацієнта, його соматичний статус, рід діяльності, вираженість больового синдрому, наявність або відсутність хибного положення кінцівки, стан інших ланок ОРА.

Важливою формою реабілітації інвалідів, учасників бойових дій, АТО з ураженнями ОРА є *професійна реабілітація*, яка дозволяє багатьом інвалідам повернутися до суспільно-корисної праці і забезпечити собі економічну незалежність. Найбільш висока потреба відзначається в раціональному працевлаштуванні, значно менше в профорієнтації та професійному навчанні.

У осіб, які втратили здатність до професійної діяльності внаслідок ураження ОРА, профорієнтація, а потім і працевлаштування, повинні бути орієнтовані на виключення в роботі факторів, що негативно впливають на перебіг хвороби. Такими протипоказаними факторами слід вважати: важку фізичну працю, тривалу ходьбу і наявність навіть при легкій фізичній праці вимушеної статичної пози, роботу при низьких температурах, у приміщенні з підвищеною вологістю, вібрації, СВЧ-поля та інших видів випромінювання.

Для осіб інтелектуальної праці показані види трудової діяльності з середнім і низьким рівнем нервово-психічної напруги з неповним робочим днем або неповним робочим тижнем. В зв'язку з тим, що більшість інвалідів військової служби з ураженнями ОРА— це особи працездатного віку, які виконували раніше важку або середньої важкості фізичну працю і втратили здатність до своєї професійної діяльності, то вони потребують не тільки правильної профорієнтації, а й перенавчання.

*Таким чином*, особливостей ураження ОРА при сучасних військових конфліктах належать: розповсюдженість пошкодження навколишніх тканин на тлі множинних переломів кісток, пошкоджень судин і нервів, нерідке їх поєднання з травмами черепа і травмами органів грудної та черевної порожнини, що визначає необхідність проведення адекватних заходів щодо їх медико-соціальної реабілітації.

### **2.2.3. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО з травмами органу зору**

До числа найбільш важких травм, що призводять до інвалідності осіб, які беруть участь у БД, відносяться травми органу зору. Контузії, поранення, опіки

загрожують пораненому сліпотою або значними порушеннями функцій органу зору внаслідок стійких анатомічних і функціональних розладів.

Офтальмологічні поранення (втрати) при локальних військових конфліктах становлять 4,5-8,6% в структурі всіх санітарних втрат [48,49, 55]. З них 93% складають тяжкі та особливо тяжкі травми.

*Основними причинами травм ока під час БД є:* наслідки вибухів різних боєприпасів, поранення вторинними осколками, удари по оку або в область обличчя, інші. Залежно від провідного травмуючого фактору пошкодження очей умовно розділяються на поранення (осколкові поранення складають 68%, кульові – 1,6%), тупі травми – контузії (16%), опіки (16%), інші (9%).

Різні автори [48, 49, 55, 72,85] виділяють наступні найбільш характерні риси сучасної бойової травми ока:

1. Високий (від 57 до 90%) відсоток проникаючої травми очного яблука. При цьому приблизно в 60% випадків всередині орбіти і в самому оці залишається чужорідне тіло, при видаленні якого в клінічних умовах наноситься додаткова травма (хірургічна).

2. У переважній своїй більшості внутрішньочні чужорідні тіла є немагнітними (латунь, алюміній, свинець), а отже значно зростає тяжкість хірургічної травми.

3. Близько 1/4 випадків поранення очей носять наскрізний характер (тобто є не тільки вхідний, але і вихідний отвір).

4. Більш ніж у 1/5 випадків травма очей носить двобічний характер.

5. Комбіноване пошкодження очей з іншими органами відзначається в 15-22% випадків; при цьому впродовж післятравматичного періоду воно значно обтяжується – «синдром взаємного обтяження».

6. Одночасне пошкодження двох або більше структур ока – в 60% випадків.

7. Близько 94% поранень носять осколковий і множинний характер.

8. Майже у 9% випадків відзначається повне руйнування очного яблука, що призводить до його видалення на етапі надання першої медичної допомоги.

9. Багатофакторність впливу пошкоджуючого агента: механічний (рановий і контузійний), термічний і хімічний. Великі і важкі термічні опіки обох очей.

10. Висока питома вага інфекційних ускладнень.

11. Важкий психічний вплив травми, обумовлений її раптовістю.

12. Багатоетапність надання медичної допомоги, при цьому повторні багаторазові хірургічні втручання значно погіршують прогноз.

*Інвалідизуючі наслідки травм органу зору є наступними:* більшою з множинними рубцями рогівки – 42%; відшарування сітківки – 16%; анофтальм –



14%; субатрофія очного яблука – 9%; атрофія зорового нерва – 8,5%; ускладнена афакія – 7%; вторинна катаракта – 2,1%; ретинопатії і хореоретиніти – 1,8% [85].

За характером шкідливого впливу на око хворі поділяються таким чином:

*Прямий вплив:* поранення – 76% випадків, контузії – 13% випадків та в 2% випадків – опіки очей (термічні та хімічні);

*Непрямий вплив:* черепно-мозкові травми в 9% випадків.

Ізольовані ураження органу зору відзначаються лише в 14% випадків.

Важкі травми органу зору з несприятливими наслідками значною мірою призводять до обмеження у тій чи іншій мірі майже усіх категорій життєдіяльності, тобто до інвалідизації, необхідності визначення мір соціального захисту, в яких вони мають потребу.

Визначення цих мір починається при медико-соціальной експертизі, де встановлюється наявність ступеню соціальної недостатності та визначаються заходи соціального захисту, серед яких основою є реабілітація.

В числі *клініко-функціональних характеристик*, які необхідно враховувати при МСЕ даного контингенту осіб, основними є наступні: 1) клінічна форма захворювань (у відповідності з МКХ-10); 2) характер структурних порушень; 3) ступінь і характер функціональних розладів; 4) перебіг патологічного процесу; 5) важкість захворювання; 6) стадія захворювання; 7) клінічний прогноз; 8) синдромальність та сполученість порушень органу зору з патологією інших систем організму; 9) ступінь адаптивності до зорового дефекту та можливість активізації інших аналізаторних систем, що беруть участь в компенсації зорового дефекту (в основному слухового та шкірного аналізаторів).

Обстеження при медико-соціальной експертизі потребує поглибленої діагностики, тому що в більшості випадків є сполучення патології очей та інших фізіологічних систем організму.

Офтальмологічна медико-соціальна експертиза та підходи до реабілітації побудовані на загальних принципах, які передбачають комплексну оцінку стану здоров'я та ступені обмеження життєдіяльності на основі аналізу клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова, психологічних даних інвалідів військової служби – учасників БД.

При цьому особливу увагу слід звернути на аналіз структурно-функціональних порушень травмованого ока, клінічний прогноз, перебіг процесів, можливості відновного лікування, в основному, реконструктивної хірургії, а на пізніх етапах при завершенні процесів репарації – можливості використання різноманітних коригуючих засобів, допоміжних тифлозасобів тощо.

*Отже*, на першому етапі медико-соціальной експертизи одним з найважливіших елементів є визначення *медичного фактору* реабілітаційного

прогнозу. Усі міри медичної реабілітації повинні бути здійснені у відповідних медичних закладах, при цьому при МСЕ слід враховувати багатоетапність надання різних лікувальних заходів.

В залежності від клінічного результату на цих відносно ранніх етапах реабілітації слід визначити *потребу в оптичних та інших засобах корекції*, а також тифлотехнічних засобах, адаптація до яких потребує часу та спеціального навчання.

Таке ж важливе значення для зменшення соціальної недостатності, соціальної інтеграції інвалідів військової служби – учасників БД – із зоровими розладами мають міри наступного етапу реабілітації – *соціальної реабілітації*, що включає первинну (елементарну) реабілітацію, соціально-середовищну та соціально-побутову адаптацію, професійну реабілітацію та працевлаштування.

Для реалізації цих мір необхідно забезпечення незрячих допоміжними *тифлотехнічними засобами*. Найважливішими для зменшення обмежень життєдіяльності є допоміжні тифлотехнічні засоби індивідуального користування:

- *для пересування та орієнтування* (тростина, системи для орієнтації – локатори світлові, лазерні тощо);
- *для самообслуговування* – тифлозасоби культурно-побутового та господарського призначення (кухонні прилади та пристосування для приготування їжі, допоміжні засоби самообслуговування тощо);
- *для інформаційного забезпечення, навчання* (прилади та пристосування для читання, письма по Брайлю, системи «книга, що говорить», спеціальні комп'ютерні прилади тощо);
- *для трудової діяльності* – тифлозасоби та пристосування, якими незрячих забезпечує виробництво в залежності від виду трудової діяльності.

Для осіб з остаточним форменим зором та слабозорих необхідними є спеціальні засоби корекції зору, приставки, що збільшують, лупи та ін., а також деякі тифлотехнічні засоби побутового, господарського призначення.

Тифлотехнічні засоби, тренування зору необхідні для здійснення широкого кола заходів соціальної та професійної реабілітації, тому вже на ранніх етапах необхідно здійснення мір елементарної реабілітації, що активізують здатність незрячого до самообслуговування, орієнтації, пересування тощо. Для цього доцільно використовувати *центри реабілітації*, а також об'єднання, підприємства і організації *Українського товариства сліпих*.

Така ж велика увага приділяється *ранній професійній реабілітації*, можливості набуття інвалідами військової служби – учасниками БД (в т.ч. АТО) – професій, що дозволили б їм працювати на звичайних підприємствах або в спеціально створених умовах, в т.ч. на підприємствах сліпих. Окрім

загальної системи професійно-технічного навчання необхідно враховувати можливості навчання в системі Міністерства соціальної політики України.

На всіх етапах реабілітації, по можливості, слід здійснювати міри психологічної корекції, що є важливими для попередження розвитку комплексу неповноцінності у даного контингенту інвалідів.

Розвиток завдяки цим комплексним мірам певного ступеню адаптації до зорового дефекту – найважливіша умова ефективності всіх подальших мір, що сприяють соціальної інтеграції інвалідів військової служби – учасників БД (в т.ч. АТО).

#### **2.2.4. Алгоритми та особливості медико-соціальної експертизи інвалідів військової служби та учасників АТО з патологією внутрішніх органів**

До розвитку патологічних змін внутрішніх органів у інвалідів військової служби призводять різні фактори, серед яких провідними є: несприятливі клімато-географічні умови, фізичне і нервово-емоційне перенапруження, тривалий стан психологічного стресу, часті простудні та інфекційні захворювання, множинні поранення і травми, викликані застосуванням зброї мінно-вибухової дії.

Досвід попередніх військових кампаній свідчить про те, що патологія внутрішніх органів зустрічається у кожного третього потерпілого, який переніс бойову травму [96]. Характер такої патології має істотні відмінності, залежить від перенесеної травми, її тяжкості, наявності коморбідності, що, в свою чергу, може впливати на наслідки травми і прогноз для пацієнта.

У 2010 р. були опубліковані результати аналізу медичного забезпечення обмеженого контингенту військ в Республіці Афганістан, у якому були розглянуті також і особливості патології внутрішніх органів у 3400 поранених, потерпілих під час цього конфлікту [96]. Відповідно до даного аналізу, захворювання внутрішніх органів, асоційовані з бойовою травмою, були виявлені майже у 30% поранених. У структурі патології внутрішніх органів у них найбільш часто діагностували патологію сечовидільної системи (32,4%). Патологія органів дихання склала 15%, серцево-судинної системи – 10,1%, травного тракту – 5,1% випадків. Серед цього контингенту була надзвичайно поширена патологія органів кровотворення (насамперед післягеморагічна анемія), виявлена у 95,7% поранених, що, ймовірно, можна пояснити значною крововтратою внаслідок недосконалих систем гемостазу на полі бою. Приблизно така ж структура патології внутрішніх органів у пацієнтів з бойовою травмою виявлена при аналізі майже 4 тис. історій хвороби поранених під час першої Чеченської кампанії (1994-1996 рр.) у РФ: вісцеральна патологія виявлена у 27,6% поранених, у яких найбільш часто діагностували патологію

органів кровотворення (в 20,8% випадків), сечовидільної системи (у 14,8%) та системи дихання (в 9,9%).

Вивчення клінічної картини *захворювань системи кровообігу* в учасників локальних військових конфліктів (ЛВК) показало, що найбільш часто у них виявлялися міокардіодистрофія, рідше артеріальна гіпертензія (АГ) та ішемічна хвороба серця (ІХС) [68]. Більш ніж у половини обстежених зазначені захворювання поєднувалися з ЧМТ.

До особливостей *мінно-вибухових травм (МВТ)* у колишніх учасників ЛВК належить досить велика частота виявлення забиття *легень* (20,7%), при яких виникали великі вогнищеві крововиливи, ателектази, емфіземи. При баротравмі легень спостерігалися розриви легеневої тканини з вогнищами крововиливів з подальшим розвитком пневмонії. Найбільш частим (21%) ускладненням кульових та осколкових поранень легень була емпієма плеври. Наявність легеневої патології ускладнювалась різними видами гіпоксії.

У перші 5 років у обстеженого контингенту осіб виявлялися такі наслідки поранень грудної клітки: хронічні бронхіти, вогнищевий пневмосклероз, що відповідав раневому каналу, плевродіафрагмальні та плевроперикардіальні спайки, адгезивний плеврит, емфізема легень, зрощені переломи ребер і лопатки. У ряді випадків мала місце бронхіальна астма (БА), частіше складного генезу (інфекційну в поєднанні з нервово-психічною формою) [128].

Оцінка функціонального стану бронхо-легеневої системи у хворих, які отримали травму грудної клітки в період ЛВК в республіці Афганістан, виявила помірні зміни основних показників функції зовнішнього дихання (ФЗД).

Найбільш частим патологічним проявом травми грудної клітки був злуковий процес, що виявляється у вигляді плевродіафрагмальних, плевроперикардіальних спайок, облітерації синусів, ущільнення плеври.

*Особливістю даної патології* є слабо виражені порушення ФЗД у поєднанні зі значними патоморфологічними змінами в легенях. Такі невідповідності в осіб молодого віку, обумовлені високими репаративними процесами легеневої тканини і компенсаторними можливостями бронхолегеневої системи, нерідко стають причиною експертних помилок.

До характерних особливостей клінічного перебігу *захворювань органів травлення* в учасників ЛВК належать: більша їх поширеність, асимптомність, пізнє виявлення, нерідке поєднання з ЧМТ та торако-абдомінальною травмою.

При клініко-інструментальному обстеженні найбільш часто виявляються такі групи захворювань: хронічні гепатити і цироз печінки, хронічні гастрити, дуоденіти, виразкова хвороба (ВХ) шлунка та 12-палої кишки, дискінезії жовчовивідних (ЖВ) шляхів, хронічний коліт [128].

До особливостей перебігу виразкової хвороби в учасників БД належать асимптомність, в зв'язку з чим патологія пізно виявляється (вперше діагноз ВХ

встановлюється приблизно у 60% пацієнтів), схильність до рецидивування (сезонні загострення – у 40% хворих), схильність до кровотеч – у 20% хворих. Хронічні гастрити, дуоденіти носять в основному змішаний або атрофічний характер, нерідко поєднуються з патологією печінки та ЖВ-шляхів.

Складність епідеміологічної обстановки в зоні БД визначила високу частоту перенесених *інфекційних захворювань*: вірусного гепатиту, дизентерії, тифо-паратифозної інфекції, малярії та ін.

До клінічних особливостей *патології печінки* належать:

- відсутність чітких документально підтверджених даних про етіологію захворювання, що не дозволяє оцінити прогноз та тактику лікування;
- більш важкий перебіг вірусного гепатиту на фоні мінно-вибухової травми: схильність до рецидивування, переходу в хронічні форми;
- особливо важкий перебіг вірусного гепатиту у осіб, що перенесли забій печінки при МВТ в результаті порушення балкової структури печінки з вогнищами деструкції паренхіми, набряку періпортальних трактів.

Для вирішення експертних питань у хворих на хронічний гепатит важливе значення в плані клініко-трудоного прогнозу має імунологічне дослідження і, зокрема, виявлення серологічних маркерів вірусу гепатиту А, В, дельта-вірусу. При МСЕ даної категорії хворих необхідно враховувати наступне: стан специфічного імунітету, що визначає особливості клінічного перебігу захворювання та клініко-трудоного прогнозу, поєднання основного захворювання з іншою соматичною патологією або МВТ, вираженість функціональних порушень печінки та змін нервово-психічного статусу.

Вивчення особливостей клінічної картини захворювань внутрішніх органів в учасників ЛВК показало, що, як правило, патологія носила змішаний характер: ураження серцево-судинної системи (ССС) і наслідки ЧМТ, ураження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у поєднанні з ЧМТ та торако-абдомінальною травмою.

Перші отримані у *Головному військовому клінічному госпіталі* (ГВМКЦ «ГВКГ») результати аналізу історій хвороби постраждалих в зоні проведення АТО свідчать, що патологія внутрішніх органів у цього контингенту відрізняється від даних, представлених в аналізах попередніх військових кампаній [96]. Найбільш частим видом травми у поранених були осколкові ураження (50,5% випадків). Відзначена майже однакова частота кульових поранень і закритої травми (відповідно 25,3 і 20,3% випадків). У загальній групі постраждалих переважали ізольовані ураження (51,3% випадків). У третини хворих (30,9% випадків) мали місце множинні ураження, у 17,8% – комбіновані. Залежно від тяжкості ураження розподіл травм було практично рівним (36,6% легких травм, 38,0% травм середньої тяжкості) при дещо меншій частоті важких поранень (25,4%). Не дуже висока частка пацієнтів, які

потрапляють у ВМКЦ з важкими пораненнями, насторожує, оскільки це може свідчити про значні втрати в місці отримання травми внаслідок затримки евакуації або інших причин.

Структура вторинної патології внутрішніх органів, що базується на наявних в історії хвороби даних, свідчить про те, що у пацієнтів з бойовою травмою найбільш частими були метаболічна кардіоміопатія (15,4%) і гепатопатія (9,9% уражених). Слід відзначити також, що ці дві патології часто зустрічалися у одних і тих же пацієнтів. Так, кардіоміопатію було діагностовано у 73% пацієнтів з гепатопатіями.

У постраждалих, у яких згодом розвилася патологія внутрішніх органів, частіше були осколкові або кульові поранення, рідше – закрита або акустична травма. У цій підгрупі найбільш частими були комбіновані і множинні ураження (відповідно 32,3 і 30,1% випадків), а важка травма – майже у половини пацієнтів (43,9% випадків).

Пацієнти з поєднаною патологією серцево-судинної і травної систем, що розвинулись у зв'язку з бойовою травмою, мали, як правило, важке множинне осколкове ураження м'яких тканин.

Ці результати дають можливість говорити про очевидні клінічні особливості військового контингенту, постраждалого в зоні АТО під час проведення військових дій, у порівнянні з контингентами військовослужбовців з бойовими травмами періоду Другої світової війни, кампанії в Афганістані та першої Чеченської кампанії. Так, наприклад, під час першої Чеченської кампанії (1994-1996 рр.) асоційовану з бойовою травмою вісцеральну патологію виявляли у 27,6% поранених (в аналізі ГВМКЦ «ГВКГ» – у 20,3%). При цьому найбільш частими проблемами були патологія сечовидільної системи (14,8% випадків, в аналізі ГВМКЦ «ГВКГ» – тільки 2,7%) та органів дихання (відповідно 9,9 і 2%). Як і в попередніх військових кампаніях, у ГВМКЦ «ГВКГ» часто виявляли анемію (36,2-54,5% випадків).

*Таким чином*, на підставі попереднього аналізу можна зробити висновок, що вторинну патологію внутрішніх органів, пов'язану з бойовою травмою, отриманою в зоні проведення АТО, має кожен п'ятий поранений. Вірогідність розвитку патології внутрішніх органів значно вище у постраждалих з множинними і комбінованими тяжкими ураженнями незалежно від їх локалізації. Враховуючи таку високу частку постраждалих з патологією внутрішніх органів, пацієнтів з тяжкою множинною і комбінованою травмою повинні спостерігати не тільки лікарі профільного відділення, а й терапевт і кардіолог.

Порушення функцій при захворюваннях внутрішніх органів можуть зумовлювати **обмеження різних видів життєдіяльності**, переважно: самообслуговування, пересування і здатності до праці. У ряді випадків при

виражених і значно виражених функціональних порушеннях додатково можуть мати місце обмеження таких видів життєдіяльності як навчання, спілкування і орієнтація. Функціональні порушення обумовлюють соціальну недостатність, що, у свою чергу, зумовлює ознаки інвалідності і необхідність адекватних заходів соціальної та реабілітаційної допомоги [102].

Критерії наявності та ступеня обмежень окремих видів життєдіяльності базуються на аналізі медичних, психологічних та соціальних факторів.

Комплексна оцінка медичних, соціальних факторів і психологічних особливостей особистості дозволяє винести обґрунтоване медико-соціальне експертне рішення про наявність ознак інвалідності і показані види праці.

*Підставою для встановлення I групи інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості, функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням або травмою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють до виникнення потреби у постійному сторонньому догляді або допомозі.*

*Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи у значному III ступені.*

*Критеріями встановлення підгрупи А I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього догляду або допомоги).*

*Критеріями встановлення підгрупи Б I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що призводить до втрати можливості самостійного задоволення більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб за допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла.*

*I група інвалідності може бути визначена, наприклад, при:*

- захворюваннях серцево-судинної системи, які призвели до недостатності кровообігу (НК) II-Б – III ступенів за неефективності реабілітаційних заходів;
- хворобах органів дихання з прогресивним перебігом, що супроводжується стійкою легеневою недостатністю III ступеня в поєднанні з НК II-Б – III ступенів;
- наслідках травм і поранень грудної клітини з вираженою дихальною недостатністю III ст. у поєднанні з легенево-серцевою недостатністю II-III і III ступенів;
- захворюваннях нирок IV та V ступенів, які лікуються шляхом застосування програмного гемодіалізу.

*Підставою для встановлення II групи інвалідності є стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням або*

травмою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому догляді або допомозі.

*Критеріями встановлення II групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження у вираженому II ступені однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи.*

*II група інвалідності може бути визначена, наприклад, при:*

- цирозі печінки з гепатоспленомегалією і портальною гіпертензією II ступеня внаслідок неефективності реабілітаційних заходів;
- відсутності однієї легені та хронічній легеневій недостатності II ступеня внаслідок патологічних змін другої легені;
- єдиній функціонуючій нирці за наявності хронічної ниркової недостатності III ступеня.

*Підставою для встановлення III групи інвалідності є стійкі, помірно важкі функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.*

*Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження декількох категорій життєдіяльності у помірно вираженому I ступені.*

*III група інвалідності може бути визначена, наприклад, при:*

- екстирпації шлунка, тотальній колопроктектомії, панкреатоектомії за наявності цукрового діабету;
- чужорідному тілі в серцевому м'язі чи перикарді внаслідок поранення;
- відсутності однієї легені;
- єдиній функціонуючій нирці.

*Отже, основними особливостями захворювань внутрішніх органів в учасників ЛВК є поєднаний характер патології, малосимптомність проявів, невідповідність ступеня вираженості функціональних порушень патоморфологічним змінам в органах, що необхідно враховувати при МСЕ даного контингенту осіб. Підхід до визначення інвалідності в учасників ЛВК повинен будуватися на загальних принципах МСЕ з урахуванням специфічних особливостей даної групи захворювань. При МСЕ цього контингенту осіб слід здійснювати аналіз комплексу медико-біологічних, клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова, психологічних та інших факторів, що формують той чи інший обсяг життєдіяльності.*



### 2.2.5. Особливості медико-соціальної експертизи та комплексної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО з післятравматичними стресовими розладами (ПТСР)

Професійна діяльність військовослужбовців завжди була джерелом психоемоційного перевантаження і причиною розвитку хронічного стресу у них. Проблема психічного здоров'я військовослужбовців, що беруть участь в сучасних локальних військових конфліктах (ЛВК), є на сьогодні однією з найбільш актуальних для військової психіатрії, а психолого-психіатричні наслідки бойової психічної травми вимагають пильної уваги як військових і цивільних фахівців, так і суспільства в цілому.

За інформацією різних джерел [59, 98,112,122], на сьогодні в збройному конфлікті на Сході України беруть участь близько 50 тис. українських солдатів, загалом же через АТО вже пройшли 210 тисяч мобілізованих українців. Причому значно побільшало тих, хто повертається додому інвалідами не тільки у фізичному, а й у психологічному плані.

Відомо, що у людини, яка побувала на війні, навіть якщо вона не отримала поранень чи ушкоджень, відбуваються зміни у сприйнятті світу. Повернувшись до вже забутого цивільного життя, людина може відчувати себе покинутою, ошуканою,беззахисною,впасти в апатію або ж почати гасити свої страхи алкоголем і наркотиками.

Навіть через десятки років люди не могли морально відновитися після Другої світової війни, війн у В'єтнамі, Афганістані та ін.

У середині 70-х років американське суспільство впритул зіткнулося з проблемами, породженими дезадаптивною поведінкою ветеранів В'єтнаму. Так, приблизно у 25% солдат, що воювали у В'єтнамі, досвід участі в БД послужив причиною розвитку несприятливих змін особистості. До початку 90-х років близько 100 тисяч в'єтнамських ветеранів вчинили самогубство. Від 35 до 45 тис. осіб дотепер ведуть замкнутий спосіб життя і майже не спілкуються із навколишнім світом. Відзначається також високий рівень актів насильства, злочинів, неблагополуччя в сфері сімейних відносин і соціальних контактів [3,4, 18, 24, 34, 140, 141].

Результати американських досліджень підтверджуються дослідженнями ветеранів війни, що вів Радянський Союз в Афганістані [35, 36, 43, 61, 63, 69, 74, 79, 87, 92, 99, 123]. За даними Пермякової О.А., Валінурової І.Р. [106],20% колишніх учасників БД знаходяться у місцях позбавлення волі через здійснення правопорушень в період утрудненої адаптації до мирного життя; 25% – звернулися за наркологічною допомогою; 10% осіб, що скоїли самогубство у 2000 р., мали ознаки післятравматичного стресового розладу.

*Бойова психічна травма* (англ. *Shellshock* – снарядний шок) вперше була визнана особливим феноменом воєнного часу під час Першої світової війни в

Канаді, США та більшості європейських країн. Термін був введений британським психіатром *Чарльзом Майерсом* у 1915 р. [98].

Травматичною для психіки вважають екстремальну, критичну подію з вираженим негативним впливом, ситуацією загрози, що вимагає від людини надординарних зусиль для подолання наслідків впливу. Ці події бувають *короткочасними* і *тривалими*. Саме до тривалих, пролонгованих, що мають постійний вплив травматичного стресора і регулярно повторюються, відносять бойові дії в зоні АТО [112].

У осіб, які брали участь в АТО, найбільш часто діагностують наступні *психічні розлади*: 1) гостру реакцію на стрес (F43.0) – у 36,6% випадків; 2) післятравматичний стресовий розлад (F43.1) – у 30,6%; 3) розлади адаптації (F43.2) – 29,7%; 4) органічні афективні і тривожні розлади (F06.3, F06.4) – 1,6%; 5) психотичні розлади (F20-F29) – 1,4% [122].

### **2.2.5.1. Медико-соціальна значущість післятравматичного стресового розладу (ПТСР)**

*Післятравматичні стресові розлади (ПТСР)* виникають через деякий час після психотравмуючих подій. Людина досить довго може жити в стресовій ситуації, бути бадьорою, веселою, не відчувати ніякого дискомфорту і діяти навіть більш ефективно, ніж зазвичай, але через якийсь час, раптово, «на рівному місці», психологічно ламатися. На жаль, те, що раніше називалося «*в'єтнамський*», «*афганський синдром*», швидше за все, буде називатися «*донбаський синдром*».

Обстеження ветеранів В'єтнаму та Іраку дало межі поширеності ПТСР від 3% до 58% [28, 143, 144].

При цьому його відсоток серед поранених і інвалідів був значно вищим (до 42%), ніж серед фізично здорових ветеранів (від 10 до 20%) [71].

За даними українських дослідників, серед осіб, що перебували під дією екстремальних ситуацій у зоні АТО, ця цифра складає 38,8% [122].

У 1980 р. після аналізу численних спостережень і досліджень ветеранів війни у В'єтнамі *післятравматичний стресовий розлад* (англ.: *posttraumatic stress disorder – PTSD*) було включено в *DSM-III* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) – класифікаційний психіатричний стандарт, підготовлений Американською психіатричною асоціацією). У 1995 р. у новій, четвертій редакції (*DSM-IV*) підхід до оцінки травматичності пережитої ситуації був дещо пом'якшений [1].

До середини 90-х років діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів існував тільки в США. Однак в 1995 р. цей розлад та його діагностичні критерії з DSM були введені і в X редакцію *Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-10)*, основного діагностичного стандарту в

європейських країнах, включаючи Україну. В останньому перегляді МКХ-10 цей розлад вже є як самостійний, маючи код 10F43.1.

Необхідність спеціального розгляду і виділення у медицині ПТСР в учасників БД диктується масштабами «психічного» травматизму, його ближніми і віддаленими медичними, медико-психологічними та соціальними наслідками, що значно перевищують прямі біологічні ефекти [109]. У 20-30% випадків психологічні проблеми в подальшому трансформуються в психіатричні і обумовлюють порушення соціального функціонування. У бійців спостерігається «*синдром того, хто вижив*» – вони відчувають провину перед тими хлопцями, які загинули [139].

*Отже*, за своїми медико-соціальними наслідками ПТСР – дуже серйозна, пролонгована патологія, яка потребує негайної реакції держави та суспільства.

***Післятравматичний стресовий розлад (ПТСР)*** – відтермінована у часі комплексна психопатологічна затяжна реакція на екстремальні події, які носять загрозливий або катастрофічний характер (наприклад, участь у БД, важка фізична травма, загроза смерті тощо) [70, 112].

До найбільш поширених *типів ПТСР* відносяться: астенічний (27%); тривожний (32%); дисфоричний (21%); соматоформний (20%) [122]. Може спостерігатися поєднання різних типів ПТСР.

Слід зазначити часту коморбідність *ПТСР* (рис. 3). Серед найбільш поширених супутніх ПТСР станів виділяють біполярні порушення, депресію, розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами, психози, розлади особистості, тілесні ушкодження з формуванням хронічного болю [112, 122].

При ПТСР група характерних симптомів (психопатологічні переживання, уникнення або випадання пам'яті про травмуючі події та високий рівень тривожності) зберігається впродовж 1 місяця і більше після перенесеної травми [98].

Обстеження учасників БД в Афганістані [74] показало, що незалежно від нозологічної приналежності, форми і характеру перебігу інвалідизуючого захворювання в кожному випадку відзначалися прояви *хронічного ПТСР*. У всіх пацієнтів ці розлади утрудняли соціальну та професійну адаптацію. Основними синдромами, що значно впливали на адаптаційні можливості, виявилися експлозивний, астенічний, паранойяльний, іпохондричний та істеричний. Хворі з переважанням істеричної симптоматики визнавалися інвалідами рідко. При вираженому експлозивному, астенічному, паранойяльному та іпохондричному синдромах встановлювалася переважно II група інвалідності.

В даний час не існує єдиної, загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює *етіологію* та *механізми виникнення* і розвитку ПТСР, хоча в результаті багаторічних досліджень розроблено декілька теоретичних концепцій, серед

яких можна виділити: *психодинамічний, когнітивний, психосоціальний і психобіологічний* підходи [8, 10, 26, 73, 74, 89].



**Рис. 3. Коморбідність ПТСР**

*Maercker A.* [19] пропонує етіологічну мультифакторну концепцію і виділяє 3 групи факторів, поєднання яких призводить до виникнення ПТСР: 1) фактори, пов'язані з наявністю *самого факту травматичної події*, з інтенсивністю травми, її несподіваністю і неконтрольованістю; 2) фактори, пов'язані з *формою і силою захисних механізмів особистості*, здатністю до осмислення ситуації і наявністю соціальної підтримки; 3) *фактори ризику*: вік до моменту травматизації, наявність травматичних подій і психічних розладів в анамнезі, низькі інтелект і соціально-економічний рівень.

## **2.2.5.2. Діагностика післятравматичного стресового розладу**

### **2.2.5.2.1. Критерії діагностики ПТСР**

Серед *основних критеріїв діагностики ПТСР* – екстремальність події; феномен «*вторгнення*» (нав'язливі і повторювані спогади про екстремальні події, що викликають важкі емоційні переживання; «*флеш-беки*»); поведінка *уникнення*; гіперактивація (порушення сну, дратівливість, труднощі в концентрації уваги, гіпертрофована реакція, постійне очікування загрози); тривалість (1-6 міс); порушення соціального функціонування [15, 16, 122].

Існує 6 критеріїв діагностики ПТСР, серед яких є більш та менш специфічні [112].

**Перший** — пацієнт обов'язково є очевидцем або безпосередньою жертвою подій, пов'язаних із загибеллю, серйозними пораненнями людей або загрозою такої загибелі чи поранень. При цьому в момент перебування в травматичній ситуації він відчуває інтенсивний страх і безпорадність.

**Другий** — найголовніший критерій — вторгнення нав'язливих спогадів екстремальних подій, образів, страхітливих сновидінь, думок і почуттів, які викликають важкі емоційні переживання та повторюються. Характерні так звані *флеш-беки* або *ефекти* (миттєве відновлення травматичної події; відчуття, що подія переживається заново, у поєднанні зі страхом, панікою та агресією) [15].

**Третій** — критерій уникнення. Визначається за наявності таких ознак: зусилля з уникнення думок, почуттів і розмов, пов'язаних із травмою, а також подій, місць або людей, які поживають спогади про травму. Також характерні нездатність згадувати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія); зниження інтересу до раніше значимих видів діяльності; відчуття відчуження й віддалення від інших людей; зниження інтенсивності вищих емоцій; почуття відсутності перспективи. Людина, яка зазнала екстремального впливу, буде уникати спілкування з людьми, відвідування місць, що нагадують про це. Під час діагностики такий стан не можна пропустити.

**Четвертим** критерієм є тривалість 3-х попередніх. Всі вони дуже рідко проявляються вищезгаданими симптомами у перший місяць, а, як правило, активуються пізніше і тривають до півроку.

**П'ятий** та **шостий** критерії важливі, але вони можуть давати про себе знати не тільки при ПТСР і не завжди визначають суть патології. Гіперактивація (порушення сну, дратівливість або спалахи гніву, труднощі із зосередженням уваги, постійне очікування загрози та гіпертрофована реакція переляку) виявляється протягом 1 місяця після травми і триває до півроку та більше. Порушення адаптації у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності, як і гіперактивація, може тривати довго.

#### 2.2.5.2.2. Психодіагностичні дослідження ПТСР

Для діагностики найбільш виправданим є дворівневий підхід: *клінічне психометричне обстеження* та *психодіагностичне* інтерв'ювання [98].

При *психометричному обстеженні* використовують адаптовані версії наступних психодіагностичних методик:

**1. Опитувальник депресивності Бека (BDI)**— призначений для оцінки наявності депресивних симптомів у обстежуваного на поточний період. В ньому виділено 21 шкалу, кожна з яких представляє собою окремий тип психопатологічної симптоматики і включає такі пункти: 1) печаль; 2) песимізм; 3) відчуття невезіння; 4) незадоволеність собою; 5) почуття провини; 6) відчуття покарання; 7) самозаперечення; 8) самозвинувачення; 9) наявність суїцидальних думок; 10) плаксивість; 11) дратівливість; 12) почуття соціальної відчуженості; 13) нерішучість; 14) дисморфофобія; 15) труднощі в роботі; 16)

безсоння; 17) стомлюваність; 18) втрата апетиту; 19) втрата ваги; 20) заклопотаність станом здоров'я; 21) втрата сексуального потягу. Методика показала свою діагностичну значимість при роботі з особами, які брали участь у БД і пережили ПТСР [2].

**2. Опитувальник для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатіса)** – складається з 90 тверджень, що відображує наявність певних соматичних і психологічних проблем у обстежуваного на даний момент. Побудований за принципом самозвіту, ступінь вираженості симптомів оцінюється самим обстежуваним за 5-ти бальною шкалою. Оцінка та інтерпретація результатів проводиться за 9 шкалами: 1) соматизація; 2) обсесивність-компульсивність; 3) міжособистісна сензитивність; 4) депресивність; 5) тривожність; 6) ворожість; 7) фобії; 8) паранояльний; 9) психотизм. Крім того, є додаткова 10-та шкала, яка є важливою при обробці результатів. Методика добре диференціює пацієнтів з діагнозом ПТСР, що отримали психотерапевтичну допомогу, і тих, яким така допомога не надавалася [7].

**3. Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised – IOES-R)** – широко застосовується в дослідженнях ПТСР і спрямована на вимірювання 3-х основних сфер відповідних реакцій на травматичний стрес: феномена *нав'язливих переживань* (вторгнення), феномена *уникнення* будь-яких нагадувань про травму і феномена *фізіологічної збудливості*. Дозволяє з'ясувати ступінь прояву симптомів протягом останніх 7 днів. Кожне з 15 тверджень оцінюється за 4-бальною шкалою – від «ніколи» до «часто». Можна говорити про високий ступінь прояву симптомів при сумарному балі, що дорівнює 30-35[14].

**4. Міссісіпська шкала для оцінки післятравматичних реакцій** – складається з 39 тверджень, що відбивають внутрішній стан людей, які пережили ту чи іншу травматичну ситуацію. Кожне з тверджень оцінюється за 5-ти бальною шкалою. Високий підсумковий бал корелює з діагнозом ПТСР. Методика успішно використовується для скринінгу з метою відбору пацієнтів, які потребують психокорекції та психотерапії, а також у науково-дослідних цілях[31, 123].

**5. Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник (MMPI), шкала ПТСР** – дозволяє представити особливості особистості в її цілісності. Служить надійним і валідним інструментом для діагностики ПТСР, пов'язаного з участю в БД, здатна точно визначити 83% випадків ветеранів з ПТСР проти ветеранів з психіатричним діагнозом без ПТСР. Одна з найбільш вживаних і досліджених шкал для визначення наслідків військової травми [120].

**6. Опитувальник (шкала) ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI)** – входить в психометричний комплекс, що застосовується для діагностики ПТСР, а використання її для обстеження учасників БД у В'єтнамі і Кореї виявило значимо більш високі показники в групі з діагнозом ПТСР в порівнянні з контрольною групою [30].

Основними методами **психодіагностичного інтерв'ювання**, що застосовуються в ході обстеження для діагностики ПТСР, є структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю (СКІД) і шкала CAPS.

**1. Структуроване клінічне інтерв'ю – СКІД (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R)** – включає ряд діагностичних модулів, що забезпечують діагностику психічних розладів за критеріями DSM-III-R (афективних, психотичних, тривожних, викликаних вживанням психоактивних речовин тощо). Передбачена можливість подальших модифікацій методики залежно від конкретних завдань дослідження (наприклад, варіант інтерв'ю для діагностики ПТСР у тих, хто приймав участь у БД; обстеження інвалідів з різними формами і ступенями порушень здоров'я) [29].

**2. Шкала клінічної діагностики CAPS (Clinical-administered PTSD Scale)** – застосовується додатково до СКІД для клінічної діагностики рівня вираженості симптоматики ПТСР і частоти її прояву. Існує 2 варіанти шкали: 1) для діагностики тяжкості поточного ПТСР як протягом минулого місяця, так і в післятравматичному періоді в цілому; 2) для диференційованої оцінки симптоматики протягом останніх 2-х тижнів. Кожен симптом оцінюється з точки зору частоти та інтенсивності прояву за 5-бальною шкалою [32].

### **2.2.5.3. Методики комплексної медико-психологічної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО з ПТСР**

Медико-психологічну реабілітацію учасників воєн необхідно розглядати як систему заходів, спрямованих на зменшення набутих в бойовій обстановці особистісних і патофізіологічних змін і на усунення тим самим готовності до психопатологічного синдромуутворення [98].

Складовою частиною медико-психологічної та загальної фізіологічної реабілітації військових, що проходять лікування у зв'язку з пораненнями, контузіями, травмами, опіками, психічними розладами, є **психологічна реабілітація**. Її *основною метою* повинна бути гармонізація розвитку особистості та задоволення її потреби в самоствердженні, що може сприяти досягненню реадaptaції суб'єкта до умов звичайного життя і переходу його до нормальної діяльності шляхом перебудови структури мотивів та актуалізації нових потреб.

*Лікування ПТСР* – процес комплексний, тривалий і може тривати декілька років. В даний час не існує усталеної точки зору на результат лікування. Одні

дослідники вважають, що ПТСР – виліковний розлад, інші – що його симптоми повністю усунути неможливо.

Під час лікування пацієнтів із ПТСР значну роль відіграють *соціальна підтримка та доступність медичної допомоги* [112, 122].

Соціальна підтримка – описана в розділі 2.3.

У лікуванні ПТСР можна виділити 3 аспекти: 1) психотерапевтичний; 2) психофармакологічний; 3) реабілітаційний. Не слід також забувати про психологічну освіту.

На початку розвитку ПТСР його лікування є медикаментозним і психотерапевтичним, в подальшому – переважно психотерапевтичним [98].

Вітчизняні фахівці [112] вважають, що при призначенні *психофармакотерапії* варто користуватися досвідом і рекомендаціями відомих професійних організацій, які свого часу займалися проблемами стресових розладів серед учасників БД: Канадської мережі з проблем лікування афективних і тривожних розладів, Американської асоціації психіатрів, Всесвітньої федерації біологічної психіатрії. Цими організаціями розроблена система, що включає 3 лінії фармакотерапії ПТСР. Можуть бути використані транквілізатори, антидепресанти (найбільш ефективні – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – СІЗЗС, а також препарати, що впливають на МТ-рецептори), нейролептики. В окремих випадках використовуються гіпнотики, антиконвульсанти, психостимулятори, а також засоби, що поліпшують мозковий метаболізм [98, 112].

Рекомендації по фармакотерапії ПТСР представлені у табл. 1.

**Таблиця 1. Рекомендації по фармакотерапії ПТСР**

<b>1 ЛІНІЯ</b>	флуоксетин, пароксетин, сертралін, венлафаксин
<b>2 ЛІНІЯ</b>	флувоксамін, міртазапін, моклобемід, фенелзін. Додатково: рисперидон, оланзапін
<b>3 ЛІНІЯ</b>	амітриптилін, іміпрамін, есциталопрам. Додатково: карбамазепін, габапентин, ламотриджин, вальпроат, тіагабін, топірамат, кветіапін, клонидін, тразодон, буспірон, бупропіон, празозин, циталопрам, флуфеназин, натрексон
<b>НЕ РЕКОМЕНДОВАНО:</b>	деспіпрамін, ципрогептадин. Монотерапія: алпразолам, клоназепам, оланзапін

Психофармакологічна терапія має самостійне значення, а крім того, усуваючи найбільш гострі симптоми ПТСР, полегшує проведення психотерапії та сприяє успіху реабілітаційних заходів.



Серед *психотерапевтичних* напрямків найбільш ефективними у лікуванні ПТСР є такі: 1) психодинамічна психотерапія; 2) когнітивно-поведінкова терапія; 3) групова психотерапія.

Одна з технік когнітивно-поведінкової психотерапії – *техніка «розкриваючих інтервенцій» (EBI: Exposure-Based Intervention)*, в якій використовується пряма або непряма конфронтація пацієнта з травматичними образами-спогадами. Метод заснований на тому, що при ПТСР діє не тільки страх релевантних травматичних стимулів, але й страх спогадів про травму, тому повторне переживання емоцій, пов'язаних з травмою, допомагає пацієнтові інтегрувати негативний досвід. За допомогою методу можливо знизити рівень дистресу, нав'язливі спогади і рівень фізіологічної реактивності. Ефективність даного виду терапії показана в роботі з ветеранами воєн [140, 142].

Досить поширеним є *метод окорохової десенсибілізації (EMDR: Eye movement desensitization)*, який є комбінацією таких процедур: уявлення пацієнтом травматичної сцени, переживання почуття тривоги, когнітивної реструктуризації і сакадичних рухів очей, що направляються терапевтом [27].

До нових методик можна віднести *метод Томатіса – систему слухових тренувань*, мета якого полягає в тому, щоб поліпшити здатність мозку сприймати і переробляти інформацію, сприйняту на слух. За допомогою тренувань відбувається перепрограмування процесу слухання [5].

Інші дослідники [89] вважають доцільним включати в структуру методів психологічної допомоги ветеранам *емоційно-вольове тренування* (біологічний, психологічний і соціальний тренінг).

Є певні особливості застосування психотерапії в залежності від стадії розвитку ПТСР. Так, у *гострому періоді ПТСР* лікування включає методи, орієнтовані на релаксацію, відреагування емоційного переживання, дистанціювання від травматичної події, формування відчуття підтримки. У цьому періоді інкапсуляція травми може сприяти зменшенню наслідків стресу.

В *процесі розвитку ПТСР* усвідомлення всіх аспектів перенесеної психічної травми стає необхідною умовою для відновлення інтегрованої психічної діяльності. У цьому періоді психотерапія спрямовується на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, переоцінку травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості і можливості гармонійного існування в реальному світі, підвищення власних можливостей, що дозволяють долати наслідки травматичної події.

Деякі фахівці високо оцінюють *групову психотерапію*. *Grinker R., Spiegel J.* (1945) пояснюють її високу ефективність тим, що вона дозволяє виявити схожість психологічних проблем у членів групи, знизити внутрішню психологічну напруженість, подолати почуття неповноцінності, встановити

довірчі відносини між психотерапевтом і ветеранами, досягти контрольованого глибинного аналізу проблем і більше вільного вираження почуттів [70].

До *групової психотерапії* належать: 1) кризові інтервенції; 2) робота з сімейними парами (сімейна терапія); 3) ветеранські групи тощо. Практикуються групи наступних типів: 1) *відкритого типу* – орієнтовані на освітні задачі або на структурування травматичних спогадів (робота в «там і тоді»); 2) ті, що мають *задану структуру*, орієнтовані на конкретну задачу, на вироблення навичок опанування травми, на роботу з міжособистісною динамікою (робота «тут і тепер»). *Напрямки* групової терапії охоплюють когнітивно-поведінкові, психолого-освітні, психоаналітичні, психодраматичні групи, групи самопомоги, юнгіанський аналіз сновидінь, арт-терапію та інші види терапії [38]. Часто групова терапія комбінується з різними видами *індивідуальної терапії*.

В 70-ті роки групою американських психотерапевтів (*Lifton R., Shatan C., Pincus F.*) були організовані «*гар*»-групи спілкування ветеранів В'єтнамської війни для надання допомоги в подоланні психологічних наслідків війни та осмислення свого військового досвіду. В даний час «*гар*»-групи використовуються для надання допомоги людям, які пережили психотравмуючі події, і є ефективним засобом опису, вивчення, трансформації і структурування неупорядкованого травматичного досвіду [11].

При виборі лікувальної тактики обов'язково слід враховувати структурні особливості клінічної картини [112]. Так, при *ПТСР* найбільш сприятливими стратегіями психотерапії визнані поведінкова, когнітивна (чи когнітивно-поведінкова) і психодинамічна; при *розладах адаптації* – когнітивна терапія Бека, поведінково-моделюючі техніки, прогресивна м'язова релаксація по Джекобсону [136]; для подолання *поведінки уникнення, флеш-беків, надмірного збудження* – імплзивна терапія, систематична десенсибілізація, поведінковий тренінг, тренінг стійкості до стресу [122].

Дослідники приділяють велику увагу роботі з родинами учасників БД. *Everson R.B., Figley C.R. et al.* [9] сформулювали **основні принципи**, на яких має базуватися **сімейна психотерапія** для ветеранів БД: 1) повага до життя сім'ї, її самовідданості під час війни, до досвіду сім'ї, який має відношення до пережитих стресових життєвих обставин; 2) інформування сім'ї про можливі психологічні наслідки війни; 3) поєднання психологічної допомоги з соціальною підтримкою сім'ї, в т.ч. з боку інших ветеранів; 4) обережне вивчення джерел стресу в сім'ї, способів поведінки, які використовуються в ній при виникненні психологічних труднощів; інформування сім'ї про різні способи подолання наслідків ПТСР; допомога у використанні тих сторін сімейних відносин, які здатні зміцнити її і забезпечити розв'язання психологічних проблем.

*Williams C.M., Williams T.* [33] виділяють основні завдання для психологів, що працюють з сім'ями ветеранів: 1) подолання у ветерана ідентифікації з образом «пацієнта» в родині, стану депресії, емоційної та соціальної відчуженості, проявів відстороненості у вигляді неадекватних реакцій ветерана на хворобу чи горе інших членів сім'ї; 2) подолання випадків насильства в сім'ї, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, прагнення до тривалого відсутності в сім'ї; 3) подолання небажання ветерана розповідати про свій військовий досвід, подолання психологічної дистанції між ветераном і дітьми, поліпшення відносин між подружжям; 4) психологічна допомога дружинам ветеранів, формування в сім'ї системи взаємопідтримки, вдосконалення навичок спілкування в сім'ї. Ґрунтуючись на цьому, автори пропонують як найбільш ефективну мультимодальну форму сімейної психотерапії, яка включає індивідуальне та сімейне консультування; групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами; заняття в групах, що включають кілька сімейних пар, з метою вдосконалення комунікативної компетентності ветеранів та їхніх дружин; створення системи взаємної соціальної підтримки сімей ветеранів.

*Harris M.J., Fisher B.S.* [12] у разі кризової ситуації в сім'ї ветерана пропонують 5-крокову модель психологічної допомоги, яка включає наступні етапи: 1) встановлення психологічного контакту з сім'єю; 2) вивчення психологічних проблем в сім'ї; 3) спільний пошук з членами сім'ї можливих способів вирішення проблем, що виникли; 4) допомога членам сім'ї у здійсненні конкретних кроків, спрямованих на вирішення психологічних проблем; 5) супровід сім'ї після виходу з кризової ситуації.

Значимість сімейної психотерапії усвідомлена і вітчизняними спеціалістами. Це знайшло вираження в тому, що за останній час змінився підхід до психологічної реабілітації учасників БД в реабілітаційних установах. Наприклад, в **Черкаському центрі соціально-психологічної реабілітації** проходять курси реабілітації не лише самі ветерани БД, а і сім'ї в цілому [125]. В ході проведення медико-психологічної реабілітації учасників АТО дуже часто воїни просять компенсувати медичні послуги грошима, мотивуючи тим, що вони краще реабілітацію пройдуть у своїй сім'ї, удома. Тому можливий такий варіант: учасники АТО можуть брати із собою до санаторію родичів, які лише платитимуть символічну суму за проживання, адже коли поряд із демобілізованим перебуває сім'я – дружина, діти чи батьки – його реабілітація набагато ефективніша.

Сімейна психотерапія тісно пов'язана з ще одним важливим аспектом психологічної реабілітації учасників БД – **психологічною освітою**, яка, передбачає інформування самого учасника БД та його родичів про клінічні прояви ПТСР, тривалість і особливості його перебігу, розлади адаптації, що

виникають при цьому, принципи поведінки членів сім'ї ветерана. Поінформована людина психологічно сильніша за ту, що не володіє інформацією. Є дослідження, які дуже переконливо свідчать: пацієнти легше переносили стреси, а їх соціальне функціонування не порушувалося навіть тоді, коли здійснювалась тільки психологічна освіта без застосування медикаментів та когнітивно-поведінкових психодинамічних методів терапії [112].

Одним із видів психологічної освіти є програма, що становить собою **психолого-освітню групу**, в якій використовуються релігійні та інші ритуали для надання допомоги ветеранам війни. Передбачається, що звернення людини до релігійних ритуалів дозволяє відновити почуття стабільності, передбачуваності світу і контролю, які виявляються порушеними внаслідок травматизації. Терапія складається з наступних етапів: 1. Усвідомлення симптомів; 2. Пошук допомоги; 3. Звернення до Бога (в сенсі, що розуміється індивідуально); 4. Фаза дій; 5. Щоденна молитва і медитація [22, 28].

Сучасні реалії продемонстрували особливу спонтанно сформовану форму соціально-психологічної реабілітації ветеранів – **арт-терапію**, яка включає *літературну, поетичну, музичну* та інші види творчості багатьох учасників БД, що ніби створює для них спільний культурний простір життєдіяльності. З психологічної точки зору бажання висловити себе у творчості є однією з форм самореалізації, що компенсує недолік розуміння і співчуття. Тому актуалізацію творчих нахилів у багатьох ветеранів, створення цілої субкультури слід розглядати як компенсаторні прояви, що вказують на брак уваги і розуміння суспільства до цих груп населення[84].

*Таким чином*, в даний час накопичено достатньо даних про ефективність різних методів психотерапії. Одні дослідники вважають, що застосування методу поведінкової психотерапії (імплізії) дозволяє знизити рівень тривожності, депресивності, зменшити повторюваність нав'язливих спогадів. Є також дані про ефективність інших методів поведінкової психотерапії – десенсибілізації, когнітивної реконструкції, поведінкової бібліотерапії, а також з результативності інших методів психотерапії – арт-терапії, гіпнозу, трансцендентальної медитації та інших.

#### **2.2.5.4. Алгоритми та особливості здійснення психологічної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО**

На жаль, простої і універсальної формули по «виходу» із стану війни не існує, адже у бійців деформуються такі важливі механізми, як психологічна рівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій тощо. Іншими словами, люди досить швидко відвикають від мирного життя. Їм не вистачає адреналіну, їх захльостують пережиті страхи від втрати друзів і побратимів, в нічних снах продовжують вибухати снаряди та міни.

Акцент слід зробити на спілкуванні з пацієнтами під час психотерапевтичного курсу лікування. Це дуже складна проблема, тому що для бійців, які ще вчора були на передовій, потрібно створити нову індивідуальну модель життя, соціальної, трудової діяльності після травми.

Фахівці, зокрема *Попов В.Є.* [111], пропонують курс психологічної реабілітації, що складається з таких *етапів*: 1) вступний; 2) підготовчий; 3) катарсичний; 4) усвідомлення екстремальної поведінки; 5) формування нових навичок поведінки; 6) визначення життєвих перспектив (інсайту); 7) підтримуючих заходів.

**Вступний етап** – має велике значення, тому що від його успіху залежить відповідь на питання: «Чи зможуть психолог і пацієнт працювати разом?». Психолог повинен не тільки зрозуміти коло проблем пацієнта, але й справити на нього сприятливе враження, для того щоб пацієнт йому повністю довіряв. На вступному етапі необхідно визначити мету спільної роботи психолога і пацієнта і добитися чіткого усвідомлення її останнім.

**Підготовчий етап** – є підготовчим по відношенню до катарсичного і полягає в навчанні пацієнта тому стану, в якому планується досягнення катарсису. У ньому можуть бути використані техніки психодрами, аутогенного занурення, керованої саморегуляції. Тому підготовчий етап присвячений оволодінню одній з цих методик.

**Катарсичний етап** – є одним з ключових у всьому процесі реабілітації. Метою його є досягнення емоційного відреагування на стан первинної дезадаптації і очищення від нього – *катарсису*. Значення катарсису полягає в тому, що екстремальна особистість, звільнившись від бар'єрів психологічної регресії, отримує можливість повернутися у свій вихідний доекстремальний стан. Відбувається внутрішня перебудова особистості. Незмінними залишаються навички поведінки, однак, за висловом пацієнтів, в них зникає необхідність.

**Етап усвідомлення екстремальної поведінки** – до моменту настання цього етапу між психологом і пацієнтом встановлюються досить довірчі відносини, які дають можливість обговорювати конкретні приклади поведінки пацієнта в конкретних ситуаціях. На цьому етапі краще «розкрити очі» пацієнту на справжні причини його поведінки. Результатом такої роботи стає формування мотиву на зміну поведінки.

**Етап формування нових навичок поведінки** – етап на якому діяльність психолога і пацієнта перетворюється на колективну діяльність групи пацієнтів під керівництвом психолога. Найкращим методом освоєння нових навичок поведінки (і спілкування) є *соціально-психологічний тренінг (СПТ)*. СПТ триває зазвичай 5-8 днів при дуже високій інтенсивності занять (по 12-14 годин).

**Етап визначення життєвих перспектив (інсайту)** – перші спроби нової поведінки призводять до того, що суб'єкт зауважує, що змінилася не тільки його поведінка, але й сприйняття давно знайомих людей. Старі плани втрачають сенс. Натомість до них приходять нове розуміння життя.

**Етап підтримуючих заходів** – припускає періодичні контакти психолога з пацієнтом. Приводами для цього можуть служити: 1) психологічне консультивання по широкому спектру проблем; 2) подолання нових стресів; 3) психологічна підготовка до впливу нової екстремальності.

Поєднання перерахованих методів психокорекції і певне їх чергування в процесі психологічної реабілітації створюють умови для нормальної реадaptaції особистості до мирного життя.

Практика доводить, що найважчим є *початок спілкування*.

Марута Н.О. [112] закликає фахівців – психологів та психотерапевтів, що працюють з учасниками БД, пам'ятати на цьому етапі про **3 правила**:

1. Відмовитися від гіпердіагностики, не прагнути поставити діагноз, хоча людина і перебувала в ситуації екстремального впливу.

2. Не перегинати палицю з психологізацією. Не можна полегшити психологічну ситуацію людині, якщо вона сама цього не захоче.

3. Не прагнути попередити розвиток ПТСР медикаментозно. Доки не стануть видні всі симптоми розладу, призначення фармакотерапії виключено.

В *перший тиждень* спілкування краще делікатно спостерігати за пацієнтом, не нав'язуючи йому психологічної допомоги.

Робота з пацієнтом далеко не завжди має відбуватися в кабінеті. Новоприбулі бійці рідко самостійно приходять до психолога, бо переконані, що людина, яка не бачила війни, не зможе їм нічого порадити. Тож потрібно вибирати влучний момент і ніби ненароком відвідувати військових у палаті, де й мають відбуватися заняття. Від проведення занять у примусовій формі за чітким графіком користі немає.

Іноді, при потребі, крім психологів, на консультації слід запрошувати психіатрів – бо якщо психолог лікує лише за допомогою слова, то психіатр, щоб зняти в пацієнта тривогу чи агресію, призначає ще й відповідну медикаментозну терапію.

Якщо в центрі реабілітації є вільні місця, їх доцільно надати воїнам-афганцям. Такий підхід – теж частина психологічної реабілітації. Як показують спостереження, між ними й бійцями АТО складаються гарні стосунки. Афганці розуміють проблеми бійців АТО, їхній біль. Доцільно спеціально «підбирати» сусідів по палаті, звертаючи увагу на тих, хто вміє говорити й донести думку до співбесідника [125].

**2.2.5.5. Заклади та структури, що здійснюють психологічну реабілітацію інвалідів військових дій та учасників АТО**

Пораненим та травмованим учасникам АТО, які пройшли через заклади Міністерства оборони України, після їх демобілізації мають надавати допомогу у цивільних закладах.

В Україні, на жаль, залишилися атавізми радянської психіатричної системи. У звичайних лікувальних установах немає посад *медичних психологів*. Необхідно створення *кабінетів психологічної допомоги* демобілізованим і пораненим бійцям АТО в усіх поліклініках та стаціонарах. Для відновлення здоров'я воїнів використовуватимуться всі можливості місцевих та обласних медичних закладів.

Оскільки пацієнти з ПТСР та іншими подібними розладами потрапляють і до військових госпіталів, і до різних приватних та державних лікарень, визнано: їм надаватимуть допомогу в *реабілітаційних установах* – спеціально створених службах, організацією яких зараз займається держава. Головне, щоб існувала єдина система з *ефективними, нестигматизованими методиками лікування*.

Ще у вересні 2014 р. Адміністрацією Президента України було надано рекомендацію МОЗ категорично відмовитися від госпіталізації учасників АТО в психіатричні лікувальні заклади без наявності у них психіатричних діагнозів. Слід обов'язково дотримуватись цих рекомендацій.

Наукова громадськість, керівництво МОЗ України, фахівці з психіатрії та психології одноставно вважають: пацієнтів із ПТСР не слід лікувати в психіатричних клініках та відділеннях, тому сьогодні поставлено завдання створити *спеціалізовані реабілітаційні центри* в усіх регіонах, а також відкривати на базі госпіталів для ветеранів війни *психосоматичні відділення та відділення граничних нервово-психічних розладів*.

В літературі [106] наводиться приклад *психотерапевтичного реабілітаційного відділення* на 60 ліжок, з режимом денного і цілодобового перебування, де за 2 роки проліковано 2,5 тис. учасників ЛВК (в т.ч. з ПТСР – 73,3%, органічними захворюваннями ГМ – 15,7%, депресивними розладами – 0,5%, соматоформними дисфункціями – 1,9%, неврастенією – 8,9%). Курс реабілітації у відділенні складає 2-4 тижні. Застосовуються методи індивідуальної психотерапії (позитивна психотерапія, гештальт-терапія, символ-драма, НЛП, аутогенне тренування, гіпноз), групової психотерапії (колективний гіпноз, тренування особистісного росту, арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія), дихальні методики, танцювально-рухова терапія, музико- та ароматерапія.

На психологічну реабілітацію учасників АТО робиться акцент у *Центрі медико-психологічної реабілітації «КОМ-ПАС»*, створеному на базі *Кіровоградського обласного госпіталю ветеранів війни* [149]. Тут працюють 2 штатних психологи та 12 психологів-волонтерів, серед яких і колишні військові. Кожен з них має власний напрямок роботи: злагодження бійців перед

виходом на бойові завдання, реабілітація після перебування в зоні АТО, особиста психологічна допомога, надання психологічної допомоги на полігонах й у військових частинах. На кожен етап проходження бійцем військової служби (мобілізація, перебування в АТО, ротація, демобілізація, повернення в мирне життя) розроблені спеціальні програми та методичні рекомендації. До кінця цього року планується створити подібні заклади в кожному районі області (20 центрів).

У *Черкаському обласному госпіталі для ветеранів війни* також успішно функціонує *Центр реабілітації учасників АТО* [125]. Для надання психологічної допомоги воїнам АТО функціонують кабінет психотерапії для індивідуальних занять та кабінет психологічного розвантаження. Усі бійці обов'язково отримують консультацію психолога і займаються з психотерапевтом. Психолог заносить свої спостереження до спеціально розробленої *карти супроводу хворого*. У Центрі працює *телефон довіри*, за яким бійці зможуть отримати необхідну психологічну допомогу від спеціалістів. Фахівці Центру активно співпрацюють з *Інститутом психології ім. Г.С. Костюка НАПН України* та з *навчальним центром Державної прикордонної служби «Оршанець»* поблизу Черкас. В навчальному центрі є військові психологи, які орієнтовані на екстремальні події, мають величезний досвід роботи з бійцями: коли їхні військові брали участь у БД, разом із ними на бойові позиції виїжджали і психологи. Фахівці навчального центру проводять семінари для спеціалістів психологічної служби госпіталю та круглі столи за участю бійців центру і пацієнтів госпіталю.

Крім того, в *Черкаській області* діє мережа із 15 медико-психологічних кабінетів на базі лікувально-профілактичних закладів; в закладах охорони здоров'я області працює 33 медичних та практичних психолога. Учасники АТО та члени їх родин можуть отримати медико-психологічну допомогу в *Обласному центрі медичної та практичної психології* (на базі Черкаської обласної психіатричної лікарні), *Обласному центрі психотерапії та медико-психологічної реабілітації* (на базі Черкаського обласного психоневрологічного диспансеру), *Обласному центрі медико-психологічної реабілітації для наркозалежних* (на базі Черкаського обласного наркологічного диспансеру), у *відділенні відновного лікування* (на базі Черкаської обласної лікарні).

У *Чернівецькому регіональному центрі медичної реабілітації для учасників та постраждалих під час АТО* учасниками АТО, які проходять лікування у стаціонарних відділеннях госпіталю, опікуються учасники БД в Афганістані, які також лікуються в госпіталі та добре знають психологічні потреби учасників АТО [172].

У *Луцьку* при *обласному госпіталі для ветеранів війни* з жовтня 2014 р. функціонує *Реабілітаційний центр з надання медико-психологічної*



**допомоги** військовим, які повернулися із зони АТО[169]. До процесу створення такого центру долучилися профільні департаменти ОДА, медики і волонтери. Психологічна реабілітація та психотерапія здійснюється силами психологів обласних психіатричної лікарні та наркологічного диспансеру. Планується ввести штатних психологів. Проводяться індивідуальні, групові психологічні бесіди та тренінги, семінари-навчання з надання психологічної допомоги учасникам АТО та членам їхніх родин.

В **Закарпатському обласному госпіталі ветеранів війни та учасників ЛНА на ЧАЕС** для надання психолого-психіатричної допомоги учасникам АТО та реабілітації психологічно травмованих військових виділено 2 палати, кожна на 5 ліжок, тобто є можливість реабілітації 10 осіб на місяць. Тут працюють психологи, психотерапевти, консультанти психотерапевтичних напрямів, які надають практичну психологічну допомогу, підтримують і супроводжують військовослужбовців та їхні сім'ї. Функціонує «гаряча телефонна лінія», куди можуть звертатися бійці та члени їх родин [209].

В **Ужгороді** створений **Центр соціально-психологічної реабілітації**, де можна отримати консультації, групову психотерапію. Також створюються центри психологічних служб у кожному райцентрі (**Береговому, Чопі, Перечині** та ін.). Крім того, на базі обласної психіатричної лікарні м. Берегового планується створити *спеціалізовану психіатричну ВЛК* [181].

На базі **військового госпіталю в Мукачевому** ведеться психологічна робота з військовими, які повернулися з АТО й перебувають на стаціонарному лікуванні. Двічі на тиждень формується виїзна бригада фахівців (психологів, психотерапевтів), які надають допомогу пацієнтам терапевтичного та хірургічного відділень госпіталю [177].

На базі **Чернігівської обласної психоневрологічної лікарні** створений **Центр психологічної реабілітації і лікування учасників АТО**, де функціонує *Служба психологічно-соціального відновлення* цього контингенту осіб[200]. Тут працюють 5 кваліфікованих психологів. Психологічно-соціальне відновлення проводиться за 5-ма напрямками: тілесно-орієнтована терапія, арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія, консультування родин воїнів АТО щодо необхідності психологічної підтримки та особливостей стану ПТСР. Заняття проходять як у формі індивідуальної консультації, так і в груповій роботі. Система лікувально-реабілітаційних заходів для учасників АТО має комплексний характер і містить у собі психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну та немедикаментозну терапію.

При всіх районних поліклініках **Харківської області** працюють групи психологів, створюються кабінети психологічної допомоги демобілізованим і пораненим бійцям АТО в усіх поліклініках та стаціонарах.

В *Одеській області* мають можливість надавати послуги з психологічної реабілітації учасників АТО Одеський обласний госпіталь ветеранів війни, Одеський Обласний Центр психічного здоров'я, Одеський обласний центр професійної реабілітації інвалідів «Стратегія життя», Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, клінічний санаторій «Лермонтовський» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця».

У *Військово-медичному клінічному центрі професійної патології військовослужбовців Збройних Сил України* (м. Ірпінь, Київська область) відкритий перший в Україні **Центр психофізичної реабілітації для постраждалих в АТО** [148]. Тут створено кабінети психофізичного впливу та психотерапії з використанням технології аудіовізуальної стимуляції, кабінет ерготерапії, де поранені бійці під керівництвом інструктора відновлюють звичні побутові функції, та кабінет інтерактивної мультимедійної системи реабілітації IREX, аналогів якій немає в усій Східній Європі. В основу проекту покладено досвід *ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»* та провідних північноамериканських та європейських реабілітаційних центрів для ветеранів збройних конфліктів, який має визначити найбільш ефективні механізми психофізіологічної реабілітації.

У 2015 році у Державному бюджеті на здійснення психологічної реабілітації постраждалих учасників АТО були передбачені кошти за бюджетною програмою «Заходи з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції» (у сумі 49997,2 тис. грн.). Механізм їх використання визначено *постановою Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 221 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції»*. На виконання п. 7 Порядку з метою визначення критеріїв відбору реабілітаційних установ, що планують надавати послуги з психологічної реабілітації постраждалим учасникам АТО, наказом *Державної служби у справах ветеранів війни та учасників АТО від 08.05.2015 №31* створена *Міжвідомча комісія з питань організації психологічної реабілітації постраждалих учасників АТО*, до складу якої включено представників відповідного профілю МОЗ України, Міноборони, Мінсоцполітики, Національної гвардії, представників інших державних органів, наукових установ та громадських організацій. Закупівля послуг із здійснення реабілітаційних заходів здійснюється Службою в порядку, визначеному Законом України «Про здійснення державних закупівель».

Заходи щодо психологічної реабілітації постраждалих учасників АТО необхідно проводити в кожному регіоні. Центри психологічної реабілітації потрібні в усіх регіонах, звідки здійснювали призов у зону АТО.

З метою навчання неврологів, психотерапевтів, психологів, наркологів, які працюватимуть у реабілітаційних центрах, залучено спеціалістів *Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України*, які на базі своїх наукових досліджень розробили спеціальні методичні рекомендації з діагностики та комплексної терапії ПТСР у демобілізованих бійців [46, 57, 113].

У відповідності з *Наказом МОЗ України № 951 від 11.12.2014 р.* «Про затвердження складу мультидисциплінарних робочих груп з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини у 2014-2015 роках» розробляються (в тому числі) і стандарти з надання допомоги при ПТСР.

Загалом, на сьогодні в Україні розроблено *доктрину надання допомоги пацієнтам, які перенесли екстремальні події* [112]. В запропонованих методиках психіатрична допомога – лише мала дешиця загального комплексу. Основне ж навантаження припадає на фахівців медико-психологічної, санаторно-курортної та інших служб. А лікарі-психіатри повинні підключатися тільки в момент діагностики і тільки у випадках екстремальних ситуацій. Усе інше можуть зробити лікарі-неврологи, лікарі-психологи, терапевти, сімейні лікарі.

Психосоматичні пацієнти, кількість яких значно зростає, до психіатра, як правило, не звертаються або звертаються в останню чергу. Тому кардіолог, невролог, гастроентеролог, сімейний лікар, виявивши в анамнезі життя пацієнта вказівки на перенесений ПТСР, повинен направити його до психіатра або медичного психолога, пояснивши важливість усунення наслідків психічної травми в успішному лікуванні соматичного захворювання, з приводу якого хворий звернувся за медичною допомогою. Існує необхідно в створенні методичних рекомендацій щодо того, хто і як має займатися цією проблематикою.

Українські фахівці вивчають досвід країн *Північно-Атлантичного альянсу*, які значну увагу приділяють наданню психологічної допомоги військовослужбовцям, особливо в умовах БД. Наші спеціалісти готові використовувати досвід *Ізраїлю* у відновленні працездатності, соціальної адаптації та бойової здатності демобілізованих і солдат, які брали участь у БД [124]. Адже, по суті, Ізраїль живе у режимі «постійного АТО», у них є багаторічний та надзвичайно важливий досвід з вирішення цих проблем. Терапія військовослужбовців в цій державі затверджена як частина національної системи охорони здоров'я, в армії солдата із ПТСР повертають до військової діяльності за кілька днів. Ізраїльські фахівці навчатимуть наших лікарів та психологів, як це організувати.

Відбуваються *тренінги для психологів*. Так, в Києві періодично проходять організовані за сприяння фонду «*Корпус миру*» заняття для тренерів-

психологів, що спеціалізуються на лікуванні ПТСР. З учасниками семінару працюють команда досвідчених лекторів на чолі із **Френком П'юселиком**, доктором психології, ветераном В'єтнамської війни, одним із співзасновників нейролінгвістичного програмування (НЛП). Це є початком створення єдиної системи кваліфікованих тренерів-психологів, які повернуться в свої регіони, де тренуватимуть соціальних працівників та осіб, які будуть безпосередньо контактувати з пораненими бійцями та сім'ями загиблих [116].

Потрібно зробити поглиблений епідеміологічний аналіз бази даних військовослужбовців, постраждалих від гострої реакції на стрес, з тим, щоб виявити закономірності, які будуть використовуватися для подальшого удосконалення надання медичної допомоги таким хворим.

На сьогодні база даних **Головного військового клінічного госпіталю** Міністерства оборони України налічує 10 тис. постраждалих [186]. На жаль, це ще не остаточна кількість, 22% постраждалих вимушено звільнили з лав ЗС України через те, що патологія, яка в них розвилася, була несумісною з подальшим проходженням служби [77].

Моніторинг усіх бійців АТО, які звільнилися зі Збройних Сил України, має проводитися на рівні районних військкоматів з подальшим направленням на лікування, реабілітацію, а також із забезпеченням динамічного спостереження за ними та членами їхніх сімей. Це допоможе знизити рівень захворюваності, зменшити кількість кримінальних злочинів та вирішити наркологічні проблеми, які, на жаль, є нерідкими у військових, що перебувають у зоні АТО. Крім того, слід запропонувати систему комплексних заходів щодо психофізіологічного відбору серед військовослужбовців.

Психологічна робота із військовослужбовцями не повинна обмежуватися лише пораненими бійцями у військових госпіталях. Реабілітаційні заходи є більш ефективними при наявності соціальної підтримки з боку суспільства (і, що особливо важливо, з боку групи найбільш близьких людей), відновлення колишнього соціального статусу (або його збереження, якщо він був порушений), надання можливості забезпечити собі міцне матеріальне становище.

**Європейська модель психологічної підготовки військових та їх реабілітації** [165] становить собою *алгоритм*, що включає:

- 1) психологічну підготовку військовослужбовців під час їх навчання на тренувальних базах;
- 2) супровід та роботу із військовими безпосередньо під час БД. Від цієї складової часто залежать не лише успішність військової операції, а й життя самих бійців;
- 3) психологічну допомогу пораненим та членам їх сімей під час лікування та подальшої реабілітації;

4) роботу із членами родин загиблих військовослужбовців.

Штатні структури для здійснення психологічної реабілітації необхідно привести у відповідність з потребою в ній різних категорій постраждалих, в т.ч. поранених, контужених і пацієнтів із соматичними захворюваннями, для цього включити до штатного розкладу госпіталів ветеранів, реабілітаційних центрів та відділень посади медичні психологів та психотерапевтів.

На сьогодні із 20 тис. психологів, які є нині в Україні, більшість не мають медичної освіти [185]. Для допомоги постраждалим потрібні медичні психологи, а на їх підготовку немає державного замовлення. Необхідно доповнити *Класифікатор професій медичних працівників* посадами психологів, виробити кваліфікаційні вимоги до фахівців-психологів, чітко визначити, хто може проводити психокорекцію та психореабілітацію.

У психологічній реабілітації військовослужбовців, що постраждали під час БД, зараз постала проблема налагодження *міжсекторальної взаємодії* медичних закладів різного підпорядкування (МОЗ, Міноборони, МВС, СБУ та інших відомств) [117]. В якості основних кроків щодо цього можна назвати організацію системи надання спеціалізованої допомоги шляхом використання існуючих та створення нових структурно-організаційних форм (відділень кризової допомоги, реабілітаційних центрів, відділень неврозів, телефонів довіри і т. д.); поліпшення кадрового забезпечення за рахунок введення ставок практичних психологів, лікарів-психологів та соціальних працівників; залучення громадських організацій та волонтерів; підвищення якості підготовки фахівців.

У ЗС України нині формується повноцінна *психологічна служба*, яка займатиметься підготовкою та реабілітацією військовослужбовців, задіяних у проведенні АТО. Вона матиме багаторівневу структуру і охоплювати всі регіони України. Якщо зараз в різних регіонах щодня працює 11-12 груп психологічного забезпечення (з них 2 групи – безпосередньо в зоні АТО), то після формування нової структури їх буде вже близько 24. Формуватися служба буде з числа тих офіцерів-психологів і офіцерів по роботі з особовим складом, які набули досвіду такої роботи в АТО [98].

До проведення заходів із психологічного відновлення особового складу, роботі з сім'ями загиблих військовослужбовців і пораненими долучаються *громадські організації* та *волонтери*, які на добровільних засадах вже багато зробили і продовжують надавати істотну психологічну підтримку і допомогу бійцям АТО.

Можна навести приклад *ГО «Асоціація фахівців подолання кризових станів»* – організації волонтерського руху психологів, психотерапевтів, психіатрів задля психологічної допомоги верствам населення, що перебувають в кризовій ситуації (учасники АТО, їх сім'ї, сім'ї загиблих на Майдані та

учасників АТО, поранені під час участі в АТО, сім'ї зі Сходу та з АР Крим). Ініціатива почала своє існування з грудня 2013 року як *Психологічна служба Майдану*. Сьогодні тут об'єдналися понад 400 фахівців з усієї України. Організація працює в 19 областях України. Вона надає підтримку Міністерству оборони України, Міністерству соціальної політики, Міністерству внутрішніх справ, Департаменту надзвичайних ситуацій, передаючи свій практичний досвід в форматі навчання по всій Україні, допомагаючи здійснювати надання кризової психологічної допомоги. Планується надалі розвивати та поширювати діяльність, створювати заходи для повноцінної соціально-психологічної реабілітації військових-учасників АТО [202].

У *Києві* зусиллями групи волонтерів (фізіотерапевтів, реабілітологів та психологів) створено центр *післятравматичної реабілітації воїнів АТО* [197]. Тут комплексно (фізично й психологічно) реабілітують бійців, поранених під час БД. Фахівці сприяють відновленню психіки бійців, привчають звикнути до нової – протезованої – кінцівки чи до її відсутності. Центр планує організувати поїздки психологів на Схід України, тому що нині там психологічна допомога дуже потрібна.

Звісно, примусити когось проходити реабілітацію не можна, але є зрозумілим, що людина повертається із зони військових дій розбалансована, що може ускладнити їй адаптацію у мирне життя і викликати багато соціальних проблем. Є проект закону, який зробить психологічну реабілітацію бійців, що пройшли АТО, обов'язковою. Зараз у Верховній Раді в комітеті з питань національної безпеки і оборони знаходиться законопроект у другому читанні № 2686, який визначає внесення змін до *Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»*, про зобов'язання військовослужбовців після виконання завдань в екстремальних, бойових умовах до проходження медико-психологічної реабілітації на безкоштовних умовах [185].

#### **2.2.5.6. Складності соціально-психологічної адаптації інвалідів локальних військових конфліктів та шляхи їх подолання**

Серед актуальних психологічних проблем інвалідності насамперед слід виділити проблему *соціально-психологічної адаптації інваліда*. Рівень такої адаптованості відноситься до числа найбільш інтегративних характеристик, перш за все і більш за все пов'язаних зі змінами в соціальній позиції людини, яка отримала інвалідність [40]. Тому визначення цього рівня повинно бути обов'язковою складовою частиною комплексу експертно-діагностичного дослідження при роботі з інвалідами.

Різні форми *соціальної дезадаптації* має високий відсоток учасників БД, у яких розвився ПТСР. Фахівці, які досліджували процес переходу до мирного

життя у учасників БД в Афганістані [99, 111], вважають, що для полегшення реадaptaції особистості головну роль відіграють заходи психологічної реабілітації, оскільки спроби використання тільки медичних засобів приречені на невдачу.

*Ольшанський Д.В.* [99] пояснює складність процесу реадaptaції тим, що суб'єкт в цьому випадку потрапляє в соціум, що не зазнав екстремального впливу, і немовби змушений наодинці пристосовуватися до цього соціального оточення, яке не бере участі в його долі, в той час, як в екстремальних умовах адаптація завжди колективна. Особистість, що успішно подолала екстремальну ситуацію, має підставу для формування високої самооцінки, дорожить своїми кращими якостями – мужністю, сміливістю, здатністю до самопожертви і т.п. Але у звичайному житті, в якому їх необхідність зустрічається набагато рідше, вона стикається з проблемою відмови від своїх кращих проявів, оцінює її як особистісний регрес і внутрішньо чинить опір цьому. Це обумовлює зростання потреби в самоствердженні, яка стає домінуючою і не виправдовує енергетичних витрат. У будь-якій ситуації суб'єкт намагається підтвердити високу самооцінку, що часто зустрічає нерозуміння з боку оточуючих. Самостійно впоратися із зазначеними суперечностями вдається вкрай рідко. Успіху можна домогтися лише засобами психологічної реабілітації при спільній діяльності психолога і самої людини.

*Поповим В.Є.* [111] запропоновано **схему (алгоритм) психологічної діагностики особистості після екстремальних умов**, яка дозволяє визначити характер реадaptaції і встановити ступінь і характер психологічної підтримки, необхідної тій чи іншій людині. Схема передбачає, що, якщо була *екстремальність*, то необхідно визначити – чи відбулася *адаптація* до неї (*так, ні, частково*). В залежності від цього обирається реабілітаційна тактика: активна психологічна допомога (активний психотерапевтичний вплив), ізоляція від екстремальності, психологічна підготовка до зміни діяльності, формування прийнятних навичок спілкування і поведінки, допомога в розвитку творчих здібностей, підтримуючі психологічні заходи тощо.

Стан тривалої дезадаптації ускладнює психологічну реабілітацію і робить її малоефективною, що пояснюється рядом *причин*.

*По-перше*, з'являються масивні психосоматичні розлади, увага зміщується на сферу здоров'я. Формується установка на те, що тільки медицина може допомогти. Суб'єкт займає пасивну позицію, що дозволяє зберегти почуття власної гідності. У цей час психологу важко налагодити контакт.

*По-друге*, закріплюються захисно-адаптивні форми поведінки (рухове збудження і адаптивність, агресія, апатія і безпорадність, психічна регресія, активність уяви, втеча від дезадаптуючої ситуації, алкоголізм, наркоманія).

*По-третє*, вина за невдачі перекладається на соціальне оточення,

формується негативна позиція по відношенню до соціуму і опір спробам переконати екстремальну особистість «*стати таким, як усі*».

Все це вимагає особливого підходу у психологічній реабілітації: потрібно створити умови для звільнення психіки від явищ дезадаптації та для саморозкриття життєвих перспектив особистості.

Іншим, не менш важливим напрямком психологічної реабілітації є *корекція труднощів спілкування* у колишніх учасників БД. Порушення комунікативної діяльності відзначені багатьма дослідниками [35, 63, 111, 123].

Детермінантами труднощів спілкування у ветеранів військової служби є як фактори, *універсальні для різних соціальних груп* (індивідуальні психологічні особливості, рівень компетентності в спілкуванні суб'єкта, комунікативні стани ветерана і його партнерів, предмет і ситуація спілкування тощо), так і *специфічні для даної соціальної групи* (ПТСР, негативне ставлення партнерів по спілкуванню до ветерана, нерозуміння партнерами почуттів і переживань ветерана або небажання їх зрозуміти та ін.).

Для корекції труднощів спілкування *Абдурахманов Р.А.* [35] запропонував методика – *тренінг спілкування*, що складається з 12 циклів. Методика спрямована на допомогу ветеранам у зміні тих особливостей їх комунікативної діяльності, які перешкоджають ефективному спілкуванню з іншими людьми.

*Основними її принципами є наступні:*

- орієнтація психологічного впливу на конкретну особистість з її системою відносин до себе, свого минулого, сьогодення та майбутнього; сенсу життя, оточуючих людей, до світу в цілому; індивідуально-психологічними особливостями, визначеними рівнем розвитку і актуальними труднощами в спілкуванні;
- врахування у процесі психологічного впливу системи діяльностей особистості, реалізацію психокорекції у формі спільної діяльності, в процесі якої особистість самореалізується як активний суб'єкт комунікативної діяльності;
- облік обумовленості труднощів спілкування системою взаємопов'язаних психологічних змінних, здійснення психологічного впливу на психічні явища, які проявляються на усвідомлюваному і неусвідомлюваному рівні, в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах;
- врахування у процесі психокорекції ролі минулого і актуального життєвого досвіду ветерана, майбутніх подій в появі існуючих у нього труднощів спілкування;
- гнучке застосування різних форм і методів психологічного впливу.

*Березовець В.В.* [43] вважає заходи психологічної реабілітації недостатніми для роботи з учасниками БД для успішної реадaptaції цих людей до звичайного життя. Він пропонує свою *модель соціально-психологічної*



**реабілітації** і включає в неї 3 основні розділи: 1) робота, спрямована на подолання дії факторів ПТСР; 2) розробка заходів, спрямованих на соціально-психологічну адаптацію до умов звичайного життя; 3) розробка системи заходів, спрямованих на найближче оточення і на соціум в цілому.

Аналіз форм і змісту соціально-психологічної реабілітації дозволило автору виділити **основні сфери і напрямки в організації реабілітаційних заходів:**

1) *організація спеціального мікросередовища спілкування.* Особливо важливо це на початкових стадіях реабілітаційного процесу, коли відбувається різкий перехід від «війни» до «миру» і ветеран не має необхідного психологічного ресурсу для швидкої перебудови;

2) *проведення соціально-психологічних тренінгів спілкування та поведінкових тренінгів,* що відновлюють внутрішньоособистісну гармонію і дають нові психологічні засоби для спілкування і поведінки в соціумі;

3) *екзистенційна терапія* – корекція життєвих орієнтирів, включення людини в нові життєві контексти;

4) *організація та проведення спеціальної психологічної роботи з сім'ями* у вигляді тренінгів груп спілкування;

5) *формування позитивного образу колишніх військовослужбовців в масовій свідомості,* позитивне ставлення до них нівелює дію вторинних стресових факторів, усуває відчуження між ними.

Детально на особливостях соціальної реабілітації акцентована увага в розділі 2.3.

*Таким чином,* проблема психофізіологічної реабілітації учасників АТО, в т.ч. тих, які стали інвалідами, на сьогодні набула значних масштабів і потребує додаткових наукових узагальнень і комплексного вирішення, адже її масштаби досі до кінця не усвідомлені.

### **2.3. Соціальна реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО**

Наукові дослідження [9, 50, 51,62, 83, 93, 95,126, 127, 131, 191]показали, що проблеми, з якими колишні військовослужбовці, учасники локальних військових конфліктів (ЛВК) та інваліди бойових дій (БД) стикаються щодня – соціальні(низький соціальний статус, незатребуваність, відчуженість в сім'ї і суспільстві, незадоволеність житловими умовами, характером та умовами праці тощо). Тому даний компонент в ланцюгу медичних, психологічних та інших проблем є одним з найважливіших.

При цьому виявлено також, що всі показники задоволеності інвалідів внаслідок БД і військової травми нижче, ніж відповідні показники у осіб, звільнених з військової служби. Отже, основну увагу необхідно приділити такій категорії, як інваліди внаслідок БД і військової травми [93].

Враховуючи роль соціальних факторів у виникненні інвалідності, провідним напрямком соціальної політики щодо інвалідів визначена *комплексна реабілітація*, яка полягає у відновленні здібностей людини до побутової, суспільної та професійної діяльності на рівні, що відповідає її фізичному, психологічному та соціальному потенціалу. Однією із складових комплексної реабілітації є *соціальна реабілітація*.

### 2.3.1. Основні поняття соціальної реабілітації

**Соціальна реабілітація** – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-побутової адаптації та соціально-середовищної орієнтації, соціального обслуговування задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

Перелік основних заходів у галузі соціальної реабілітації інвалідів визначений Положенням про ППР інваліда (затвердженим *Постановою КМУ від 23 травня 2007 р. № 757*).

Згідно з ППР, послугами з **соціально-побутової адаптації**, які повинні надаватись інваліду, є навчання основним соціальним навичкам, пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень, соціально-побутовий патронаж, працетерапія.

Проте, соціально-середовищна орієнтація в ППР не передбачена, але вона має велике значення для соціалізації учасників бойових дій.

**Соціально-середовищна орієнтація** передбачає юридичні та правові консультації інвалідів з питань, пов'язаних з різними напрямками реабілітації; корекцію рівня соціально-психологічної адаптації та соціальної інтеграції інвалідів, при необхідності – можливість здійснення психологічної допомоги родині інваліда, для чого можуть використовуватися різні методи індивідуальної, групової та сімейної психотерапії, психологічного консультування, соціально-психологічного тренінгу.

Деякі автори [118, 135] об'єднують ці два види реабілітації щодо учасників БД в комплекс **«соціально-психологічна реадaptaція»**, розуміючи під нею процес організованого поступового психологічного повернення учасників БД з війни і безконфліктного, нетравмуючого вбудовування їх у систему соціальних зв'язків і відносин мирного часу. Соціально-психологічна реадaptaція здійснюється з усіма учасниками БД в цілях профілактики розвитку у них ПТСР, дезадаптації, конфліктів з оточуючими. З урахуванням тривалості взаємин інвалідів війни зі своїми близькими родичами останні також схильні до систематичного стресового впливу, і тому члени сімей інвалідів війни залучаються до соціально-психологічної реадaptaції. Складності соціально-

психологічної адаптації інвалідів ЛВК та шляхи їх подолання вже розглядалися в розділі 2.2.5.6.

Відповідно до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із соціальної та професійної адаптації учасників АТО (крім військовослужбовців, звільнених у запас або відставку), затвердженого *постановою КМУ від 31.03.2015 р. № 179*, поняття **соціальної адаптації учасників АТО** слід трактувати у відповідності до п. 9 Комплексної програми соціальної та професійної адаптації військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, затвердженої *постановою КМУ від 5 серпня 1996 р. № 918*.

Згідно з останнім документом, **соціальна адаптація** колишніх військовослужбовців передбачає:

- працевлаштування колишніх військовослужбовців, які не потребують перепідготовки за новими спеціальностями;
- перепідготовку колишніх військовослужбовців за цивільними спеціальностями і їх працевлаштування;
- співпрацю з громадськими організаціями та фондами, які займаються питаннями соціальної адаптації військовослужбовців.

*Отже*, соціальна адаптація інвалідів військової служби та учасників АТО нероздільно пов'язана з їх професійною реабілітацією.

Соціальна реабілітація тісно стикається з такими розділами соціального захисту як *соціальна робота* і *соціальне обслуговування*.

### **2.3.2. Соціальна робота та її місце в медико-соціальній реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО**

*Соціальна робота* нерідко асоціюється з *соціальним обслуговуванням*. Це пов'язано насамперед зі створенням тер. центрів соціального обслуговування, де основними посадовими особами є *соціальні працівники*. Між тим, поняття «соціальна робота» має більш глибокий зміст, її сутність не обмежується лише соціальним обслуговуванням, а увібрала в себе методи і прийоми, що використовуються психологами, соціологами, психотерапевтами та іншими фахівцями.

**Соціальна робота** – багатогранна цілеспрямована діяльність державних і громадських організацій, окремих осіб з надання допомоги окремій людині або групі осіб, що опинилися в складній ситуації, для реалізації її творчих та інтелектуальних здібностей і створення для цього необхідних умов [130]. У такому підході не робиться акцент на обслуговування, а, навпаки, відбувається «зсув» її на збільшення ступеня самостійності клієнта, формування у нього навичок та вмінь самостійно вирішувати виникаючі проблеми.

*Отже*, соціальна робота заснована на принципі активної участі особи і співробітництві з нею при вирішенні її життєвих проблем.

*Об'єктами діяльності* спеціаліста із соціальної роботи є: 1) *індивід*: хворий, інвалід, біженець, літня людина, безробітний тощо; 2) *сім'я*: що має інваліда, літню людину, неповна та ін.; 3) *колектив*: навчальний, трудовий та ін.; 4) *установи*: лікарні, пансіонати, будинки-інтернати, центри соціального обслуговування, геронтологічні центри, реабілітаційні установи тощо.

Соціальна робота має свої власні *специфічні прийоми*: виявлення осіб, які потребують соціальної підтримки; визначення форм допомоги і видів послуг; соціальна діагностика; консультування; обслуговування; прогнозування та ін.

*Спеціаліст із соціальної роботи* має спеціальну вищу освіту. Він виявляє і враховує на території обслуговування окремих людей або груп осіб, що потребують різних видів і форм соціальної підтримки, і здійснює їх патронаж; встановлює причини труднощів, що виникають у громадян, у т.ч. за місцем проживання, роботи та навчання; визначає характер і обсяг необхідної їм соціальної допомоги; сприяє активізації потенціалу власних можливостей окремої людини, сім'ї чи соціальної групи; сприяє покращенню відносин між окремими людьми і їх оточенням; дає необхідні консультації з різних питань соціального захисту; допомагає в оформленні документів для направлення тих, хто має потребу, на постійне або тимчасове соціальне обслуговування, для опіки та піклування; сприяє у переміщенні до стаціонарних установ органів охорони здоров'я осіб, що цього потребують; координує діяльність різних державних і недержавних організацій та установ з надання допомоги громадянам, що потребують соціальної підтримки; бере участь у роботі з формування соціальної політики, розвитку мережі закладів соціального обслуговування населення.

*Має вміти*: слухати інших цілеспрямовано і з розумінням; збирати інформацію, щоб підготувати соціальну оцінку і звіт; формувати і підтримувати професійні відносини, спрямовані на надання соціальної допомоги; спостерігати і інтерпретувати вербальну і невербальну поведінку, використовуючи знання в області теорії особистості та діагностичні методи; спрямовувати зусилля клієнтів на вирішення їхніх проблем і завойовувати довіру; обговорювати делікатні проблеми з увагою і підтримкою, викликаючи довіру у клієнта; знаходити творчі рішення проблем клієнта; проводити дослідження й інтерпретувати їх результати; бути посередником і вести переговори між конфліктуючими сторонами; забезпечувати зв'язок між різними організаціями; повідомляти про соціальні потреби законодавчим органам, державним, громадським або приватним організаціям, які фінансують діяльність.

*Соціальні працівники*, на відміну від спеціалістів з соціальної роботи, не мають по суті спеціальної освіти, а за вказівкою останніх виконують технічні функції по наданню різних послуг особам з обмеженими можливостями та літнім людям. Соціальні працівники надають *соціально-побутові послуги* вдома або у відділеннях денного перебування в центрах соціального обслуговування. Ці послуги включають купівлю та доставку додому продуктів, медикаментів, води (у сільських умовах), доставку речей в прання, хімчистку та ремонт, оплату комунальних послуг, прибирання житлових приміщень, сприяння в обробці присадибної ділянки, забезпеченні паливом, в приготуванні та прийомі їжі, надання санітарно-гігієнічних послуг, медичної долікарської допомоги (вимірювання температури, накладання гірчичників тощо), допомоги в написанні листів, сприяння в організації протезно-ортопедичної допомоги, в наданні пільг, встановлених чинним законодавством, в отриманні юридичних консультацій тощо. Соціальний працівник працює з людьми, проводить бесіди, спостерігає за життям і побутом своїх підопічних.

*Філософія діяльності соціальних служб* полягає в тім, щоб підтримати ті родини, які потребують сторонньої допомоги, з тих чи інших причин не можуть впоратися із ними самостійно.

При роботі спеціаліста із соціальної роботи з інвалідом військової служби на першому етапі визначається *соціальний статус* інваліда військової служби: вік, загальна і професійна освіта, займана посада, участь в конкретних БД, що може бути необхідно надалі для надання допомоги в реалізації пільг. З'ясовується *сімейний стан* інваліда: наявність, кількість, вік дітей, здоров'я дітей. Уточнюється *статус інваліда в сім'ї* (годувальник, утриманець), потреба у працевлаштуванні (якщо раніше був годувальником). Важливе значення має виявлення внутрішньосімейних стосунків, позиції близьких родичів по відношенню до інваліда. При наявності напруженості сімейних відносин, конфліктних ситуаціях фахівець з соціальної роботи пов'язує сім'ю з психологом, робить акцент на необхідності навчання членів сім'ї правильному ставленню до інваліда (поєднання дбайливих, емоційно-теплих відносин з інвалідом та орієнтації інваліда на активну життєдіяльність, на включення його в діяльнє, реабілітаційне середовище).

В разі відсутності сім'ї фахівець з соціальної роботи пропонує інваліду військової служби різні варіанти послуг в центрі соціального обслуговування (на дому, у відділенні денного перебування).

У ході формування соціального діалогу фахівець з соціальної роботи з'ясовує житлово-побутові умови інваліда військової служби:

- характеристику житла (власний будинок, квартира, кімната в комунальній квартирі, в гуртожитку, зйомна площа тощо);
- поверх помешкання, наявність ліфта;

- впорядкованість житла (опалення, водопостачання, каналізація, газопостачання, телефон та ін.)

Фахівець з соціальної роботи з'ясовує потребу інваліда військової служби в пристосуванні житла (достатня площа для маневрування крісло-коляски, широкі дверні отвори, зняття порогів та ін.), в установці спеціальних опор, поручнів та інших допоміжних пристроїв у ванні, туалеті, що полегшують самообслуговування; в різних допоміжних пристосуваннях для самостійного пересування, приготування і прийому їжі, відкривання дверей, кватирок, підняття предметів з підлоги, самостійного роздягання і одягання одягу і взуття тощо; для інвалідів з сенсорними розладами – потребу в обладнанні квартири спеціальними пристосуваннями, що полегшують сприйняття інформації, спілкування, навчання, трудову діяльність в домашніх умовах, здійснення самообслуговування. Важливою обставиною в здійсненні технології діяльності фахівця з соціальної роботи є з'ясування потреби інваліда військової служби в навчанні користуванню допоміжними пристроями різного призначення.

Має значення також стан середовища життєдіяльності інвалідів військової, оскільки для них повинно бути створене безбар'єрне середовище, що дозволяє їм користуватися всіма об'єктами виробничого, громадського культурно-побутового призначення, медичними та освітніми установами.

Фахівець із соціальної роботи знайомиться зі станом *навколишнього середовища життєдіяльності інваліда*. З'ясовується місцезнаходження помешкання інвалідів по відношенню до життєво важливих об'єктів (поліклініки, реабілітаційного центру тощо), обставини безперешкодного виходу (виїзду на візку) інваліда з дому, можливості його пересування по пішохідних доріжках, підземних переходах по шляху до цих об'єктів, що є особливо важливим для інвалідів з порушеннями функцій ОРА та з патологією зору. Вивчаються стан обладнання підземних переходів пандусами та поручнями, наявність спеціального обладнання на небезпечних для життя пішохідних переходах у вигляді звукової сигналізації для сліпих, спеціального рифленого покриття доріжок на шляху перетину з жвавою трасою, ситуація щодо доступності міського транспорту для інваліда. Після цього робиться *висновок* про потребу інваліда в пристосуванні *навколишнього середовища життєдіяльності* до типу дефекту.

Спеціаліст із соціальної роботи виявляє також потребу інваліда військової служби в допомозі *центру соціального обслуговування* і особливо в конкретних формах: прикріпленні до відділення соціально-побутової допомоги вдома, до відділення денного перебування, або в наданні термінової соціальної допомоги. З'ясовується також, чи є необхідність поміщення інваліда військової служби в будинок-інтернат.

Таким чином, фахівець з соціальної роботи послідовно складає уявлення про соціальний статус інваліда військової служби, про стан соціально-побутової та соціально-середовищної ситуації, про потребу інваліда даної категорії у допоміжних пристроях, в пристосуванні житлово-побутового, містобудівного середовища і транспорту з урахуванням типу дефекту, про потребу в стаціонарній і нестаціонарній соціально-побутовій допомозі та послугах.

Родина *бійця, який знаходиться в АТО*, потребує певної *соціальної підтримки*. У першу чергу, це *інформаційна підтримка*. Є ряд соціальних гарантій, які дає держава. Не кожна родина знає про те, що їй належать деякі преференції, наприклад, субсидія на оплату комунальних платежів, безкоштовне направлення дітей учасників АТО на оздоровлення, за рішенням органів місцевої влади в деяких адміністративних одиницях – матеріальна допомога (наприклад, у Києві родині бійця – 2,5 тис. грн. 1 раз на рік, самому бійцю – до визначних державних свят), проїзний квиток для безкоштовного пересування містом військовослужбовцю, що прибув на ротацію, тощо. *Завдання спеціаліста з соціальної роботи* – інформувати про це родину. Під час мобілізації спеціалісти з соціальної роботи знаходяться у військкоматах разом із мобілізованими і інформують їх про те, що родини можуть звернутися за консультацією з тих чи інших питань до терцентрів соціальних служб.

Також фахівець повинен відвідати родину, зробити комплексну оцінку її потреб, скоординувати можливості всіх державних та недержавних структур на надання допомог такій родині. Для одержання соціальних виплат тим, хто бере участь у БД, Міноборони розробило форму *довідки*, яку видає бійцю військова частина або збройне військо об'єднання, в якому він перебуває [193].

Крім того, родинам учасників АТО допомагають психологічно, здійснюючи *соціально-педагогічний супровід* для дітей, організовуючи школи для дружин та матерів. Адже нерідко після повернення бійця з АТО змінюється його психологічний стан, відношення до тих соціальних ролей, які він виконував у родині раніше (наприклад, забирав дитину із садочка). На фоні цього виникають певні факти непорозуміння, конфлікти в родині, на жаль, інколи доходять до випадків агресії і насильства.

Учасники АТО – це певна специфічна категорія людей, які пройшли надзвичайно потужні випробування. Це переважно чоловіки, і вони не завжди готові до співпраці із спеціалістами соціальних служб. В таких випадках безпосередній контакт фахівців соціальної служби із учасниками АТО допомагає забезпечувати співпрацю з *громадськими організаціями (ГО)* інвалідів та ветеранів військової служби, учасників АТО. ГО готують так званих *модераторів*, які разом із фахівцями соціальних служб організовують групи підтримки учасників АТО, завдяки яким можна більше дізнаватися про

проблематику клієнтів у цьому колі, залучати до них більш ефективно ту чи іншу категорію спеціалістів. Прикладом такої успішної взаємодії може бути співпраця територіальних соціальних служб з **ГО «Київська міська спілка ветеранів АТО»** [193].

Загалом, механізм взаємодії різних відомств з ГО інвалідів військової служби в аспекті реабілітації даного контингенту повинен включати наступні *напрямки*: розвиток законодавчо-нормативної бази з питань медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби; розробку регіональних цільових програм; створення на регіональному рівні громадського органу (ради), що цілеспрямовано займається питаннями інвалідності та профілактики інвалідності, включення до його складу представників ГО; розвиток на регіональному рівні спеціалізованих центрів комплексної реабілітації учасників БД, участь ГО учасників БД в управлінні і роботі центрів; формування на регіональному рівні цільових інвестиційних програм, спрямованих на фінансування та оздоровлення економіки спеціалізованих підприємств; відпрацювання механізму взаємодії ГО інвалідів військової служби та державних установ по реалізації та забезпечення контролю за реалізацією ІПР; створення системи підготовки кадрів для системи реабілітації інвалідів військової служби, включаючи фахівців для ГО інвалідів; розробку послідовної довгострокової інформаційної політики у вирішенні проблем реабілітації інвалідів військової служби, їх ГО, що формує менталітет суспільства щодо інвалідів та учасників БД, забезпечує доступність інформації і підвищує соціальну значимість проблеми [45].

На базі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді створюються **відділення соціальної підтримки** учасників АТО та їх сімей, основним завданням яких є *соціальний супровід* демобілізованих учасників АТО та їх сімей. Тут створені *інформаційно-консультативні пункти*, де можна дізнатись інформацію, як оформити документи, пільги, які їм належать, отримати соціальних послуги, побачити перелік закладів та організацій, що надають медичну, соціальну та психологічну підтримку і допомогу тощо. Працівники відділень визначають потреби цих людей у послугах та психологічній підтримці на етапі адаптації до мирного життя та всебічно допомагають їм у цьому. Крім того, у відділенні бійці мають змогу пройти *соціальну адаптацію*, а саме, *профорієнтаційну діагностику* (визначення знань, вмінь, навичок та інтересів) та за потреби – *професійну переорієнтацію* і направлення до центрів зайнятості. Значна увага приділяється і *психологічній підтримці* учасників АТО та роботі з ПТСР. Спеціалісти проводять діагностику психоемоційного стану, індивідуальні та групові консультації, психологічні тренінги. Створюються *групи взаємодопомоги* серед учасників АТО. Також психологи працюють і з



родинами тих, хто побував на Сході, організують заходи для дітей учасників АТО (патріотичні змагання тощо).

Прикладом такого закладу можна назвати **відділення соціальної підтримки учасників АТО та їх сімей**, який працює на базі Вінницького міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді [175].

**Кіровоградським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді** з метою якісного та своєчасного надання допомоги демобілізованим учасникам АТО та членам їх сімей було розроблено **Соціальний паспорт потреб учасника АТО**. У період з 24 березня по 6 серпня 2015 р. соціальні працівники центру відвідали 896 демобілізованих учасників АТО та їх сім'ї за місцем проживання і уклали відповідні паспорти потреб. У результаті опитування з'ясувалося, що найбільше учасники АТО та члени їх сімей потребують оздоровлення (54,7%), поліпшення житлово-побутових умов (36,4%), працевлаштування (31,4%), медичних послуг (30,7%), сприяння в отриманні земельної ділянки (19,6%). Також демобілізовані потребують правової та психологічної допомоги, отримання статусу учасника АТО та влаштування до закладів освіти. Усі ці потреби було опрацьовано Центрами та направлено до відповідних установ та організацій, у компетенції яких їх вирішення. Є хороші результати у задоволенні потреб з надання медичної, психологічної та правової допомоги. У рамках діяльності спеціалізованого формування **«Мобільний консультаційний пункт соціальної роботи»** працівниками Центру здійснюються виїзди в райони і міста області, де із залученими спеціалістами проводиться консультації демобілізованих учасників АТО. Також розробляється, видається та розповсюджується інформаційно-друкована продукція (буклети, плакати, брошури) [170].

В **Миколаївській області** станом на 14.08.2015 р. налічувалося 1328 демобілізованих учасників АТО, з них інвалідів війни – 38, учасників БД – 805, а також 164 члена сімей загиблих учасників АТО і 29 інвалідів загального захворювання. У Департаменті соціального захисту працюють над створенням програми обліку потреб демобілізованих бійців АТО, яка буде згодом буде наповнюватися автоматично по мірі надходження інформації. На даний момент соціальні працівники мають уявлення про потреби сімей демобілізованих бійців АТО, бо обійшли вже майже 800 родин. Зокрема, сім'ї демобілізованих, як і самі демобілізовані, потребують психологічної підтримки, бійці АТО – працевлаштування, юридичної допомоги, поліпшення житлово-побутових умов, медичної допомоги. З бюджетів міст і районів області виділено 5,393 млн. грн. на реалізацію програм соціального захисту населення для надання соціальної підтримки учасникам АТО та членів їх сімей. В обласному бюджеті на оздоровлення демобілізованих учасників АТО передбачено 2,28 млн. грн. [158].

*Київським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді* розроблені індивідуальні анкети та спільно з громадськими організаціями у часників АТО проводиться їх опитування щодо вивчення потреб, в тому числі соціальної та професійної адаптації [198].

При *Харківському обласному центрі соціальних служб* створений інформаційно-консультативний (ресурсний) пункт, який надає психологічну допомогу демобілізованим воїнам та їх сім'ям.

Соціально-психологічну і правову допомогу учасникам АТО та військовослужбовцям, які звільняються з військової служби, а також членам їхніх сімей та здійснюють 5 центрів соціально-психологічної реабілітації сфери управління *Державної служби України у справах ветеранів та учасників АТО* [204]:

- *Бородянський центр соціально-психологічної реабілітації* населення та його інформування з питань подолання наслідків Чорнобильської катастрофи;
- *Іванківський центр соціально-психологічної реабілітації* населення та його інформування з питань подолання наслідків Чорнобильської катастрофи;
- *Києво-Святошинський центр соціально-психологічної реабілітації* населення та його інформування з питань подолання наслідків Чорнобильської катастрофи;
- *Соціально-психологічний центр* м. Славутича;
- *Центр соціально-психологічної реабілітації* населення та його інформування з питань подолання наслідків Чорнобильської катастрофи.

За ініціативою волонтерів у рамках *проекту «Мирний»* у м. Києві розпочато перший етап будівництва *Міжнародного Центру підготовки спеціалістів з післятравматичної та соціальної реабілітації (International Training Centre on Posttraumatic and Social Rehabilitation)* [183]. Центр буде проводити підготовку спеціалістів для низки запланованих у Проекті до будівництва реабілітаційних центрів для учасників АТО та їх сімей, розробляти комплекси, які створюватимуться по всій Україні та включатимуть у себе 3 інфраструктурні одиниці: *центр медичної та психологічної реабілітації; житловий комплекс* (містечко, що складатиметься з багатоквартирних будинків і котеджних містечок для родин бійців АТО) із повною інфраструктурою (школа, дитсадок, спортивний та торговий комплекс), що дозволить вирішити житлові та соціальні питання; *техно-парк* (власні сільськогосподарські та промислові енергозберігаючі виробництва), що дозволить вирішити проблему працевлаштування за рахунок створення робочих місць. Досягнуті попередні домовленості про перспективи будівництва в 10 регіонах України: м. Київ, Київська, Дніпропетровська, Житомирська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Хмельницька, Чернігівська області.

*Товариством Ветеранів АТО (м. Київ)* та його відокремленим підрозділом *«Інваліди Антитерористичної Операції»* [159] накопичений значний досвід вирішення *соціальних потреб учасників АТО* та розуміння реальних потреб ветеранів та їх родин, в т.ч.: в питаннях документообігу військових частин та батальйонів, проблем із підтвердженням статусу УБД, проблем доступу до якісних медичних послуг та отримання направлень на санаторно-курортне лікування добровольців. Напрацьовано ряд рекомендацій практичного характеру щодо черговості розподілення житла (або земельних ділянок) воїнам АТО, а також порядку підтвердження статусу учасника АТО на рівні місцевих рад.

Одним з завдань Товариства із забезпечення *правового захисту та соціальної підтримки* інвалідів-учасників АТО та їх родин є організація партнерських програм з керівництвом державних органів та органів місцевого самоврядування, компетентних в питаннях захисту прав інвалідів-учасників АТО, громадськими та благодійними організаціями, медичними та реабілітаційними закладами, спрямованих на соціальний захист зазначених категорій осіб, створення реабілітаційних методик та високоефективних реабілітаційних центрів для інвалідів-учасників АТО, надання їм та членам їх родин соціально-правової допомоги.

*Основні напрями проведення правового захисту та соціальної підтримки інвалідів-учасників АТО та їх родин:*

- робота із законодавством, відомчими нормативними актами, що регламентують організацію соціально-правового захисту інвалідів, учасників АТО та учасників БД;
- організація і проведення моніторингу соціально-економічного положення, рівня та якості правового забезпечення, психологічного стану членів сімей, бійців, які були поранені та отримали інвалідність внаслідок участі в АТО;
- виявлення причин і умов, які тягнуть за собою порушення прав і законних інтересів інвалідів-учасників АТО, вжиття заходів із їх усунення;
- надання необхідної оперативної соціально-психологічної підтримки і допомоги інвалідам-учасникам АТО;
- супроводження лікувально-оздоровчих і реабілітаційних заходів;
- організація патронату над самотніми, непрацездатними, малозабезпеченими, членами сімей інвалідів-учасників АТО: доставка продуктів харчування та товарів першої необхідності додому; сприяння в отриманні медичної допомоги, супровід до медичних установ; сприяння в організації надання юридичної допомоги та інших правових послуг; сприяння в забезпеченні паливом і водою.

- взаємодія з органами державної влади, органами місцевого самоврядування, громадськими об'єднаннями та іншими зацікавленими організаціями в цілях використання їх можливостей для надання додаткової соціальної допомоги інвалідам учасникам АТО та їх родинам;
- проведення заходів соціальної адаптації та надання допомоги в працевлаштуванні інвалідів-учасників АТО, у т.ч. організації їх перепідготовки і оволодінні цивільними спеціальностями;
- надання допомоги інвалідам учасникам АТО у поліпшенні житлових умов, влаштуванні дітей до дитячих дошкільних установ, направлення у центри відновної медицини і реабілітації та вирішенні інших соціально-побутових проблем;
- надання безоплатних консультаційно-юридичних та інформаційно-довідкових послуг з соціально-правових питань, передусім, пов'язаних із участю в АТО.

Для забезпечення результативної роботи за вказаними напрямками зусилля членів товариства та волонтерів спрямовані на налагодження соціального діалогу, на тісну взаємодію із відповідними службами й підрозділами районних та обласних державних адміністрацій, органами місцевого самоврядування, громадськими, у т.ч. волонтерськими, організаціями тощо.

До Товариства постійно звертаються учасники АТО, які були поранені та отримали інвалідність внаслідок участі в цій операції, інвалідів, які приймали та продовжують приймати участь в АТО. Більшість з них продовжують допомагати своїм побратимам, стають волонтерами, ведуть активний спосіб життя [159].

Фахівцями соціальних служб успішно використовується також і досвід минулих років, наприклад, досвід роботи *Української Спільноти ветеранів Афганістану* із воїнами-афганцями. Звертають вони увагу і на досвід інших країн. Наприклад, у Ізраїлі, який постійно воює, створена надзвичайно потужна система роботи із військовослужбовцями. Вона починається з того моменту, коли людина призивається до війська. Навіть коли людина перебуває у резерві, держава 1 раз на рік запрошує її на перепідготовку, де має місце соціальний та психологічний блок. Також використовується досвід Америки, Грузії та інших країн [193].

Таким чином, на сьогодні фахівці соціальних служб вже мають уявлення про ту чи іншу модель. Але їх завдання – відпрацювати *національну українську стратегію*. Вона буде відрізнитися від того досвіду, що є в інших країнах.

Як вже зазначалось, соціально-середовищна орієнтація передбачає *юридичні та правові консультації інвалідів* з питань, пов'язаних з різними напрямками реабілітації. В умовах нестачі системної правової допомоги особи, які беруть/брали участь в АТО, не завжди знають куди і як звернутись за

юридичною допомогою для отримання статусу УБД та вирішенні тих чи інших питань пов'язаних із АТО постає питання створення системної дієвої бази для ефективної оптимізації напрацьованих результатів вже існуючих ініціатив. На реалізацію потреб у правовій допомозі, відповідно до змін, внесених до *Закону України «Про безоплатну правову допомогу»* *Законом України «Про прокуратуру»* від 14 жовтня 2014 року, починаючи з 1 липня 2015 року, держава планує забезпечити надання *безоплатної вторинної правової допомоги (БВПД)*. Право на таку допомогу матимуть ветерани війни та особи, на яких поширюється дія закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (учасники БД, інваліди та учасники війни), а також особи, які мають особливі заслуги та особливі трудові заслуги перед Батьківщиною.

В липні 2015 р. *Українською фундацією правової допомоги* спільно з Координаційним центром з надання правової допомоги Міністерства юстиції України та Мережею центрів правової інформації та консультацій за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» започаткований проект «Створення мережі БВПД особам, які беруть/брали участь в АТО та членам їх сімей» [190].

**Порядок отримання послуг з соціальної адаптації:** особа повинна мати посвідчення УБД (інваліда війни або учасника війни) та документ, що підтверджує безпосереднє залучення до виконання завдань АТО в районах її проведення. Таким документом може бути один із нижчезазначених (оригінал або його копія):

- наказ Антитерористичного центру при СБУ або інший документ, який підтверджує залучення особи до виконання завдань АТО в районах її проведення;

- довідка про безпосередню участь особи в АТО, згідно з додатком до *Порядку надання статусу учасника бойових дій* особам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в АТО, забезпеченні її проведення, затвердженого *постановою Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413*;

- рішення відомчої (міжвідомчої) комісії про встановлення особі статусу учасника БД, як такої, що захищала незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брала безпосередню участь в АТО, забезпеченні її проведення.

Відповідно до п. 6 *Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із соціальної та професійної адаптації учасників АТО* (крім військовослужбовців, звільнених у запас або відставку), затвердженого *постановою КМУ від 31.03.2015 р. № 179*, закупівля послуг із соціальної адаптації учасників АТО за рахунок бюджетних коштів здійснюється в установленому законом порядку, а саме – відповідно до вимог *Закону України «Про здійснення державних закупівель»* з урахуванням норм

законів України «Про освіту», «Про професійно-технічну освіту», «Про вищу освіту» та інших нормативно-правових актів у сфері надання освітніх послуг.

Одним з конкретних механізмів реалізації соціальної адаптації є створення *профорієнтаційних консультативних центрів, навчальних центрів для ветеранів та інвалідів.*

Всі перераховані напрями соціальної реабілітації складають цілу систему заходів і повинні здійснюватися в сукупності з економічними та юридичними заходами. Необхідна розробка державної політики в галузі соціального захисту інвалідів-ветеранів та її реалізація на базі відповідної інфраструктури, а також ідеології, яка передбачає формування в суспільній свідомості гуманного ставлення і позитивного образу учасників бойових дій і, тим більше, тих, що стали інвалідами внаслідок цих дій.

### **2.3.3. Соціальний захист інвалідів військової служби та учасників АТО**

*Соціальний захист* – сукупність державних заходів і видатків бюджету, пов'язаних з наданням фінансової допомоги окремим верствам населення, які через незалежні від них причини не мають достатніх для самозабезпечення доходів.

*Соціальний захист учасників АТО* здійснюється державою на підставі законів України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», «Про боротьбу з тероризмом».

Згідно з перерахованими законами, *учасникам АТО надаються* [97, 107, 114]:

- житлово-комунальні пільги;
- грошова допомога;
- транспортні послуги;
- забезпечення житлом;
- виділення земельних ділянок;
- державні позики на будівництво, реконструкцію або капітальний ремонт житла;
- медичне обслуговування;
- соціальне обслуговування.

У разі встановлення **інвалідності внаслідок поранення, контузії, каліцтва, одержаних під час безпосередньої участі в АТО**, забезпечення її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах АТО, держава передбачає соціальний захист таких інвалідів у вищеперерахованих сферах, але в більших обсягах.

#### **1. Пільги на житлово-комунальні послуги:**

- 100% знижка на квартплату.

- 100% знижка плати за житлово-комунальні послуги.
- 100% знижка вартості палива (в межах норм, встановлених для продажу населенню, для осіб, які проживають у будинках, що не мають центрального опалення) і скрапленого балонного газу для побутових потреб в межах середніх норм споживання.

## **2. Пільги на послуги зв'язку:**

- Позачергове безплатне встановлення квартирних телефонів.
- Абонементна плата за користування телефоном встановлюється у розмірі 50% затверджених тарифів.

## **3. Пільги на ремонт житла:**

Позачерговий безплатний капітальний ремонт власних жилих будинків і квартир та першочерговий поточний ремонт жилих будинків і квартир у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

## **4. Пільги на одержання позики на будівництво, реконструкцію або капітальний ремонт житла:**

Одержання позики на будівництво, реконструкцію або капітальний ремонт жилих будинків і подвірних будівель, приєднання їх до інженерних мереж, комунікацій, а також позики на будівництво або придбання дачних будинків і благоустрій садових ділянок з погашенням її протягом 10 років, починаючи з п'ятого року після закінчення будівництва.

## **5. Пільги на забезпечення житлом:**

Позачергове забезпечення житлом осіб, які потребують поліпшення житлових умов, у т.ч. за рахунок жилої площі, що передається міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади, підприємствами та організаціями у розпорядження місцевих рад та державних адміністрацій. Такі особи забезпечуються жилою площею протягом 2-х років з дня взяття на квартирний облік.

**Інвалід війни вважається таким, що потребує поліпшення житлових умов, якщо він:**

- забезпечений жилою площею нижче за рівень, що визначається виконавчими комітетами обласних, Київської міської ради (наприклад, Київ – 7,5 кв. м на людину, Харків – 5,5 кв. м, Львів – 5 кв. м);
- проживає у приміщенні, що не відповідає санітарним і технічним вимогам (встановлюється інженерно-технічними працівниками ЖЕО за участю представників громадськості та підтверджується: актом обстеження стану будинку з відповідним висновком, технічним паспортом жилого будинку з даними про його фізичну зношеність, висновком проектної або науково-

дослідної організації (за необхідності) щодо технічного стану будинку (приміщення) та про неможливість (недоцільність) проведення капремонту, висновком санітарно-епідеміологічної служби щодо відповідності будинку (приміщення) санітарним вимогам);

- хворіє на тяжкі форми деяких хронічних захворювань, у зв'язку з чим не може проживати в комунальній квартирі або в одній кімнаті з членами своєї сім'ї. Перелік захворювань визначено додатком 1 до наказу Міністерства охорони здоров'я УРСР від 08.02.1985 р. № 52;

- проживає у житлі, яке не відповідає вимогам, визначеним висновком МСЕК, і таке житло не може бути пристосованим до його потреб;

- проживає за договором піднайму жилого приміщення в будинках державного або громадського житлового фонду чи за договором найму жилого приміщення в будинках житлово-будівельних кооперативів;

- проживає не менше 5 років за договором найму (оренди) в будинках (квартирах), що належать громадянам на праві приватної власності;

- проживає у гуртожитку;

- які проживають в одній кімнаті по дві і більше сім'ї, незалежно від родинних відносин, або особи різної статі, старші за 9 років, крім подружжя (в тому числі якщо займане ними жиле приміщення складається більш як з однієї кімнати);

- проживає у комунальній чи непорядкованій стосовно умов даного населеного пункту квартирі.

Кабінет Міністрів України *Постановою від 20.05.2015 р. № 348* затвердив Порядок та умови надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на будівництво (придбання) житла для сімей загиблих військовослужбовців, які брали безпосередню участь в АТО, а також для інвалідів I-II групи з числа військовослужбовців, які брали участь у зазначеній операції, та потребують поліпшення житлових умов.

Головним розпорядником коштів субвенції є *Міністерство соціальної політики*, яке розподіляє субвенцію між обласними та Київським міським бюджетами відповідно до інформації про кількість сімей військовослужбовців та інвалідів, що перебувають на обліку громадян, які потребують поліпшення житлових умов, з урахуванням пропозицій, поданих профільними відомствами.

Обсяг субвенції, виділеної Міністерству соціальної політики станом на 2 квітня 2015 р. склав 300 млн. грн., силовим структурам – 1 565 117,7 грн.

Кошти субвенції спрямовуються на придбання житла у прийнятих в експлуатацію новозбудованих житлових будинках (на первинному ринку) та на вторинному ринку для контингентів населення, зазначених в назві даного документу. Житло придбавають за результатами процедур закупівель. Вартість



придбання 1 кв. метра загальної площі має бути найнижчою серед запропонованої учасниками торгів.

Мінсоцполітики здійснює моніторинг процедур закупівлі житла для зазначеної категорії громадян. У разі ж, якщо виявиться певний надлишок коштів, то можливий перерозподіл на надання допомоги інвалідам I та II груп з числа учасників АТО.

На сьогодні виникає досить багато суперечок та колізій щодо постановки на чергу учасників БД, які брали участь в АТО, та членів їх сімей. Це потребує врахування проблемних питань, що виникали в процесі закупівлі та розподілу житла для зазначеної категорії громадян під час реалізації завдань Уряду.

#### **6. Пільги на відведення земельних ділянок:**

- Першочергове відведення земельних ділянок для індивідуального житлового будівництва, садівництва і городництва.
- Виділення земельних ділянок інвалідам із захворюванням опорно-рухового апарату під будівництво гаражів для автомобілів із ручним керуванням поблизу місця проживання інваліда.

#### **7. Пільги на транспортні послуги:**

- Безплатний проїзд усіма видами міського пасажирського транспорту, автомобільним транспортом загального користування в сільській місцевості, а також залізничним і водним транспортом приміського сполучення та автобусами приміських і міжміських маршрутів, у т.ч. внутрішньорайонних, внутрішньо- та міжобласних незалежно від відстані та місця проживання. Це право поширюється і на особу, яка супроводжує інваліда I групи.

- Інвалідам I і II груп надається право безплатного проїзду 1 раз на рік (туди й назад) залізничним, водним, повітряним або міжміським автомобільним транспортом, а особам, які супроводжують інвалідів I групи (не більше одного супроводжуючого), – 50-відсоткова знижка вартості проїзду 1 раз на рік (туди й назад) зазначеними видами транспорту.

- Інвалідам III групи надається право безплатного проїзду один раз на два роки (туди й назад) залізничним, водним, повітряним або міжміським автомобільним транспортом незалежно від наявності залізничного сполучення або проїзду один раз на рік (туди й назад) зазначеними видами транспорту з 50-відсотковою знижкою вартості проїзду.

- Інвалідам війни та особам, які супроводжують у поїздках інвалідів I групи (не більше одного супроводжуючого), надається право користування міжміським транспортом зазначених видів у період з 1 жовтня по 15 травня з 50-відсотковою знижкою вартості проїзду без обмеження кількості поїздок.

#### **8. Переваги, пов'язані з трудовою діяльністю:**

- Використання чергової щорічної відпустки у зручний час, а також одержання додаткової відпустки без збереження заробітної плати строком до 2 тижнів на рік.

- Переважне право на залишення на роботі при скороченні чисельності чи штату працівників у зв'язку зі змінами в організації виробництва і праці та на працевлаштування у разі ліквідації підприємства, установи, організації.

- Позачергове працевлаштування за спеціальністю відповідно до підготовки та висновків МСЕК.

Для того, щоб скористатись першим та другим видом пільг необхідно надати до відділу кадрів копію «Посвідчення інваліда війни».

Для реалізації третьої пільги потрібно надати роботодавцеві разом із документами про освіту та трудовою книжкою висновок МСЕК.

#### **Додаткові гарантії трудових прав працівників-інвалідів:**

- при прийнятті на роботу інвалідів, які направлені відповідно до рекомендації МСЕК, випробувальний строк не встановлюється (ст. 26 КЗпП);

- строковий трудовий договір підлягає достроковому розірванню на вимогу працівника в разі його хвороби або інвалідності, які перешкоджають виконанню роботи за договором (ст. 39 КЗпП);

- робота інвалідів у нічний час, а також залучення інвалідів до надурочних робіт допускається лише за їх згодою і за умови, що це не суперечить медичним рекомендаціям (ст.ст. 55, 63, 172 КЗпП);

- інвалідам I та II груп надається щорічна основна відпустка тривалістю 30 календарних днів, а інвалідам III групи – 26 календарних днів (ст. 6 *Закону України «Про відпустки»*);

- працівник-інвалід має право одержати у перший рік роботи на підприємстві щорічну відпустку повної тривалості у зручний для нього час до закінчення шестимісячного терміну безперервної роботи (ст. 10 *Закону України «Про відпустки»*);

- за бажанням інваліди I і II груп можуть узяти додаткову відпустку без збереження заробітної плати тривалістю до 60 календарних днів, а інваліди III групи – до 30 календарних днів (ст. 25 *Закону України «Про відпустки»*);

- роботодавець зобов'язаний на прохання працівника-інваліда або за вимогами його індивідуальної програми реабілітації встановити йому неповний робочий день або неповний робочий тиждень та створити пільгові умови праці (ст. 172 КЗпП).

#### **9. Грошова допомога:**

- Щорічно до 5 травня інвалідам війни виплачується разова грошова допомога у розмірі, який визначається Кабінетом Міністрів України (у 2015 р.: інвалідам I групи – 2835 грн.; II групи – 2475 грн.; III групи – 2200 грн.).

- Виплата разової грошової допомоги проводиться у відповідному органі соціального захисту населення щорічно до 5 травня через поштові відділення зв'язку за місцем проживання одержувача або через установи уповноважених банків.

#### **10. Медичне обслуговування:**

- Безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів.
- Першочергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів).
- Безплатне забезпечення іншими протезами і протезно-ортопедичними виробами.
- Безплатне забезпечення іншими протезами і протезно-ортопедичними виробами незалежно від встановлення інвалідності.
- Безплатне позачергове щорічне забезпечення санаторно-курортним лікуванням з компенсацією вартості проїзду до санаторно-курортного закладу і назад.
- Щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів.
- Першочергове обслуговування в амбулаторно-поліклінічних закладах та першочергова госпіталізація [114].

#### **Безплатне одержання ліків**

Для безоплатного отримання лікарських засобів необхідно звернутись до державної аптеки, закріпленої за медичним закладом, лікар якого надав рецепт, за місцем проживання особи, і пред'явити «Посвідчення інваліда війни» та відповідний рецепт лікаря.

Якщо особа обслуговується у відомчому медичному закладі, то отримати ліки можна в аптеках, закріплених за таким закладом.

*Постанова КМУ від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»* передбачає безоплатний або пільговий відпуск ліків за рецептами у разі амбулаторного лікування та визначає категорії населення, які мають право на такі пільги, та категорії захворювань, на які поширюються такі пільги.

До однієї з груп населення, якій у разі амбулаторного лікування лікарські засоби за рецептами лікарів відпускаються безоплатно, належать особи, яким передбачено безоплатний відпуск лікарських засобів згідно із *Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»*.

Перелік захворювань, за наявності яких надаються лікарські засоби, визначений *постановою КМУ від 05.09.1996 р. № 1071*.

**Першочергове безплатне зубопротезування (крім протезування з дорогоцінних металів)**

Для того, щоб скористатися зазначеною пільгою, потрібно в державному закладі охорони здоров'я пред'явити «Посвідчення інваліда війни».

**Безплатне забезпечення інвалідів війни іншими протезами і протезно-ортопедичними виробами** – Див. *розділ 2.4*.

**Безплатне забезпечення іншими протезами і протезно-ортопедичними виробами учасників АТО незалежно від встановлення їм інвалідності** – Див. *розділ 2.4*.

**Безплатне позачергове щорічне забезпечення санаторно-курортним лікуванням**

Інваліди війни забезпечуються путівками **позачергово щороку**.

Інваліди війни забезпечуються путівками, відповідно, Міністерством оборони України, МВС, СБУ, центральними органами виконавчої влади, що реалізують державну політику у сферах охорони здоров'я, соціального захисту населення, захисту державного кордону, та іншими органами за місцем перебування інваліда на обліку або за місцем його роботи.

За бажанням інвалідів замість путівки на санаторно-курортне лікування вони можуть 1 раз на 2 роки одержувати грошову компенсацію: інваліди війни I-II груп – у розмірі середньої вартості путівки, інваліди війни III групи – у розмірі 75% середньої вартості путівки. Грошова компенсація надається незалежно від наявності медичного висновку про необхідність санаторно-курортного лікування або медичних протипоказань. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки для інвалідів війни виплачується в порядку і розмірах, визначених постановою КМУ від 17.06.2004 р. № 785.

Надання путівок на санаторно-курортне лікування інвалідам війни здійснюється відповідно до Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчими органами міських рад, затвердженого постановою КМУ від 22.02.2006 р. № 187.

Інваліди мають право вільного вибору санаторно-курортного закладу відповідного профілю лікування, путівки до якого придбані за рахунок коштів державного бюджету.

**Перелік документів та санаторіїв для безкоштовного оздоровлення учасників АТО**

Відповідно до *Постанови Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 200* постраждалі учасники АТО забезпечуються санаторно-курортним лікуванням [206]. Для отримання путівки в цьому році необхідно: стати на облік до УП та СЗН та подати наступні документи:

- заяву;
- медичну довідку лікувальної установи за формою № 070/о;
- копію посвідчення учасника бойових дій або інваліда війни;
- документ, що підтверджує безпосереднє залучення до виконання завдань АТО в районах її проведення.

Таким документом може бути один із нижчезазначених (оригінал або його копія):

- наказ АТЦ при СБУ або інший документ, який підтверджує залучення особи до виконання завдань антитерористичної операції в районах її проведення;
- довідка про безпосередню участь особи в АТО, згідно з додатком 1 або 2 до Порядку надання статусу учасника бойових дій особам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в АТО, забезпеченні її проведення, затвердженого постановою КМУ від 20 серпня 2014 р. № 413;
- рішення відомчої (або міжвідомчої) комісії про встановлення особі статусу УБД, як такої, що захищала незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брала безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення;
- довідка про обставини травми (для осіб, які отримали поранення внаслідок бойових дій в районі проведення антитерористичної операції);
- витяг із протоколу засідання ВЛК про встановлення причинного зв'язку захворювань, поранень, контузій, травм, каліцтв у колишнього військовослужбовця (для осіб, яким встановлено інвалідність);
- копія довідки МСЕК (у разі зазначення обставин травми «у зв'язку з виконанням обов'язків військової служби на території антитерористичної операції»).

Інформація щодо санаторіїв – переможців державних закупівель послуг з санаторно-курортного лікування учасників АТО на 2015 рік представлена у *Додатку б*.

### **Першочергове обслуговування в амбулаторно-поліклінічних закладах та першочергова госпіталізація**

Першочергове обслуговування інвалідів війни у лікувально-профілактичних закладах, аптеках здійснюється незалежно від форми власності

(державних чи приватних). Для реалізації зазначеної пільги необхідно пред'явити «Посвідчення інваліда війни».

### **Щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів**

Для того, щоб скористатися зазначеною пільгою, потрібно в державному закладі охорони здоров'я пред'явити «Посвідчення інваліда війни».

**11. Пільги при сплаті обов'язкових платежів** (податків, зборів, мита та інших платежів до бюджету відповідно до податкового та митного законодавства):

*Інвалід I групи, що успадковує* об'єкти нерухомого або рухомого майна, готівку або кошти, що зберігаються на рахунках спадкодавця, відкритих у банківських і небанківських фінансових установах, у т.ч. депозитні (ощадні), іпотечні сертифікати, сертифікати фонду операцій з нерухомістю, не сплачує податок на доходи фізичних осіб з такої спадщини (застосовується 0% ставка оподаткування).

*Інваліди I та II груп* звільняються від сплати **земельного податку**.

Інваліди, а також особи, що супроводжують інвалідів I групи (не більше одного супроводжуючого), не є платниками **туристичного збору**.

У разі, якщо **розмір доходу не перевищує 1710 грн. на місяць** (для 2015 р.), інвалід I або II групи має право на зменшення суми загального місячного оподаткованого доходу, отримуваного від одного роботодавця у вигляді заробітної плати, на суму податкової соціальної пільги у розмірі, що дорівнює 150% суми податкової соціальної пільги, тобто на 913,5 грн. (у 2015 р.).

### **12. Пільги на забезпечення автомобілями та місцями на автостоянках:**

Позачергове безоплатне забезпечення автомобілем (за наявності медичних показань для забезпечення автомобілем) на термін експлуатації до 10 років (з наступною заміною на новий), виплата компенсації на бензин (пальне), ремонт, технічне обслуговування автомобілів або право на транспортне обслуговування в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Безоплатне паркування та безоплатне зберігання на автостоянках транспортних засобів, що належать інвалідам із ураженням ОРА, членам їх сімей, яким передано право керування автомобілем.

Звільнення від орендної плати за нежилі приміщення, що орендуються інвалідами війни під гаражі для спеціальних засобів пересування (автомобілів, мотоколясок, велоколясок тощо) та безоплатне надання для цих засобів гаражів-стоянок незалежно від їх форми власності.

### **13. Пільги, пов'язані із соціальним обслуговуванням:**

Першочергове обслуговування підприємствами, установами та організаціями служби побуту, громадського харчування, житлово-комунального господарства, міжміського транспорту.

Позачергове влаштування до закладів соціального захисту населення, а також обслуговування службами соціального захисту населення вдома. У разі неможливості здійснення такого обслуговування закладами соціального захисту населення відшкодовуються витрати, пов'язані з доглядом за інвалідом.

Виплата працюючим інвалідам допомоги по тимчасовій непрацездатності та інші виплати.

Виплата допомоги по тимчасовій непрацездатності в розмірі 100% середньої заробітної плати незалежно від стажу роботи.

## **ГРОШОВІ КОМПЕНСАЦІЇ, ПЕРЕДБАЧЕНІ ЗАКОНАМИ**

**Одноразова грошова допомога (ОГД) у разі інвалідності або часткової втрати працездатності** призначається у випадках:

- встановлення інвалідності військовослужбовцю, військовозобов'язаному та резервісту, працівнику міліції;
- часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовцю, військовозобов'язаному та резервісту, працівнику міліції.

### **Правові підстави**

ОГД виплачується відповідно до Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» у порядку, затвердженому *постановою Кабінету Міністрів України від 25.12.2013 р. № 975* «Про затвердження Порядку призначення і виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві», та ст. 23 *Закону України «Про міліцію» у порядку, затвердженому постановою КМУ від 12.05.2007 р. № 707.*

**Розміри обсягу грошової допомоги у випадку інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності:**

- військовослужбовцям, інвалідність яких настала внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), отриманого ними під час військової служби або внаслідок захворювання, пов'язаного з виконанням обов'язків військової служби, у розмірі:

– інвалідам I групи – 250-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;

- інвалідам II групи – 200-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;
- інвалідам III групи – 150-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;
- військовослужбовцям, інвалідність яких настала в період проходження військової служби, або внаслідок захворювання, пов'язаного з проходженням ними військової служби, або встановлення особі, звільненій з військової служби, інвалідності не пізніше ніж через 3 місяці після звільнення її з військової служби чи після закінчення тримісячного строку, але внаслідок захворювання або нещасного випадку, що мали місце в період проходження зазначеної служби, у розмірі:
  - інвалідам I групи – 120-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;
  - інвалідам II групи – 90-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;
  - інвалідам III групи – 70-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;
- працівникам міліції, інвалідність яких настала внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), отриманого ними під час виконання службових обов'язків, а також якщо інвалідність настала в період проходження служби в органах внутрішніх справ або не пізніше ніж через три місяці після звільнення зі служби чи після закінчення цього строку, але внаслідок захворювання або нещасного випадку, що мали місце в період проходження служби в органах внутрішніх справ, у розмірі:
  - інвалідам I групи – 250-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;
  - інвалідам II групи – 200-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;
  - інвалідам III групи – 150-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;
- військовозобов'язаним або резервістам, інвалідність яких настала внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), заподіяного при виконанні обов'язків військової служби або служби у військовому резерві або не пізніше ніж через три місяці після закінчення зборів, проходження служби у військовому резерві, але внаслідок захворювання або нещасного випадку, що мали місце в період проходження цих зборів, служби у військовому резерві, у розмірі:
  - інвалідам I групи – 120-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;



– інвалідам II групи – 90-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;

– інвалідам III групи – 70-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення інвалідності;

• у разі **часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності** розмір ОГД військовослужбовцям залежить від ступеня втрати працездатності, який визначається МСЕК, та встановлюється у відсотках від:

– 70-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення ступеня втрати працездатності – для військовослужбовців, які отримали поранення (контузію, травму або каліцтво) під час виконання ними обов'язків військової служби, що призвело до часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності;

– 50-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення ступеня втрати працездатності – для військовослужбовців строкової служби, які отримали поранення (контузію, травму або каліцтво) у період проходження ними строкової військової служби, що призвело до часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності;

– 50-кратного прожиткового мінімуму для працездатних осіб на дату встановлення ступеня втрати працездатності – для військовозобов'язаних або резервістів, які отримали поранення (контузію, травму або каліцтво) під час виконання обов'язків військової служби або служби у військовому резерві, що призвело до часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності;

• у разі **часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності** розмір ОГД **працівникам міліції** призначається і виплачується у розмірі, визначеному КМУ. При цьому розмір ОГД не повинен бути меншим за 20-кратний прожитковий мінімум, встановлений законом для працездатних осіб, та більшим за 100-кратний прожитковий мінімум, встановлений законом для працездатних осіб. Відповідно до *постанови КМУ від 12.05.2007 р. № 707* розмір ОГД залежить від ступеня втрати працездатності, який визначається МСЕК, та встановлюється у відсотках від розміру річного грошового забезпечення.

## **ПЕНСІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УЧАСНИКІВ АТО**

### **Розміри пенсій по інвалідності**

Пенсії по інвалідності військовослужбовцям призначаються незалежно від тривалості служби.

### **МІНІМАЛЬНИЙ РОЗМІР ПЕНСІЇ ПО ІНВАЛІДНОСТІ:**

• **інвалідам війни** з числа солдатів і матросів строкової служби: I групи – 120 %, II групи – 110 %, III групи – 105 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- **іншим інвалідам** з числа солдатів і матросів строкової служби: I групи – 110 %, II групи – 105 %, III групи – 100 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- **інвалідам з числа сфрейторів (старших солдатів) і сержантів, старших матросів і старшин строкової служби** – 110%, з числа прапорщиків і мічманів, військовослужбовців надстрокової служби та військової служби за контрактом, осіб молодшого начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ, Державної кримінально-виконавчої служби України і державної пожежної охорони – 120%, з числа осіб офіцерського складу та осіб начальницького складу (крім молодшого) органів внутрішніх справ, Державної кримінально-виконавчої служби України і державної пожежної охорони – 130% відповідних мінімальних розмірів пенсій, передбачених для інвалідів з числа солдатів і матросів строкової служби.

### **МІНІМАЛЬНІ ПЕНСІЙНІ ВИПЛАТИ ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ**

(з урахуванням надбавок, підвищень, додаткових пенсій, цільової грошової допомоги, сум індексації та інших доплат до пенсій, крім пенсій за особливі заслуги перед Україною):

- **інвалідам війни:** I групи – 285%, II групи – 255%, III групи – 225% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- **учасникам бойових дій** – 165% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- **інвалідам війни II і III груп та учасникам бойових дій** у період Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр., які досягли 85 років – 285% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

### **ЦІЛЬОВА ДОПОМОГА**

Відповідно до *Закону України «Про поліпшення матеріального становища учасників бойових дій та інвалідів війни»* інвалідам війни та учасникам БД виплачується щомісячна цільова грошова допомога: інвалідам війни I групи – 70 грн., інвалідам війни II і III груп – 50 грн., учасникам БД – 40 грн. Зазначена допомога надається незалежно від розміру пенсій та надбавок, підвищень, додаткової пенсії, цільової грошової допомоги та пенсій за особливі заслуги перед Батьківщиною.

18 березня 2015 р. *Верховною Радою* був прийнятий *Закон № 259-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення окремих питань мобілізації та соціального захисту громадян, які підлягають звільненню з військової служби під час особливого періоду або у зв'язку з оголошенням демобілізації»*. Ним встановлено збереження місця роботи (посади) та середній заробіток на підприємстві чи в установі за працівниками, які під час проходження військової служби отримали поранення (інші ушкодження

здоров'я) та знаходяться на лікуванні у медичних закладах, а також потрапили у полон або визнані безвісно відсутніми. Також надаються додаткові гарантії соціального захисту військовослужбовцям, які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період, щодо порядку надання щорічної відпустки та встановлено гарантії відстрочки від повторного призову протягом 6 місяців у разі проведення часткової мобілізації, процедури призову на військову службу на тих військовозобов'язаних, які були звільнені зі служби у запас після проведення заходів попередньої мобілізації. Винятком може слугувати їхня особиста згода щодо здійснення такого призову.

*Президент України своїм Указом від 18 березня № 150/2015* затвердив додаткові заходи щодо забезпечення вирішення нагальних питань соціального захисту і реабілітації учасників АТО. Як зазначається в документі, Уряд має невідкладно розробити та подати на розгляд Верховної Ради законопроекти про внесення змін до деяких законодавчих актів. Зокрема, щодо надання статусу *учасника БД* особам, які безпосередньо беруть участь в АТО та статусу *учасника війни* особам, котрі забезпечують її проведення. Кабмін також має забезпечити скорочення строків розгляду питання про надання статусу *учасника БД* учасникам АТО та неухильне їх додержання. Ще один законопроект, який мають розробити урядовці, – про посилення відповідальності керівників підприємств, установ, організацій за недодержання вимог законодавства щодо збереження за працівниками, призваними на військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період, місця роботи, посади і виплати заробітку.

Окремо наголошується на визначенні порядку забезпечення житлом сімей учасників БД, які загинули під час проходження служби в районі проведення АТО, у разі потреби поліпшення житлових умов.

Пропонується також внести пропозицію Нацбанку України щодо вжиття заходів зі здійснення контролю за дотриманням фінансовими установами законодавства із забезпечення соціального захисту військовослужбовців-учасників АТО щодо обслуговування ними банківських кредитів.

Кабінет Міністрів спільно з обласними та КМДА також повинні затвердити *Державну цільову програму медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників АТО*, передбачивши побудову співпраці з міжнародними організаціями щодо започаткування нових і продовження реалізації наявних відповідних міжнародних проектів. Відповідні програми мають бути затверджені і на регіональному рівні. Вищезазначені органи влади також мають вжити заходів до запровадження обов'язкового медичного обстеження стану здоров'я демобілізованих учасників АТО, надання їм першочергового санаторно-курортного лікування та забезпечення ТЗР. До реабілітаційного процесу військових у госпіталях для ветеранів війни та

зкладах охорони здоров'я мають залучатися фахівці з фізичної реабілітації. Кабмін також має забезпечити вирішення питання щодо збільшення в цих лікувальних установах норм грошових витрат на харчування та медикаменти у розрахунку на 1 хворого на день.

Крім того, у документі наголошується на необхідності збільшення кількості психологів у закладах охорони здоров'я, які здійснюють реабілітацію учасників АТО, та збільшення, у разі потреби, їх фінансування. Потребує опрацювання і питання створення для надання спеціалізованої психологічної, психіатричної, психотерапевтичної допомоги учасникам АТО регіональних центрів психологічної реабілітації і лікування, служб соціально-психологічного відновлення таких осіб та залучення до цієї роботи кваліфікованих фахівців.

На регіональні і місцеві центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді покладаються завдання щодо організації надання допомоги сім'ям учасників АТО. Зокрема, проведення соціального інспектування таких сімей з метою вивчення їх потреб та визначення видів соціальної допомоги, яких вони потребують, здійснення психолого-педагогічного супроводу дітей шкільного віку із сімей учасників АТО.

Серед невідкладних завдань Уряду і опрацювання питання створення ***Єдиного державного реєстру учасників бойових дій.***

Тримачем реєстру для систематизації даних про потреби учасників АТО в медико-соціальній допомозі визначена ***Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників АТО.*** Слід вести статистику осіб, які беруть/брали участь в АТО, яким необхідна не лише юридична допомога, а і психологічна, а також допомога у працевлаштуванні, протезуванні, реабілітації тощо. Необхідно виробити чіткий механізм взаємодії між юристами, психологами, громадськими організаціями, волонтерами, у наданні вичерпної інформації щодо можливості отримання допомоги особою, яка брала/бере участь в АТО, з тих чи інших питань.

Такий моніторинг(відстеження суб'єктивної інформації протягом тривалого періоду часу)соціально-економічного та правового становища колишніх військовослужбовців (в т. ч. інвалідів внаслідок БД і військової травми) дозволяє проаналізувати наслідки рішень, що приймаються у сфері їх соціального забезпечення та підготувати пропозиції, спрямовані на вдосконалення соціальної політики, здійснюваної відносно розглянутих категорій громадян

Органи влади також мають посилити роботу щодо забезпечення інформаційної підтримки заходів мобілізації та демобілізації; запровадити роботу телефонних «гарячих ліній» для надання консультативної допомоги учасникам АТО та членам їхніх сімей, надання їм відповідних послуг за принципом «*єдиного вікна*», а також соціальних та медичних послуг з виїздом у

місця проживання демобілізованих військовослужбовців; сприяти залученню волонтерів, волонтерських організацій до заходів щодо соціальної реабілітації і адаптації учасників АТО.

*Таким чином*, на сьогодні в Україні створена законодавчо-нормативна база соціальної реабілітації та соціального захисту інвалідів військової служби та учасників АТО. Необхідно спільними зусиллями органам державної влади, місцевого самоврядування, громадському сектору та засобам масової інформації постійно проводити інформаційні компанії з метою роз'яснення прав та соціальних гарантій, а також механізму їх реалізації, особам, які брали/беруть участь в АТО, та членам їх родин.

#### **2.4. Методичні основи забезпечення інвалідів військової служби та учасників АТО технічними засобами реабілітації (ТЗР)**

Державний рівень вирішення проблем інвалідів військової служби в складних соціально-економічних умовах обумовлює певний рівень соціального захисту малозабезпечених громадян, в т.ч. в системі медико-соціальної реабілітації.

Перехід на сучасну концепцію інвалідності, що розглядає людину у всьому різноманітті її соціальних зв'язків, сприятиме все зростаючій потребі інвалідів у технічних засобах як в кількісному, так і якісному відношенні.

Стан правової бази виробництва і забезпечення інвалідів ТЗР безпосередньо впливає на розвиток реабілітаційної індустрії. Більшість нормативних актів, що регулюють надання технічних засобів, стосується питань протезування та забезпечення інвалідів транспортними засобами.

*До технічних та інших засобів реабілітації (ТЗР) належать:*

- протезно-ортопедичні вироби, в тому числі ортопедичне взуття;
- засоби для пересування (зокрема, крісла колісні);
- спеціальні засоби для самообслуговування та догляду (зокрема, наколінники, налокітники, рукавиці на протез, чохли для кукс верхніх та нижніх кінцівок, вкладиші із силіконової або селевої композиції для кукс верхніх та нижніх кінцівок, подушки протипролежневі та інші, крісла-стілці, сидіння на унітаз, сидіння-надставки на унітаз, щипці для туалетного паперу, стільці, табурети, сидіння для ванни та душу, східці, підставки для ванни, умивальники);
- допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому (палиці, милиці, ходуни, поручні);
- меблі та оснащення (зокрема, столи, меблі для сидіння, ліжка, матраци протипролежневі, перила та поручні, брусся, опори);

- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією.

ТЗР є найважливішим компонентом системи медико-соціальної реабілітації інвалідів. Їх значення особливо зростає на етапі пристосування інваліда до складних умов навколишнього середовища при виражених обмеженнях життєдіяльності.

Основною позицією забезпечення інвалідів ТЗР повинні бути їх *медико-функціональна і соціальна адекватність*, які спрямовані на зменшення обмеження життєдіяльності, відновлення здатності до самообслуговування, пересування, навчання, трудової діяльності, соціальної активності.

В залежності від характеру анатомічного дефекту, органічних змін, функціональних розладів реабілітаційні засоби повинні забезпечувати відновлення, компенсацію або заміщення порушених функцій. У той же час вони повинні сприяти реалізації соціального призначення реабілітації.

Функціональна достатність одного або кількох технічних виробів визначається ступенем компенсованості порушеної або втраченої функції організму в результаті ураження опорно-рухової або інших систем. Поліпшення показників життєдіяльності інваліда за допомогою ТЗР, досягнення відносної самостійності є критерієм функціональної достатності.

Умовами для надання технічного засобу в рамках ІПР є його функціональна достатність по компенсації основного дефекту і реальна можливість інваліда використовувати цей засіб. Пріоритетними при наданні ТЗР повинні бути багатофункціональні ТЗР, що дозволяють вирішувати безліч завдань обмежень життєдіяльності та сприяють створенню безбар'єрного середовища проживання для інваліда.

ТЗР виконують різні функції: поліпшення мобільності і стійкості, розвантаження хворого органу або суглоба, фіксація, поліпшення опірності, нормалізація вагових навантажень, полегшення рухів і самообслуговування, збереження зручного положення тощо.

Згідно ІПР для інвалідів передбачені: засоби пересування, спеціальні засоби орієнтування, спілкування та обміну інформацією, спеціальні засоби для освіти і занять трудової діяльністю, протезні вироби, спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар.

Конкретний набір технічних засобів, необхідних для реабілітації інвалідів, в рамках ІПР визначається залежно від *медико-соціальних показань*.

До ТЗР, що полегшують працю і побут інвалідів, відносяться:

- протезно-ортопедичні вироби: протези і ортези для верхніх і нижніх кінцівок, хребта, а також косметичні протези (для очей, носа, вух та ін.);
- одяг (захисний та для «безруких»), ортопедичне взуття;

- засоби пересування (тростини, милиці, ходунки, крісла-коляски, велоколяски, автомобілі та ін.);
- підймальні засоби;
- засоби для догляду, побуту і дозвілля (для приготування їжі та напоїв, ведення домашнього господарства, домашні приладдя, меблі, протипролежневі засоби, відкривачі-закривачі дверей, вікон, особистого догляду та індивідуального захисту, для одягання та роздягання, догляду за шкірою, волоссям і зубами, умивання і купання; конструктивні елементи в будинку (розсувні двері, підйомники), засоби для роботи з продуктами та речами, іграшки та ігри, засоби для фізкультури, спорту і туризму, навчання та праці.

Показання до забезпечення ТЗР визначають фахівці лікувальних закладів та медико-соціальної експертизи.

Доцільність визначення ТЗР повинна ґрунтуватись на «Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів», затверджених постановою КМУ від 5 квітня 2012 р. № 321, показаннях та протипоказаннях до їх призначення, з використанням каталогів технічних засобів реабілітації, які повинні бути на МСЕК на електронному або паперовому носії. Каталог технічних засобів реабілітації є на сайті: <http://naiu.org.ua/useful/katalog-tehnikhnikh-zasobiv-reabilitatsiji/>[162].

### **Забезпечення інвалідів війни технічними та іншими засобами реабілітації**

Безплатне та позачергове забезпечення *інвалідів війни* протезами і протезно-ортопедичними виробами здійснюється відповідно до *Постанови КМУ від 05.04.2012 р. № 321* «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів»[176].

Згідно із зазначеним Порядком, окремим категоріям населення, які мають право на пільги, безоплатно встановлюються та видаються:

- протези верхніх та нижніх кінцівок;
- ортези на верхні та нижні кінцівки;
- ортези на хребет;
- ортопедичне взуття та ортези на стопу;
- засоби пересування (крісла-коляски, палиці, милиці, ходунки тощо);
- допоміжні засоби для особистого догляду і захисту (наколінники, налокітники, пристосування для підтримки кінцівок, чохли та ін.);
- допоміжні засоби для особистої гігієни та самообслуговування (засоби для одягання, захоплювачі, пристосування для утримання інструментів, сидіння для ванни, туалетні стільці тощо).

Інвалідом або його законним представником до органу соціального захисту населення міських та районних державних адміністрацій за зареєстрованим місцем проживання або за місцем фактичного проживання інваліда подається *Перелік необхідних документів*, який включає:

- заяву (за формою, встановленою Мінсоцполітики);
- паспорт (копія та оригінал);
- ідентифікаційний номер (копія та оригінал);
- висновок МСЕК про встановлення інвалідності;
- індивідуальну програму реабілітації (ІПР), оформлену МСЕК;
- довідку з місця роботи, служби або навчання інваліда (для осіб, які працюють, служать, навчаються);
- посвідчення, яке підтверджує право на пільги (для ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і ветеранів державної пожежної охорони).

*Працівники органів соціального захисту населення:*

- надають ґрунтовну консультацію щодо забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;
- знайомлять із каталогами технічних та інших засобів реабілітації;
- знайомлять із відповідним переліком протезно-ортопедичних підприємств, які виконують індивідуальні заявки на **безоплатне** виготовлення технічних та інших засобів реабілітації;
- видають направлення на забезпечення необхідними технічними та іншими засобами реабілітації.

### **Забезпечення учасників АТО технічними та іншими засобами реабілітації**

Держава орієнтована на надання реабілітаційних послуг постраждалим учасникам АТО саме **в Україні**. Для цього вона гарантує **безоплатне та позачергове** забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, **незалежно від установаження їм інвалідності**. Протезування відбувається за умови, якщо в учасників АТО є медичні показання для забезпечення засобами реабілітації (на підставі рішень військово-лікарських комісій (ВЛК) чи висновків лікарсько-консультативних комісій (ЛКК) лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) [104].

В грудні 2014 р. уряд полегшив **порядок отримання протезів** для учасників АТО. Тепер для протезування не треба проходити МСЕК, досить лише довідки лікаря з госпіталю, де перебуває поранений [161].

Для отримання технічних та інших засобів реабілітації учасник АТО або його законний представник подає до органу соціального захисту населення міських та районних державних адміністрацій за зареєстрованим місцем



проживання або за місцем фактичного проживання учасника АТО наступний *Перелік необхідних документів*:

- заяву (за формою, встановленою Мінсоцполітики);
- паспорт (копія та оригінал);
- ідентифікаційний номер (копія та оригінал);
- рішення ВЛК чи висновок ВКК для постраждалих внаслідок АТО, яким не встановлено інвалідність;
- витяг з наказу командира військової частини (начальника територіального підрозділу) або довідка про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва), видана командиром військової частини (начальником територіального підрозділу), з відомостями про участь в АТО (для учасників АТО, яким не встановлено інвалідність);
- довідку з місця роботи (для працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися та безпосередньо брали участь в АТО в районах її проведення, яким не встановлено інвалідність);
- посвідчення, яке підтверджує право на пільги (для ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і ветеранів державної пожежної охорони).

*Працівники органів соціального захисту населення:*

- надають ґрунтовну консультацію щодо забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;
- знайомлять із каталогами технічних та інших засобів реабілітації;
- знайомлять із відповідним переліком протезно-ортопедичних підприємств, які виконують індивідуальні заявки на **безплатне** виготовлення технічних та інших засобів реабілітації;
- видають направлення на забезпечення необхідними технічними та іншими засобами реабілітації.

Учасник АТО за **власним бажанням** обирає протезно-ортопедичне підприємство, на якому буде проведено протезування (ортезування) або забезпечено необхідним ТЗР. На обраному заявником підприємстві буде проведено огляд та подальший супровід із надання протезно-ортопедичної допомоги.

Індивідуальні заявки на безкоштовне виготовлення протезів виконують на 71 протезно-ортопедичному підприємстві, в т.ч. на 15 державних [208]. Усі ці підприємства використовують сертифіковані як вітчизняні, так і іноземні комплектуючі, забезпечують вчорашніх бійців АТО якісними та надійними засобами реабілітації.

В Україні є успішний досвід застосування технологій європейського рівня протезування та реабілітації постраждалих в зоні АТО.

Так, *Український НДІ протезування, протезобудування та відновлення працездатності* займається розробкою нових технічних рішень в протезобудуванні та комплексною реабілітацією інвалідів зі складною патологією ОРА [165]. Сфера його діяльності: розробка та виготовлення конструкцій протезно-ортопедичних виробів; устаткування для біомеханічної оцінки функціональності протезних виробів та контролю якості реабілітації. Тут вперше в Україні створено лабораторію для проведення сертифікаційних випробувань ТЗР. Реабілітаційні заходи здійснюються у клініці за індивідуальними програмами. Фахівці інституту вивчають зарубіжний досвід, зокрема, напрацювання *Центру реабілітації Чикаго*, який спеціалізується на допомозі пацієнтам з ампутаційними дефектами, спинальною травмою, та має ефективні методики.

В липні 2014 р. Верховна Рада прийняла відповідні зміни до законодавства, якими врегулювала питання реабілітації поранених військовослужбовців. Згідно з ним, учасники АТО, які через поранення в зоні бойових дій втратили кінцівки, отримують безкоштовне протезування у *спеціалізованих центрах* при військово-медичних клінічних центрах та військових шпиталях.

*Львівський протезний завод* (Львівське казенне експериментальне підприємство засобів пересування та протезування) працює при Західному військово-медичному клінічному центрі. Завод є одним з 14 подібних підприємств в Україні. Тут використовуються закордонні комплектуючі (від німецької фірми *ОТТОВОСК*), сучасні технології німецьких виробників. Вартість такого українського виробу від 20 до 80 тис. грн. Для учасників АТО протезування та реабілітація у центрі при заводі – безплатно. Також тут здійснюється безкоштовне технічне обслуговування протезів. На заводі є стаціонар для пацієнтів, де навчають користуватися протезом [184].

*Філія Львівського протезного заводу* є у Ковелі (Волинська область). Цех відкрився у 1996 році. Він виготовляє протези за іноземними технологіями, обладнання та технології – європейського зразка, сировина для протезів – з Німеччини. Тут є протезно-ортопедичний цех, де протези виготовляють і ставлять безкоштовно (потрібно лише взяти направлення у травматолога). В цеху працює 4 техніки, функціонує 19 станків. На виготовлення протеза ноги витрачається до 60 годин, а руки – 40 годин. В місяць у середньому робітники виготовляють до 30 протезів. Протези підбирають так, щоб підходили до всіх типів шкіри. Впродовж виготовлення протезу пацієнт перебуває у лікарні [169].

Аналогічні послуги надають Харківське, Дніпропетровське, Київське, КЕПОП та Миколаївське ДЕПОП, також протезно-ортопедична майстерня «Ескулап» м. Луцька; Український центр реабілітації ветеранів Афганістану Києва; ТОВ «Ортотех-Сервіс ГмбХ», ТОВ «Ортез», ТОВ «Центр протезування

«Едвардс», ТОВ «Турбота», ТОВ «ОртСабо-«СЦЗ», ТОВ «СПОП «АЄ Брік». Повний перелік протезно-ортопедичних підприємств України представлений у Додатку 2).

Видатки на протезно-ортопедичні вироби та інші засоби реабілітації поранених бійців АТО у 2015 році покриваються за рахунок захищеної бюджетної програми «Заходи із соціальної трудової та професійної реабілітації інвалідів». Обсяг цієї програми збільшено порівняно з минулим роком на 173,9 млн. грн. (загальний обсяг програми становить 817,4 млн. грн.). Практичну допомогу в забезпеченні протезами надають органи соціального захисту населення. **Вартість виробу** для учасника АТО встановлюється залежно від його потреб та **не обмежена в сумі**. Сучасний протез коштує близько 20 тис. євро, та український уряд готовий платити такі гроші, всі витрати лягають на плечі держави [177]. Саме тому наші вояки отримують сучасні європейські замітники кінцівок. Відповідно до нового законодавства, отримати протез тепер можна набагато швидше, оскільки нині не потрібно подавати велику кількість документів.

Державною службою України у справах ветеранів війни та учасників АТО проводиться щотижневий моніторинг ситуації та персональних потреб учасників АТО, яким необхідне протезування (ортезування) або інші види ТЗР [210].

Мінсоцполітики за поданням Держслужби подає Мінфіну щокварталу до 20 числа місяця, наступного за звітним періодом, зведений звіт про використання бюджетних коштів.

Протезування учасників АТО може здійснюватися не лише на вітчизняних підприємствах, але і **за кордоном**. Ці питання регламентовані *Порядком протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності*, затвердженим *Постановою Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 518*, за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, окремих категорій громадян, які брали участь в АТО та/або забезпеченні її проведення (здійсненні заходів, пов'язаних з попередженням, виявленням і припиненням терористичної діяльності) і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок [167].

*Протезно-ортопедичний виріб підвищеної функціональності* забезпечує безпечно і надійне його функціонування триваліший час, має покращені антропологічні, ергономічні та косметичні характеристики і дає можливість учасникам АТО, які втратили функціональні можливості кінцівок:

- виконувати фізичну роботу з підвищеними навантаженнями;
- вести активний спосіб життя (заняття спортом, туризм тощо);
- забезпечувати догляд за дітьми та особами, які втратили працездатність.

Для розгляду питання по протезуванню (ортезуванню) *за кордоном*, вибору зарубіжного постачальника послуг учасник АТО повинен подати *особисто* або надіслати *поштою* до Державної служби у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції такі документи:

- заява;
- копія паспорта або іншого документа, що посвідчує особу;
- копія документа, що підтверджує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті);
- направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, видане відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, затвердженого *постановою КМУ від 5 квітня 2012 р. № 321*, яке учасник отримує у структурному підрозділі з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві, держадміністрації, виконавчому органі міської, районної у місті (крім м. Києва) ради за зареєстрованим або фактичним місцем проживання (перебування);
- висновок ВЛК про потребу у протезуванні (ортезуванні);
- витяг з історії хвороби
- фото- та відеоматеріали кукси та наявного об'єму рухів.

Попередній розгляд документів з протезування (ортезування) учасника АТО, який втратив функціональні можливості кінцівок, здійснюється експертною групою, створеною при Держслужбі у справах ветеранів війни та учасників АТО.

Медичні показання до протезування (ортезування) визначаються на підставі переліку діагнозів згідно класифікаційних шифрів технічних та інших засобів реабілітації, затверджується Мінсоцполітики разом з МОЗ.

Термін розгляду документів експертною групою не може перевищувати 25 робочих днів з дати отримання (надходження поштою) від учасника АТО, який вимагає протезування. Під час зазначеного терміну експертна група опрацьовує питання з протезування (ортезування) учасника АТО, який втратив функціональні можливості кінцівок в Україні або здійснює пошук зарубіжного постачальника послуг і з'ясовує з ним конструкцію і комплектацію виробів підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні. За результатами попереднього розгляду заяви протягом 2-х робочих днів з дати проведення засідання експертною групою оформляється висновок. Висновок та інші документи надсилається до Міністерства соціальної політики.

Експертна комісія Мінсоцполітики приймає рішення щодо: 1) доцільності протезування (ортезування) учасника АТО за кордоном; 2) вибору

закордонного надавача послуг; 3) розміру витрат. Рішення надсилається Службі. Служба укладає із закордонним надавачем послуг і учасником антитерористичної операції, який втратив функціональні можливості кінцівок, або його законним представником тристоронній письмовий договір, у якому визначаються умови надання такому учасникові АТО допомоги.

Право на отримання зазначеної допомоги на протезування (ортезування) однієї кінцівки за кордоном може бути використано учасником АТО, який втратив функціональні можливості кінцівок, лише 1 раз.

**Постановою КМУ № 465 від 8 липня 2015 року «Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2014 р. № 117 і від 1 жовтня 2014 р. № 518»** фінансування протезування воїнів АТО було збільшено. Розмір грошової допомоги учаснику АТО на протезування (ортезування) однієї кінцівки за кордоном збільшений з 500 до 900 розмірів прожиткового мінімуму для працездатних осіб (на момент прийняття постанови прожитковий мінімум в Україні становив 1176 грн.). Крім того, передбачено збільшення терміну здійснення попередньої оплати протезування з 1 до 3-х місяців. Також встановлений граничний розмір державної грошової допомоги на післягарантійний ремонт протезно-ортопедичних виробів підвищеної функціональності у сумі 150 прожиткових мінімумів для працездатних осіб [152].

А в серпні 2015 р. Кабінет Міністрів України підвищив суму виплат учасникам АТО на протезування однієї кінцівки за кордоном до 1800 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, що становить на сьогодні 2 млн. 196 тис. 400 грн. [160].

Підготовка учасника АТО до протезування (ортезування) за кордоном здійснюється у клініці Українського НДІ протезування (м. Харків) або в інших закладах охорони здоров'я.

Для оплати проїзду, проживання та харчування учасника АТО, який втратив функціональні можливості кінцівок, його супроводжуючої особи (у разі необхідності) за кордоном Держслужба перераховує кошти на рахунок такого учасника. Для остаточного розрахунку учасник АТО або його законний представник подає протягом 10 робочих днів після повернення з-за кордону Держслужбі відповідні підтверджуючі документи.

Для оплати вартості протезування (ортезування) можуть використовуватися кошти фізичних та юридичних осіб та інших не заборонених законодавством джерел.

Відповідно до **Закону України «Про Державний бюджет України на 2015 рік»** передбачено забезпечення протезуванням та ортезуванням виробами підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, окремих категорій громадян, які брали участь в АТО та/або у

забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок, на суму 150 млн. грн. Розпорядником бюджетних коштів є *Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників АТО*.

Декільком учасникам АТО вже було здійснено протезування верхніх кінцівок виробами підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, ортопедичним центром *Corpora S.u.r.l. (Італія)*. Термін протезування становить 15 календарних днів. Кожна штучна кінцівка нового покоління коштує 40 тисяч євро [189].

З початку 2016 року українські фахівці встановлюватимуть учасникам АТО біонічні протези рук за технологією *Vebionic* і *Touchbionic*, які дають змогу індивідуально налаштувати принцип роботи кисті і порядок спрацьовування захоплень. У такому протезі кожен палець рухається з допомогою мікродвигунів. Протез передбачає 14 видів захоплень і може витримувати вагу до 45 кг. Презентація технології *Vebionic3* відбулась 6 серпня 2015 р. у Києві. Технології почнуть застосовуватися в Україні після досліджень в Інституті протезування і протезобудування. Українські фахівці вже пройшли необхідне навчання. Протези нового покоління вже внесено до переліку послуг для учасників бойових дій, які втратили верхні кінцівки[203].

Британські фахівці розробили протези, які здатні повернути інвалідів до повноцінного життя. Тепер людина зможе ходити не тільки повільно, а й швидко, а також матиме можливість підніматися й спускатися сходами. Розроблений штучний колінний суглоб *Very Good Knee*, який сьогодні продає британська компанія *Orthomobility Ltd*. Суглоб залишається у фіксованому положенні, доки людина не робить крок. Коли пацієнт переступає на іншу ногу, суглоб опорної ноги робиться гнучким, і він легко робить наступний крок [188].

*Таким чином*, технічні засоби реабілітації є найважливішим компонентом системи медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок військових дій, в якій держава приймає безпосередню участь та створює умови для повернення постраждалих до активного життя.

## **2.5. Професійно-трудова реабілітація інвалідів військової служби та учасників АТО**

Найважливіше місце в системі медико-соціальної реабілітації інвалідів військової служби, як і інших категорій інвалідів, займає система професійної реабілітації осіб, які втратили або суттєво знизили можливості трудової діяльності в колишньої професії (спеціальності) в результаті отриманого фізичного дефекту або захворювання, що розвилось.

Професійна реабілітація є особливо важливою для ветеранів-інвалідів та ветеранів в цілому. Як вже зазначалося в *розділі 2.2.5*, людина, яка побувала в

умовах війни, військових дій, прагне повернутися в стан війни, що став для неї звичним. З цим пов'язано, наприклад, працевлаштування колишніх військовослужбовців в охоронні структури. Така форма професійної реабілітації не є ідеальною, оскільки по-справжньому соціальна реабілітація повинна бути спрямована на «викорінення війни» у свідомості ветерана.

У зв'язку з цим постає гостро питання про необхідність навчання і перенавчання інвалідів-ветеранів (особливо, рядових, сержантів та ін.), що не мали до призову в армію спеціальної освіти і навичок професійної діяльності.

### **2.5.1. Профорієнтація та її особливості в роботі з інвалідами військової служби**

Професійна реабілітація інвалідів військової служби повинна передбачати проведення їх профорієнтації, яка може бути організована в установах різної відомчої приналежності – в спеціалізованих центрах комплексної реабілітації УБД, військовослужбовців, звільнених з військової служби, в установах служби зайнятості (центри та відділеннях служби зайнятості), соціального захисту, освіти.

*Професійна орієнтація* – система і процес визначення структури найбільш розвинених здібностей інваліда з метою подальшого підбору на цій основі виду професійної діяльності. Вона передбачає вибір людиною суспільно-необхідної професії, що найбільш відповідає її індивідуальним можливостям, інтересам, мотивам і не завдає шкоди здоров'ю. Профорієнтація враховує медичний, психологічний та соціальний аспекти.

*Проведення професійної орієнтації передбачає:*

- надання консультацій та інформації з питань вибору професій, включаючи можливості для зміни професії;
- проведення консультації, що включає докладну розповідь про професії;
- ознайомлення з можливостями сприяння фаховій освіті в кожному конкретному випадку;
- надання посередництва з пошуку місця навчання.

До компетенції профорієнтації входить визначення за допомогою медичних і психологічних методів особистісних інтересів інваліда і проведення профвідбору.

*Основна мета професійної орієнтації* – сприяти людині у виборі професії в оптимально короткі терміни відповідно до потреб роботодавців, ринку праці та особистих інтересів шляхом професійного консультування, інформації та психологічної підтримки.

*Особливістю профорієнтації інвалідів* є наявність певної кількості протипоказаних факторів трудової діяльності, що звужує поле вибору професій

за інтересами. У свою чергу наявність функціональних обмежень, обумовлених патологічними факторами, висуває підвищені вимоги до оцінки стану профпридатності людини з інвалідністю і знаходженню оптимального рішення з урахуванням її індивідуальних можливостей, здібностей і нахилів.

Здатність людини виконувати конкретну роботу обумовлюється комплексом внутрішніх і зовнішніх факторів, які треба виявити, кваліфіковано проаналізувати, оцінити і узагальнити в цілісній характеристиці особистості. У цій характеристиці повинні міститися відомості про показані інваліду умови праці та їх відповідність вимогам, що пред'являються професією до людини.

Тому невід'ємною частиною профорієнтації є наявність даних, що характеризують професійну діяльність. Тільки за наявності професійних даних може бути реалізовано співвіднесення дій та операцій, оцінюваних за допомогою методик психодіагностики, з діями і операціями, що входять до структури професійної діяльності. Відносно інвалідів, осіб з обмеженими можливостями, цей фактор має велике значення при підборі для них підходящої роботи. У психологічному аспекті він може виражатися у вимогах до витривалості, до тривалих розумових навантажень, можливості виконувати операції різної складності, зберігати контроль за своїми діями.

*Описи професій (психограмми)* зазвичай містять загальні відомості про професію (форми професійної підготовки, опис робочого місця), опис змісту та умов праці (матеріали, інструменти, процес і результат роботи, необхідні знання та вміння та ін.), опис людини в процесі праці (позитивні і негативні моменти в роботі, труднощі, ступінь відповідальності, елемент творчості, психофізіологічні якості і медичні протипоказання, позитивні і негативні наслідки роботи для людини), соціально-економічні особливості професії.

Психограма повинна відображати своєрідність професії і дає зрозуміти людині, які вимоги до психіки пред'являє професія, яка її цікавить.

Відповідно до **класифікації професій** Клімова Є.О.(1993) виділяється *3 типи професій*, які пред'являють людині відповідні типові вимоги [163]:

- *гностичний тип професій* – вимагає вираженої пізнавальної активності, стійкості уваги, спостережливості;
- *перетворюючий тип професій* – вимагає від людини наявності таких якостей, як схильність до практичного впливу на середовище; інтерес, спрямований на процес і результат цього впливу; активність, працездатність;
- *вишукувальний тип професій* – вимагає наявності інтересу до нового, здатності долати стереотипи і знаходити нові рішення.

Традиційна профорієнтація інвалідів здійснюється *двома способами*.

*Перший спосіб*: вивчення якостей і особливостей людини відповідно до вимог конкретної професії. Цей шлях від професії найбільш поширений і



більшість тестів для профорієнтаційної роботи орієнтовані саме на це. Він є більш розробленим і широко використовується в практиці.

*Другий спосіб:* вивчення потенціалу людини, її здібностей, нахилів, мотивацій та підбір відповідної професії. Це більш складний шлях.

Необхідно враховувати обидва підходи, і вони можуть бути успішно реалізовані в такій формі роботи, як профконсультація.

*Профорієнтаційна консультація* передбачає прогнозування ступеня ефективності діяльності людини, інакше кажучи, профконсультанту потрібно постаратися визначити, на що здатний даний індивід, якими є його можливості і мотивація. Подібні завдання вирішуються за допомогою профорієнтаційної психодіагностики, тестування.

Питання професійного відбору та профорієнтації інвалідів розроблялися психологами і реабілітологами досить давно [37, 42, 81]. З метою повернення інвалідів військових дій до повноцінного життя і трудової діяльності пропонувалося вирішення наступних завдань: підняти психологічний тонус інваліда, вселити в нього віру в можливість пристосування до праці, намітити для інваліда конкретні види професійної діяльності, що доступні йому і враховують колишні трудові навички, рівень освіти, а також вид дефекту або захворювання, отриманого на фронті; обговорити разом з інвалідом можливості та шляхи його пристосування до нового виду діяльності.

Профорієнтація інваліда має свої специфічні особливості. Якщо відносно здорової людини при вирішенні цього питання основне значення має вивчення її інтересів, психологічних особливостей особистості, то стосовно інваліда доступність професії визначається не тільки особистісними, але і, головним чином, клінічними, психофізіологічними особливостями і значною мірою можливостями адаптації хворого організму до професійної праці, що обирається.

Профорієнтація інвалідів є початковим етапом у системі заходів щодо їх соціально-трудової реабілітації, від якого залежить ефективність подальших етапів – професійного навчання та раціонального працевлаштування.

*Переорієнтація інваліда військової служби* – це робота з дорослою, певною мірою сформованою людиною і тут повинні розглядатися наступні параметри: суспільне становище людини, пов'язане з даною професією; місце даного професіонала серед людей (фактичне, адекватно усвідомлюване чи уявне через упередження); місце роботи і пов'язані з ним умови (санітарно-гігієнічні, режимні, побутові); можливості, перспективи просування, професійного зростання, самоосвіти, підвищення культурного рівня; складність, змістовність, різноманітність трудових завдань і вимоги професії до психофізіологічних, особистісних якостей людини; важкість і напруженість праці.

Відомо також, що інтерес людини до тієї чи іншої діяльності є одним з вирішальних факторів, що обумовлюють успіх у цій діяльності. Тому дослідження професійних інтересів інвалідів мають важливе практичне значення для їх професійної орієнтації.

В цілому процес переорієнтації інвалідів військової служби як дорослих сформованих людей, що часто мають спеціальність або базову освіту, характеризується такими особливостями:

1) наявністю вже сформованих стійких уявлень про себе як про представника певної професії з усталеними знаннями, вміннями, навичками, системою вимог до вирішення професійних завдань;

2) наявністю сформованого професійного та соціально-психологічного статусу;

3) необхідністю вирішувати питання вибору професії на тлі значимих порушень у мотиваційній сфері;

4) певною «несвободою» в плані професійного самовизначення через наявність обмежень соматичного, психологічного та вікового характеру.

Всі ці особливості присутні на тлі несприятливої для інваліда соціально-психологічної та економічної ситуації, яка характеризується наявністю захворювання, необхідністю істотних змін у життєвому укладі, а також різким погіршенням становища на ринку праці.

Процес профорієнтації або переорієнтації включає *професійну інформацію* і *професійне консультування*.

### *1. Професійна інформація.*

Мета – організація інформаційного простору, що дозволяє інваліду отримати максимум відомостей про світ професій, їх ринку в регіоні, надання інформації, що формує уявлення про зміст професій і спеціальностей, вимоги, що висувуються ними до людини, шляхи і умови професійної підготовки з урахуванням реальних можливостей працевлаштування, в результаті чого створюються передумови для усвідомленого вибору сфери діяльності, професії і способу життя.

Профінформація, яка доводиться до інвалідів, повинна враховувати вікові, соціальні та національні особливості громадян, які отримують дану послугу, а якість і ефективність цього напрямку роботи залежать від її повноти, достовірності, перспективності, доступності та виразності. Профінформація здійснюється через бесіди, лекції, публікації, заходи, що проводяться в індивідуальній та груповій формах для різних категорій населення, всілякі засоби масової інформації. Наприклад, реклама різних, особливо не надто популярних, професій по радіо, випуск проспектів, брошур, плакатів про них.

### *2. Професійне консультування.*

Мета – надати інваліду сприяння у виборі або зміні професії з урахуванням його функціональних можливостей, побажань, схильностей, наявних вакансій, перспектив працевлаштування.

*Профконсультант допомагає клієнту:* 1) зняти тривожний стан; 2) визначити проблему, якщо вона не зовсім чітка, то виявити коло його схильностей і можливостей і підібрати відповідну групу професій; 3) отримати інформацію про можливості перенавчання.

*Основним завданням профконсультанта* в залежності від ситуації особи, що звертається, є або звуження поля вибору професії (якщо інвалід не визначився щодо своєї подальшої трудової діяльності), або розширення кола її пошуку (якщо він не бачить можливості змінити рід занять). Необхідно також розкрити інваліду реальні варіанти виходу із становища, актуалізувати пошук нових шляхів професійного самовизначення.

*Консультант в процесі роботи з клієнтом досліджує:* 1) професійні інтереси; 2) професійні схильності; 3) мотивацію професійного самовизначення; 4) психологічну профпридатність до певних видів діяльності.

В результаті спільної роботи з інвалідом розширюється його інформованість про зміст різних професій, коригуються професійні плани і наміри, які приводяться у відповідність з його з можливостями, рівнем професійних домагань, самооцінкою.

Професійне консультування проводиться з урахуванням стану здоров'я особи, що звернулася, і структури регіональної потреби в кадрах.

Остаточне рішення про вибір (або зміну професії), навчального закладу, місця роботи приймає інвалід. Не допускаються будь-які форми впливу на його мотивацію і рішення у сфері самовизначення шляхом приховування або прикрашання інформації.

Кваліфікована профорієнтаційна допомога сприяє тому, що інвалід згодом отримує задоволення від виконуваної роботи.

Різні вимоги й особливі умови, що висуваються окремими видами праці, викликають необхідність чіткого формулювання принципів положень, які визначають протипоказання і, навпаки, виявлення тих параметрів професійної діяльності, які не тільки не зашкодять хворій людині з медичних позицій, але і дозволять проявити себе, розширити свої обмежені можливості. Саме цим зумовлене значне місце психологічної діагностики у профорієнтаційному процесі взагалі і, зокрема, у інвалідів.

*Психодіагностика інвалідів при проведенні профорієнтації* спрямована на виявлення збережених вищих психічних функцій, на можливості компенсації наявних порушень, на визначення умов і режимів діяльності, в яких можлива оптимальна працездатність.

Працюючи з інвалідами, необхідно проводити психодіагностику не тільки для оцінки функціональних можливостей (оцінити пам'ять, увагу та ін.), але і виділити особливості особистості, які визначають характер поведінки людини – самооцінку, самовідношення, ієрархію цінностей, рівень домагань, установки.

Слід зазначити також, що і несприятлива самооцінка ускладнює процес профорієнтації інвалідів, тому що невпевненість в собі, очікування невдачі можуть негативно позначатися на виборі професії. Часто інвалідів змушує схилитися до більш простих варіантів при виборі професії страх невдачі в майбутній роботі, осуд з боку адміністрації та колег.

*Профорієнтація інвалідів* – це не тільки діагностика та оцінка порушених і збережених можливостей людини, а й корекція неадекватних самооцінок, причому як завищених, так і занижених. Небажаними є випадки, коли інвалід оцінює себе і свої можливості неадекватно низько, через невпевненість і побоювання не впоратися із завданням віддає перевагу більш простому, але легко досяжному шляху реалізації професійних можливостей.

Особливістю профорієнтації інвалідів є досить тонкий момент психодіагностики, що полягає у складанні чіткої програми обстеження з урахуванням найбільш вразливих областей психічної діяльності при тому чи іншому захворюванні.

*Психодіагностика при профорієнтації інвалідів* – це не патопсихологічне дослідження із застосуванням великої батареї психологічних методик з аналізом результатів і описом їх у вигляді «структури дефекту», де наводиться картина і ступінь порушених функцій і дається їх кваліфікація.

Профконсультант, що працює з інвалідами військової служби, повинен мати можливість практично в будь-який момент уточнити медичні протипоказання, якщо йому щось не зрозуміло, у лікаря-реабілітолога чи фахівця з того захворювання, що призвело до інвалідності.

Якісно провести професійне тестування може тільки фахівець, який має відповідну підготовку, бажано вищу психологічну освіту. Профдіагностика і прогнозування профпридатності – справа досить складна, оскільки людська психіка має величезні компенсаторні можливості і часто відсутність тої чи іншої професійно важливої якості може компенсуватися в ході діяльності. Під час консультування все ж важливо знизити ймовірність випадковості вибору професії, наприклад, під впливом поверхневої інформації.

*Профорієнтаційна консультація* – це в значній мірі і самостійна діяльність інваліда, яка будується на основі певних знань (про ринок праці, наявність вакансій, вимоги різних професій до людини, організації, що займаються працевлаштуванням і т.д.) і умінь (адекватно оцінювати свої інтереси; здібності і досвід, грамотно співвідносити їх із змістом діяльності за

різними спеціальностями). В ході консультування не можна нав'язувати суб'єкту готові рішення, потрібно вести його до самостійного вибору професії, надаючи тільки таку відповідно спрямовану інформацію, яку він готовий сприйняти. Допомогти інвалідові у виявленні його інтересів, оцінці здібностей профконсультант може, використовуючи профдіагностичні методики, тести.

Тестування слід проводити з конкретною метою, в ході певної роботи, при точно поставлених перед експериментатором завданнях; воно буває обов'язковим або бажаним; його результати можуть використовуватися в будь-якому дослідженні або надаватися тільки досліджуваним, як, наприклад, в ході індивідуально-психологічного консультування.

Будь який, навіть найнадійніший тест, не дає вичерпної інформації про людину, а лише дає привід до роздумів. Тестування буває ефективним тільки в тому випадку, коли над його результатами проведена досить складна і тонка робота – робота інтерпретатора. Без неї можна отримати лише опис факторів або короткі характеристики залежно від набраних балів.

Кожному консультанту необхідно найретельніше підібрати методики, що відповідають його індивідуальним особливостям і стилю діяльності. Він повинен вміти чітко і ясно формулювати для себе, з якою метою він застосовує ту чи іншу методику, що це дасть йому при проведенні консультації.

У профконсультаційній роботі фахівці використовують: 1) блок мотиваційних методик; 2) блок інтелектуальних методик; 3) блок методик дослідження професійно важливих якостей; 4) блок особистісних методик [88].

До найбільш відомих мотиваційних методик відносяться опитувальник професійної готовності (ОПГ), ОПГ-М (альтернативний), МОПС, Карта інтересів, опитувальник термінальних цінностей (ОТеЦ), анкета профнамірів і опитувальник Холланда.

З інтелектуальних методик широко поширені короткий орієнтовний тест (КОТ), IST-70, прогресивні матриці Равена, опитувальник Амтхауера (форми А і Б), інтелектуальний тест Айзенка.

Методики дослідження професійно важливих якостей (ПВЯ) – уваги, пам'яті, сприйняття, відчуттів – стандартизовані і мають, як правило, норми для різних вікових груп. Кращими з зарубіжних і вітчизняних особистісних методик, на думку фахівців, є методики Кеттелла (форми А і С), Айзенка, Розенцвейга, Люшера, Спілбергера і Тейлора, рівня суб'єктивного контролю (РСК).

Всі перераховані вище методики профконсультанти застосовують в процесі своєї роботи залежно від поставлених перед ними завдань.

Виходячи із запропонованої вище схеми, можна виділити 3 етапи консультації: 1) застосування психологічних методик (проведення та обробка

даних); 2) проведення профорієнтаційного аналізу; 3) перегляд професіограм і вибір професії, що відповідає бажанням і можливостям інваліда.

*Для профорієнтації інвалідів по зору* можуть бути використані всі запропоновані методики. Ступінь зниження зорової функції не перешкоджає виконанню цих завдань. Критерії оцінки результатів дослідження загальні. Але при цьому слід віддавати перевагу тим методикам, які не вимагають тривалої зорової навантаження і роботи з дрібним шрифтом. Наприклад, оцінити увагу цих людей переважно за допомогою проби «Таблиці Шульте», не вдаючись до допомоги методики «Коректурна проба».

*Для інвалідів внаслідок патології органу слуху* можуть бути використані також будь-які методики. Але при цьому слід чітко пред'являти інструкції, обов'язково контролювати правильність засвоєння умови виконання завдань.

Психологічне тестування доцільно проводити при підборі нової професії для інваліда військової служби, при виборі професії, якщо він такої не має, при діагностиці профпридатності до наявної спеціальності.

*При правильному використанні психологічне тестування дозволяє:*

- з достатнім ступенем об'єктивності виявити психологічні особливості і стан інваліда;
- виявляти більш глибокий рівень особистості клієнта, ніж той, на якому розвивається діалог клієнта з консультантом;
- встановити контакт з клієнтом, приєднатися до його проблем;
- полегшити формування та підтримку довіри;
- стати джерелом матеріалу для структурування бесіди;
- позитивно впливати на інваліда, оптимізувати його стан і активність;
- використовувати багатий досвід розробників та інших користувачів тестів;
- зіставляти результати різних клієнтів і простежувати зміну їх стану в ході психологічної роботи, оцінюючи її ефективність;
- автоматизувати тести на комп'ютері, звільняючи час від значної частини рутинної діяльності.

У випадках тривалої та поглибленої індивідуальної роботи з клієнтом тести можуть не знадобитися, оскільки близький контакт і безпосереднє знайомство дають психологу всю необхідну діагностичну інформацію про клієнта.

Одним з найбільш тонких, складних в роботі профконсультанта з інвалідами взагалі і з інвалідами військової служби зокрема, є коректне викладення результатів психодіагностичного тестування. Для того, щоб коректно охарактеризувати особистість клієнта, можна застосовувати *наступні принципи*:

1) *принцип деноміналізації* – переформулювання термінів, що характеризують риси особистості, з іменників або прикметників в дієслова (психолог говорить не про те, яким є клієнт або якими якостями володіє, а про те, що він робить або відчуває);

2) *принцип контекстуалізації* – вказівка на утримання ситуацій, в яких можуть спостерігатися риси особистості (психолог говорить про те, коли і де людина веде себе тим або іншим чином);

3) *принцип позитивної реінтерпретації* – заміна заперечень у визначенні поведінки людини на твердження, що не містять частку «не» (психолог відмовляється від вживання виразів «не може», «не вміє», «не здатний», що викликають уявлення про обмежені можливості клієнта і відсутність тих чи інших якостей).

У процесі роботи з інвалідом слід починати з простіших завдань, завідомо доступних хворому, у подальшому поступово збільшуючи і навантаження, і складність завдань. Від фахівця потрібно також уміння налагодження спілкування, зняття напруги в ситуації тестового випробування і корекції негативних установок пацієнтів.

Не залишає сумнівів важливість ролі профорієнтації інвалідів при їх працевлаштуванні. Відносно інвалідів, на жаль, склалися негативні стереотипи – їм зазвичай надається робота низької кваліфікації (збірка, штампування і т.п.).

Відпрацьованої методики підбору видів праці для інвалідів, що дозволяє зробити це з урахуванням комплексу індивідуальних властивостей людини, що стала інвалідом, не існує.

Оскільки інваліди військової служби є досить складними клієнтами, тому при проведенні профорієнтаційної роботи з ними профконсультанту важливо враховувати наступні *правила*.

1. Необхідно знати нормативні основи для роботи з цим контингентом.

2. Питання раціонального працевлаштування інвалідів військової служби є комплексним, його рішення залежить від узгоджених дій різних фахівців і служб: лікарів-експертів, реабілітологів, психологів, фахівців з соціальної роботи, профконсультантів, юристів, роботодавців.

3. Для ефективної роботи психолог повинен мати професійну позицію, коректність та позитивну установку по відношенню до інваліда.

4. Взаємозрозумілий діалог дозволяє точно визначити проблему, зрозуміти емоційний стан інваліда, підвищити його самооцінку і активність у вирішенні ситуації.

5. Вирішення питання раціонального працевлаштування інваліда можливо лише в тому випадку, коли він сам є активним учасником процесу власної професійної реабілітації.

6. Знання психології клієнта – інваліда військової служби – допоможе швидше встановити контакт та обрати найбільш ефективні способи його раціонального працевлаштування або перенавчання.

7. У центрі роботи має бути інвалід з усіма притаманними йому індивідуальними особливостями.

Заключним етапом профорієнтації є складання *плану пошуку роботи* інвалідом учасником військової служби спільно з профконсультантом. План повинен бути детальним і чітким. Обговорення плану пошуку роботи має завершитися чітким розумінням клієнтом, що і як він повинен робити найближчим часом. Воно може включати:

1. Підготовку автобіографії, професійного резюме з докладним аналізом професійних навичок і вмінь. Використання автобіографії, резюме або їх окремих фрагментів у поданні себе роботодавцю.

2. Роботу з оголошеннями, вакансіями (газети, радіо, телебачення, інтернет, оголошення на вулицях).

3. Розміщення інформації про себе як про людину, що шукає роботу (наприклад, оформлення купона безкоштовного оголошення в газетах тощо).

4. Активну роботу з газетними статтями, передачами радіо і телебачення, де йде мова про розширення виробництва або майбутні зміни; з оголошеннями про послуги організацій і фірм.

5. Здійснення пошукових телефонних дзвінків навмання і за оголошенням.

6. Звернення до родичів і знайомих за допомогою.

7. Пошуковий візит навмання з метою збору інформації про підприємство.

8. Пошуковий візит за попереднім дзвінком або домовленістю.

9. Перенавчання на курсах Служби зайнятості або самостійно з метою отримання додаткової професії.

10. Пошук можливості стажування та безкоштовного виконання роботи з метою подальшого працевлаштування (для молодих інвалідів військової служби, які вперше отримали професійну освіту і не мають досвіду роботи).

11. Працевлаштування в декілька етапів для отримання роботи з бажаними параметрами (наприклад, спочатку працевлаштування на роботу з необхідним статусом, але низькою оплатою, потім вже робота з більш високою оплатою).

12. Тимчасова робота за контрактом або трудовою угодою з перспективою зарахування в штат.

*Специфічними для інвалідів військової служби є 3 моменти.*

1. Трудові функції, навички та вміння у них зазвичай збережені краще, ніж соціальні, що свідчить про їх можливість виконувати професійну



діяльність. Профконсультанту слід звернути увагу на надання їм допомоги у структуруванні свого професійного досвіду.

2. Соціальні навички та вміння, здатність орієнтуватися в соціумі у інвалідів військової служби в цілому розвинені гірше, ніж у здорових людей. Тому саме їх в першу чергу слід навчати навичкам пошуку роботи, щоб підвищити ймовірність працевлаштування.

3. Відчуття себе інвалідом створює внутрішні психологічні бар'єри, невпевненість у собі, що заважає на рівних конкурувати зі здоровими, хоча зовні, на фізичному рівні, інвалідність може бути і не видно іншим людям (наприклад, у випадку інвалідності у зв'язку із захворюваннями внутрішніх органів). Роботу з інвалідами слід вибудовувати в позитивному ключі, наведеному на зміцнення віри в свої можливості.

Вимушена зміна професії – завжди явище хворобливе і важке. Професійна орієнтація, допомога фахівця, що враховує перераховані вище особливості інвалідів військової служби, дозволяє певною мірою робити цей процес менш хворобливим і більш успішним за кінцевим результатом.

### **2.5.2. Питання професійного навчання та перенавчання інвалідів військової служби та учасників АТО**

Питання про професійну освіту інвалідів військової служби потребує спеціального вирішення у випадках виникнення інвалідності.

**Професійна освіта** інвалідів військової служби в рамках концепції їх медико-соціальної реабілітації представляє собою систему і процес оволодіння знаннями, навичками та вміннями в області рекомендованої професійної діяльності.

Хоча професійна освіта і не гарантує зайнятості інваліда, проте лише високий рівень професійної освіти робить його конкурентоспроможним на ринку праці і надає йому рівні шанси з неінвалідами.

Реабілітація інвалідів передбачає визнання **принципу рівних можливостей** в галузі освіти для інвалідів, які мають кваліфікацію, в інтегрованих структурах. Освіта інвалідів є невід'ємною частиною системи загальної освіти.

Методологія освіти інвалідів передбачає розвиток здібностей інвалідів засвоювати знання і здобувати нові навички, при цьому повинні враховуватися особливості його патології, а для навчання при необхідності застосовуються допоміжні засоби.

Найважливішим моментом, що впливає на ефективність навчання інвалідів військової служби, є необхідність **професійної переорієнтації**. Кінцева ефективність переорієнтації тим вище, чим краще людина зуміє зібрати і грамотно проаналізувати всю необхідну в цьому випадку інформацію,

правильно визначить, що їй доцільно шукати на ринку праці.

У цьому зв'язку для інваліда-учасника БД однією з найважливіших стає проблема психологічної готовності до зміни професії.

*Психологічна готовність до зміни професії* представляє собою стан людини, який характеризується рівнем сформованості ряду особистісних якостей, що впливають на ефективність професійної переорієнтації, а також наявністю певних знань і умінь, необхідних для її грамотного практичного здійснення. Цей стан в умовах ринкових відносин доцільно підтримувати, удосконалюючи необхідні особистісні якості, оновлюючи інформацію про ринок праці, постійно, протягом усього професійного шляху.

Освіта забезпечує більш широке надання інваліду допомоги в його соціальній інтеграції в суспільство, допомагаючи визнати і зрозуміти навколишнє середовище, не пристосоване для життя інвалідів.

В даний час система освіти інвалідів реалізує принцип інтеграції інваліда в суспільство, що досягається максимально можливим спільним навчанням інвалідів та інших громадян, які не мають обмежень життєдіяльності.

В умовах ринкової економіки професійна освіта інвалідів передбачає навчання конкурентоспроможним і престижним професіям, основам підприємницької діяльності, що слугує забезпеченню рівності можливостей інвалідів у плані зайнятості.

*В деяких випадках професійному навчання повинні передувати:* 1) підбір професії і перевірка можливості її виконання; 2) відвідування підготовчих курсів; 3) придбання спеціальних навичок поведінки з механічними засобами (для сліпих і т.д.); 4) відвідування курсів для підготовки до перенавчання або підвищення кваліфікації.

Професійне навчання інвалідів обов'язково поєднується з проведенням медичної та соціальної реабілітації, що є одним з найважливіших чинників інтеграції цього контингенту в звичайні освітні установи.

Професійна реабілітація інвалідів має на меті забезпечити їм рівні можливості для зайнятості, створюючи «ланцюжки» від навчання до робочого місця. Статус зайнятого надає інваліду відповідний рівень матеріального забезпечення та гарантує найбільш ефективну реалізацію його особистісного потенціалу. Створення оптимальних умов праці інвалідів передбачає впровадження ергономічних принципів організації їх праці, розробку відповідних санітарно-виробничих параметрів виробничого середовища, рівнів нервово-психічного напруження і фізичних навантажень, режимів праці та відпочинку.

Для переходу від навчання до роботи важливою є *професійно-виробнича адаптація*, яка становить собою систему і процес визначення оптимального рівня виробничих навантажень, пов'язаних з виконанням вимог

рекомендованої професійної діяльності в умовах конкретного виробництва, з пристосуванням до них інвалідів.

**Раціональне працевлаштування** означає адекватність умов і змісту праці психофізіологічним особливостям інваліда, соціально-економічну рівноцінність рекомендованої йому професійної діяльності раніше виконуваний (у разі її зміни), або виконуваний здоровим працівником аналогічної роботи (у разі первинного виходу на ринок праці).

Держава гарантує інвалідам необхідні умови для отримання освіти та професійної підготовки. Як і для інших категорій інвалідів, отримання освіти і професійної підготовки інвалідами військової служби регламентується *Законом України «Про освіту»*. Згідно із ст. 3 цього Закону, громадяни України мають право на безкоштовну освіту в усіх державних навчальних закладах незалежно від статі, раси, національності, соціального і майнового стану, роду та характеру занять, світоглядних переконань, належності до партій, ставлення до релігії, віросповідання, стану здоров'я, місця проживання та інших обставин. Це право забезпечується:

- розгалуженою мережею навчальних закладів, заснованих на державній та інших формах власності, наукових установ, закладів післядипломної освіти;
- відкритим характером навчальних закладів, створенням умов для вибору профілю навчання і виховання відповідно до здібностей, інтересів громадянина;
- різними формами навчання – очною, вечірньою, заочною, екстернатом, а також педагогічним патронажем.

**Система освіти** в Україні, відповідно до ст. 28 ЗУ «Про освіту», складається із: навчальних закладів, наукових, науково-методичних і методичних установ, науково-виробничих підприємств, державних і місцевих органів управління освітою та самоврядування в галузі освіти.

**Структура освіти** включає: дошкільну освіту; загальну середню освіту; позашкільну освіту; професійно-технічну освіту; вищу освіту; післядипломну освіту; самоосвіту.

Держава забезпечує інвалідам отримання основної загальної, середньої (повної) загальної освіти, початкової професійної, середньої професійної та вищої професійної освіти відповідно до ІПР інваліда.

**Загальна освіта** інвалідів здійснюється безкоштовно як в загальноосвітніх установах, обладнаних при необхідності спеціальними технічними засобами, так і в спеціальних освітніх установах, і регулюється законодавством України.

**Професійно-технічна освіта** забезпечує здобуття громадянами професії відповідно до їх покликання, інтересів, здібностей, а також допрофесійну

підготовку, перепідготовку, підвищення їх кваліфікації. Здійснюється на базі повної загальної середньої освіти або базової загальної середньої освіти з наданням можливості здобувати повну загальну середню освіту.

Громадяни, які потребують соціальної допомоги і реабілітації, а також громадяни, які навчаються окремим професіям за переліком, визначеним КМУ, можуть отримувати професію, не маючи базової загальної середньої освіти.

Професійна освіта інвалідів в освітніх установах різних типів і рівнів здійснюється відповідно до законодавства України.

До *професійно-технічних навчальних закладів* належать: професійно-технічні училища відповідного профілю; професійні училища соціальної реабілітації; вищі професійні училища; професійні ліцеї; професійні ліцеї відповідного профілю; професійно-художні училища; художні професійно-технічні училища; вищі художні професійно-технічні училища; училища-агрофірми; вищі училища-агрофірми; училища-заводи; центри професійно-технічної освіти; центри професійної освіти; навчально-виробничі центри; центри підготовки і перепідготовки робітничих кадрів; навчально-курсів комбінати; навчальні центри; інші типи навчальних закладів, що надають професійно-технічну освіту або здійснюють професійно-технічне навчання.

Для інвалідів, які потребують спеціальних умов для здобуття професійної освіти, створюються спеціальні професійні освітні установи різних типів і видів або відповідні умови в професійних освітніх закладах загального типу.

Професійна підготовка і професійна освіта інвалідів в спеціальних професійних освітніх установах для інвалідів здійснюються відповідно до державних освітніх стандартів на основі освітніх програм, адаптованих для навчання інвалідів. Організація освітнього процесу в спеціальних професійних освітніх установах для інвалідів регламентується нормативними правовими актами, організаційно-методичними матеріалами відповідних міністерств та інших органів виконавчої влади. Порядок забезпечення учнів державних та комунальних професійно-технічних навчальних закладів стипендією, організації харчування учнів із числа інвалідів I-III групи визначається Кабінетом Міністрів України. Державні органи управління забезпечують учнів безкоштовно або на пільгових умовах спеціальними навчальними посібниками та літературою, а також забезпечують учням можливість користування послугами сурдоперекладачів.

**Вища освіта** (згідно із ст. 423У «Про освіту») забезпечує фундаментальну наукову, професійну та практичну підготовку, здобуття громадянами ступенів вищої освіти відповідно до їх покликання, інтересів і здібностей, удосконалення наукової та професійної підготовки, перепідготовку та підвищення їх кваліфікації. Вища освіта здійснюється на базі повної загальної середньої освіти. *Вищими навчальними закладами* є: університет,

академія, інститут, коледж. Підготовка фахівців у вищих навчальних закладах може проводитися з відривом (*очна*), без відриву від виробництва (*вечірня, заочна*), шляхом поєднання цих форм, а з окремих спеціальностей – екстерном. Держава сприяє здобуттю освіти в домашніх умовах.

Згідно із ст. 51 та 53 *ЗУ «Про освіту»*, здійснюється соціальний захист вихованців, учнів, студентів, курсантів, слухачів, стажистів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів та інших осіб незалежно від форм їх навчання і типів навчальних закладів, де вони навчаються. До прав останніх належить право на збереження місця навчання та додаткових видів соціального і матеріального забезпечення, передбачених цим Законом, на період проходження військової служби за призовом під час мобілізації, на особливий період, а також право на відстрочку на складання екзаменаційної сесії та державної атестації у навчальних закладах на період проходження військової служби за призовом під час мобілізації, на особливий період.

Згідно із ст. 57, у разі проходження педагогічним чи науково-педагогічним працівником військової служби за призовом під час мобілізації, на особливий період, за ним зберігається попередній середній заробіток; у разі хвороби або каліцтва попередній середній заробіток виплачується до відновлення працездатності або встановлення інвалідності.

1 липня 2015 р. Верховна Рада України ухвалила *Закон «Про внесення зміни до ст. 23 Закону України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію» щодо звільнення від призову на військову службу під час мобілізації окремих категорій педагогічних, науково-педагогічних та наукових працівників»* (№ 570-VIII). Згідно з ним, призову на військову службу під час мобілізації, на особливий період не підлягають: студенти, аспіранти та докторанти, які навчаються на денній формі навчання; наукові працівники, науково-педагогічні працівники вищих навчальних закладів, наукових установ і організацій, які мають вчене звання та/або науковий ступінь, педагогічні працівники загальноосвітніх навчальних закладів за умови, якщо працівники зазначених категорій працюють за основним місцем роботи не менше ніж на 0,75 ставки в таких навчальних закладах, наукових установах і організаціях. Також військовослужбовці з числа осіб, зазначених в абзаці 3 ч.2 ст. 23 Закону України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію» (в редакції цього Закону), призвані на військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період до набрання чинності цим Законом, підлягають звільненню, якщо вони не висловили бажання продовжувати військову службу.

Згідно із ст. 61 *ЗУ «Про освіту»*, розмір плати за навчання, підготовку, перепідготовку, підвищення кваліфікації кадрів або за надання додаткових освітніх послуг для осіб, які проходять військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період, зменшується з урахуванням перерваного та

оплаченого строку навчання.

У зв'язку з цим, слід враховувати минулий досвід. Близько 70% воїнів, що брали участь у БД в Афганістані, мали проблеми з навчанням – матеріальні та психологічні: відсутність коштів на навчання, втрачені здібності до навчальної діяльності за віком і станом здоров'я, відстороненість від студентського громадянського середовища [35]. Тому доцільно було б виділення з навчальних закладів, що вже є, або створення спеціальних – для ветеранів – з пільговими умовами вступу, з виділенням державних стипендій.

В червні 2015 р. Президентом України був підписаний Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо державної підтримки учасників бойових дій та їхніх дітей, дітей, один із батьків яких загинув у районі проведення АТО, бойових дій чи збройних конфліктів або під час масових акцій протесту, дітей, зареєстрованих як внутрішньо переміщені особи, для здобуття професійно-технічної та вищої освіти» (№ 425-VIII). Згідно з ним, внесені зміни у такі ЗУ: «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (чч. 7-9 ст. 12); «Про професійно-технічну освіту» (ст. 41 та 44<sup>1</sup>); «Про вищу освіту» (п. 17 ст. 44); «Про охорону дитинства» (чч. 14 та 16 ст. 19). Зазначений Закон передбачає посилення державних гарантій здобуття професійно-технічної та вищої освіти категоріями громадян, перерахованими у назві Закону, шляхом надання їм державної цільової підтримки, яка передбачає:

- повну або часткову оплату навчання за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів;
- пільгові довгострокові кредити для здобуття освіти;
- соціальну стипендію;
- безоплатне забезпечення підручниками;
- безоплатний доступ до мережі Інтернет, систем баз даних у державних та комунальних навчальних закладах;
- безоплатне проживання в гуртожитку;
- інші заходи, затверджені Кабінетом Міністрів України.

Згідно з п. 23 ст. 153 У «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» військовослужбовці (резервісти, військовозобов'язані) та працівники ЗС України, Національної гвардії, СБУ, Служби зовнішньої розвідки, Державної прикордонної служби, особи рядового, начальницького складу МВС України, військовослужбовці МВС, Управління державної охорони, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України, брали участь в АТО, забезпеченні її проведення, а також працівники підприємств, установ, організацій, яких залучали до участі в АТО в порядку, встановленому законодавством мають право на вступ поза конкурсом до державних та

комунальних вищих навчальних закладів на спеціальності, підготовка за якими здійснюється за рахунок коштів відповідно державного та місцевих бюджетів.

Згідно з п. 21 ст. 16 цього ж Закону перераховані особи *мають право* на безоплатне навчання і перенавчання нових професій за місцем роботи в учбових закладах системи державної підготовки і перепідготовки кадрів, а також у платних навчальних закладах і на курсах.

Питання професійної освіти інвалідів також регламентуються ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Згідно з ним, у разі складення вступних іспитів з позитивним результатом до вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації зараховуються поза конкурсом інваліди I та II груп, яким не протипоказане навчання за обраною спеціальністю, до професійно-технічних навчальних закладів – інваліди, яким не протипоказане навчання за обраною професією та спеціалізацією. За інших рівних умов інваліди мають переважне право на зарахування до вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та професійно-технічних навчальних закладів. Під час навчання стипендія та пенсія інвалідам виплачуються в повному розмірі.

Сфера дії ЗУ «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (згідно із ст. 3) поширюється на військовослужбовців, які стали інвалідами внаслідок захворювання, пов'язаного з проходженням військової служби, чи внаслідок захворювання після звільнення їх з військової служби, пов'язаного з проходженням військової служби, та членів їх сімей, а також членів сімей військовослужбовців, які загинули, померли чи пропали безвісти.

1. Згідно із ст. 13, військовослужбовці мають право на навчання (у т.ч. на отримання післядипломної освіти) у військових навчальних закладах, відповідних підрозділах підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації військовослужбовців. Військовослужбовцям, які прийняті на військову службу за контрактом осіб офіцерського складу після здобуття базової або повної вищої освіти за державним замовленням, дозволяється навчатися в інших вищих навчальних закладах без відриву від служби після проходження ними строку служби, який дорівнює часу їхнього навчання для здобуття попередньої вищої освіти. Іншим категоріям військовослужбовців, крім військовослужбовців строкової військової служби, дозволяється навчатися в інших вищих навчальних закладах без відриву від служби в порядку, визначеному відповідними положеннями про проходження військової служби громадянами України.

2. Особи, які були призвані на строкову військову службу в період навчання у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації, при звільненні з військової служби зараховуються для продовження навчання до того навчального закладу, де вони навчалися до призову на військову службу, незалежно від форми навчання.

3. При зміні військовослужбовцями, які проходять військову службу за контрактом, або тими, хто перебуває на кадровій військовій службі, місця проходження військової служби, а також при звільненні з військової служби за віком, станом здоров'я чи у зв'язку із скороченням штатів або проведенням організаційних заходів члени їх сімей, які навчаються (виховуються) у державних навчальних закладах, мають право переводитися до державних навчальних закладів, найближчих до нового місця проходження військової служби або місця проживання.

4. Дітям військовослужбовців за місцем проживання їх сімей у першочерговому порядку надаються місця у загальноосвітніх та дошкільних навчальних закладах і дитячих оздоровчих таборах незалежно від форм власності.

5. Особа, у якої один з батьків є військовослужбовцем, який має вислугу в календарному обчисленні 20 років і більше, особа, у якої один з батьків є громадянином, звільненим з військової служби за віком, за станом здоров'я чи у зв'язку із скороченням штатів або проведенням організаційних заходів, вислуга років у календарному обчисленні якого становить 20 років і більше, особа, у якої один з батьків є військовослужбовцем, який став інвалідом внаслідок захворювання, пов'язаного з проходженням військової служби, користується переважним правом зарахування до військових ліцеїв, ліцеїв з посиленою військово-фізичною підготовкою, до вищих військових навчальних закладів та вищих навчальних закладів, які мають військові навчальні підрозділи, за умов успішного складання іспитів та відповідності іншим вимогам і правилам прийому до цих навчальних закладів, протягом трьох років після здобуття необхідного для вступу рівня загальної середньої освіти.

Особа, у якої один з батьків (усиновителів) був військовослужбовцем, який загинув чи визнаний судом безвісно відсутньою особою при виконанні ним обов'язків військової служби, протягом 3-х років після здобуття відповідної загальної середньої освіти зараховується поза конкурсом за особистим вибором спеціальності до державних і комунальних вищих та професійно-технічних навчальних закладів України для навчання за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів.

Українські захисники, які були *учасниками АТО* і зазнали істотних втрат здоров'я, мають можливість здобути вищу освіту або пройти перекваліфікацію, щоб продовжити професійну діяльність та надалі бути активними громадянами українського суспільства.

Всі питання, пов'язані з конкретною процедурою вступу на навчання до державних освітніх установ Міністерства освіти, повинні вирішуватися через кадрові органи військових частин і безпосереднє звернення до навчального закладу.

Для військовослужбовців, які проходили військову службу за контрактом



та звільнилися з військової служби за станом здоров'я, встановлені суттєві *пільги при вступі до навчального закладу*. Так, вони мають право на вступ у державні освітні установи без вступних іспитів:

- на *перший та наступні курси* державних освітніх установ середньої професійної освіти – особи, що закінчили середні військові освітні установи;
- на *перший курс* державних освітніх установ середньої професійної освіти – особи з освітою не нижче основної загальної освіти;
- на *перший та наступні курси* державних освітніх установ вищої професійної освіти – особи, що мають незакінчену вищу або вищу військову професійну освіту;
- на *підготовчі відділення* державних освітніх установ вищої професійної освіти – особи, що закінчили загальноосвітні заклади середньої (повної) загальної освіти або середньої професійної освіти.

Прийом зазначених громадян в державні освітні установи професійної освіти проводиться протягом усього навчального року, в тому числі додатково до встановлених цим освітнім закладом планів прийому.

У 2015 році демобілізовані українські військові отримали змогу вступити до вищих навчальних закладів (ВНЗ), не складаючи ЗНО, а тільки за результатами іспитів. Про це йшлося в ***Наказі Міністерства освіти і науки України від 11.06.2015 № 615*** «Про внесення змін до Умов прийому на навчання до вищих навчальних закладів України в 2015 році»: «Брати участь у конкурсі тільки за результатами вступних екзаменів із конкурсних предметів у ВНЗ мають право особи, звільнені з військової служби у рік вступу до вищого навчального закладу».

Для контролю за якістю та обсягом послуг з професійного навчання учасників АТО слід застосовувати наказ МОН, Мінекономіки та Мінфіну від 23 липня 2010 р. № 736/902/758, зареєстрованого в Мін'юсті 30 листопада 2010 р. за № 1196/18491 «Про затвердження порядків надання платних послуг державними та комунальними навчальними закладами».

У рамках спільної освітньої ініціативи *Міністерства освіти і науки України, Центру освітнього моніторингу та Євромайдану SOS* учасники АТО з інвалідністю можуть здобути освіту в різних галузях, передусім з інформаційних технологій, права, педагогіки. Навчання або перекваліфікація відбуватиметься в спеціальних групах підготовчого відділення та університетських групах. Можливі заочна, дистанційна і денна форми навчання. Необхідно надіслати інформацію про себе (ім'я, прізвище, перша освіта), а також контактні дані (телефон, електронна скринька) на електронну адресу: [centromonitor@gmail.com](mailto:centromonitor@gmail.com) або зателефонувати за номерами: 068-778-72-25; 063-336-69-51; 066-293-37-17[174].

*Основною системою освіти інвалідів стає система безперервної професійної освіти, яка повністю відповідає завданням професійної реабілітації інвалідів військової служби.*

*Безперервна професійна освіта інвалідів розглядається: 1) як провідна складова частина безперервної освіти; 2) як освітня потреба особистості, що має певний рівень професійної мотивації.*

*Основними принципами організації навчального процесу інвалідів є:*

- розвиток суспільної свідомості особистості, розуміння місця і ролі індивідуума в житті суспільства, його взаємин з природою, участь у соціальних і природних процесах;
- формування фізичного здоров'я і потреби високої культури здоров'я, усвідомлення важливості та значущості здоров'я кожної окремої особистості;
- формування професійних якостей, знань і навичок, набутих в навчальному процесі;
- розвиток в процесі навчання особистісних і соціально-комунікативних якостей, що забезпечують ефективний рівень професійної компетентності та інтеграції інвалідів у нову соціально-професійну дійсність;
- забезпечення адекватного вибору професії (спеціальності) відповідно до фізіологічних і психологічних вимогами, що пред'являються професійною діяльністю до стану здоров'я інваліда, а також з урахуванням його інтересів і здібностей;
- забезпечення високої якості навчання інваліда шляхом організації навчального процесу відповідно до санітарно-гігієнічних, архітектурно-планувальними вимогами, створення спеціальним навчальних місць, оснащених технічними засобами для навчання та праці;
- проведення комплексної реабілітації інваліда, що забезпечує поєднаний процес придбання професії з відновленням або компенсацією порушених функцій, а також соціалізацією та інтеграцією інваліда в суспільство;
- надання сприяння в підборі робочого місця, інтеграції у відкритий ринок праці.

Однією з особливостей отримання професійної освіти інвалідами-учасниками БД є наявність серед них 2-х категорій військовослужбовців: 1) *солдати*, в т.ч. строкової служби, і ті, що продовжують службу за контрактом; та 2) *офіцери*, тобто особи, що мають професію, в т.ч. закінчили військові освітні установи.

Кожен з етапів отримання нової професії (спеціальності) у інвалідів військової служби має свої особливості.

Так, якщо в цілому професійна переорієнтація особистості, спрямована на пошук і підбір нової роботи, будується на розумінні загальних закономірностей

цього процесу, прогнозуванні можливостей і змін психічного стану, знанні основних чинників – об'єктивних і суб'єктивних, що впливають на кінцевий успіх переходу до іншої діяльності, то у інвалідів-військовослужбовців вона має свої особливості, зумовлені віком і наявністю військової професії.

Перша особливість полягає в тому, що у дорослого інваліда, підготовленого в своїй області фахівця, вже є сформовані в попередній діяльності знання, навички, певні особистісні якості. Розвинені здібності і професійна кваліфікація людини – це найважливіша індивідуальна і суспільна цінність. Втрата при переході на нову роботу вже сформованого професійного потенціалу фактично непоправна і для особистості, і для держави.

Іншою найважливішою особливістю переходу зрілої людини до нової діяльності є зниження з віком об'єктивних можливостей розвитку її індивідуальних якостей, формування нових знань і навичок. Зростає психологічна «ціна» будь-якого виходу особистості за межі вже звичного, усталеного функціонування. Кожна подібна зміна супроводжується в зрілості найважчими внутрішніми переживаннями, стресовими станами, глибокими кризовими колізіями. Одночасно збільшується тривалість оволодіння новою професією.

У професійному відношенні кожен вік має свої переваги. У зрілої людини в структурі пріоритетів такого роду на провідні позиції виходять, компенсуючи неминуче зниження потенціалу розвитку, можливості якісної перебудови здібностей, практичний досвід, знання, стійкі індивідуальні якості.

В умовах економічної реформи вік людини є найважливішим професійним фактором. З урахуванням становища на ринку праці, специфіки професійних інтересів і можливостей в економічних умовах сьогодення, особливостей психологічного стану при радикальній зміні сфери діяльності, можна виділити *3 вікові групи* звільнених з військової служби: 1) до 30 років; 2) 31-45 років; 3) понад 45 років.

Офіцери *у віці до 30 років*, як правило, звільняються без права на пенсію. Це обмежує їхні фінансові можливості, але дозволяє зареєструватися в службі зайнятості і користуватися в повному обсязі пільгами з питань перепідготовки та працевлаштування.

Сильними сторонами кадрових військовослужбовців *у віці 31-45 років*, як показує практика, є: освіта, досвід роботи з людьми і технікою, висока відповідальність, мобільність, готовність бути «людиною команди», вміння протистояти труднощам, яких на їхньому шляху було вже чимало.

Інваліди – учасники БД *у віці понад 45 років* – є грамотними і досвідченими фахівцями з високим соціальним і професійним статусом у своїй сфері діяльності. Але до професійної перепідготовки за сучасними ринковими

спеціальностями, як правило, не прагнуть. До того ж за віком не мають права на безкоштовне (за рахунок коштів Служби зайнятості) перенавчання.

При плануванні заходів щодо професійної реабілітації, в т.ч. професійного навчання та перенавчання, інвалідів військової служби найважливіше місце набувають питання профілю професійної підготовки в рамках військової спеціальності.

На ринку праці з урахуванням профілю професійної підготовки найбільш благополучно відчують себе колишні військовослужбовці, спеціальність яких має прями аналоги або споріднені спеціальності в цивільних сферах діяльності. Сьогодні легко знаходять роботу військові медики, юристи, автомобілісти, будівельники, фахівці фінансових органів та т.п.

Легше використовувати свою професійну підготовку після звільнення в запас тим, хто був призваний на військову службу після закінчення цивільного ВНЗ і в армії використовувався у відповідності зі своєю вузівської підготовкою.

У той же час дипломи про цивільну професійну підготовку, які формально отримують випускники майже всіх вищих військово-навчальних закладів, практичної цінності на ринку праці не мають.

Питання про подібність військових і цивільних спеціальностей – один з найважливіших в ситуації переходу інвалідів з числа колишніх військовослужбовців – учасників БД до роботи в народному господарстві.

При зіставленні спеціальностей, аналогічних («наскрізних») для армії і народного господарства (наприклад, медичних, будівельних і т.п.), зовнішніх ознак буває достатньо. Пошук же споріднених видів діяльності на виробництві для основної маси, здавалося б, далеких від цивільного життя військових професій, пов'язаних, наприклад, зі штабною роботою, управлінням бойовою технікою та озброєнням, де зовнішня схожість далеко не є очевидною, неможливий без аналізу, враховує більш глибокі, психологічні особливості роботи. При переході від однієї професії до іншої доцільно враховувати будь-яку, навіть мінімальну відповідність між ними, прагнути використовувати при освоєнні нових обов'язків кожен із вже сформованих у колишній діяльності індивідуальних якостей, стереотипів службової поведінки, професійних знань та навичок.

Інша складність оцінки подібності військових і цивільних професій пов'язана з їх різноманіттям. Послідовне порівняння офіцером своєї спеціальності, з кожним із 40 тисяч видів цивільного праці окремо, виявляється процедурою практично нездійсненною.

Аналіз показує, що для виділення споріднених військових і цивільних спеціальностей найкраще підходить *класифікація Петрова В.П.* (1993), що включає *7 профілів професійної діяльності* [108]:

- організаторський (командний, управлінський);

- соціально-педагогічний;
- інженерно-технічний;
- операторський;
- оперативно-штабний (диспетчерський);
- екстремальний;
- забезпечувальний.

**Організаторський профіль діяльності** найбільш широко представлений сьогодні у Збройних Силах та сучасній економіці. Одночасно це і найвідповідальніший напрямок діяльності, що визначає насамперед успіх будь-якої справи і колективу. *Приклади* спеціальностей даного профілю в армії – це командири підрозділів і частин, їх заступники, начальники відділень (відділів, управлінь, установ, служб тощо), інші фахівці, що мають в прямому підпорядкуванні особовий склад. У цивільних умовах – це виконавчі (технічні) директора, адміністратори, менеджери-організатори підприємств (фермерських господарств, по роботі з персоналом, у підприємницькій діяльності тощо), бригадири, майстри та ін.

**Фахівці соціально-педагогічного профілю** також мають справу з людьми, але їх завдання – не керувати підлеглими, а справляти на людей виховний вплив, навчати їх, вирішувати проблеми психологічного та міжособистісного характеру, сприяти подоланню труднощів у професійній діяльності та в побуті, в умовах кризових ситуацій. У цій роботі необхідні знання з педагогіки, соціології, психології, політико-соціальних і культурно-освітніх питань, певний багаж юридичних та медичних, санітарно-гігієнічних знань, володіння методами виховання і навчання, впливу в індивідуальній бесіді прийомами зняття стресу тощо. В армії до числа представників цієї групи професій можна віднести помічників (заступників) командирів по роботі з особовим складом, психологів підрозділів, військових соціологів (юристів, журналістів, екологів), викладачів вузів, культпросвітпрацівників, військових гігієністів (епідеміологів) та ін. В цивільному житті – це вчитель, методист позашкільного закладу, вихователь, тренер, соціальний працівник (на виробництві, в житловому районі, з важкими підлітками, інвалідами, пенсіонерами тощо), організатор соціальної роботи, демограф, соціолог, юрист, психолог-консультант, психолог-менеджер, менеджер по роботі з кадрами, агент страхової медицини, комерційний (страховий, податковий, рекламний) агент, дилер, маклер, еколог, тощо.

**Інженерно-технічний профіль діяльності** пов'язаний з конструюванням, введенням в дію, обслуговуванням та експлуатацією, усуненням тимчасових несправностей, капітальним ремонтом техніки складних автоматизованих систем управління. Для успішного виконання своїх обов'язків їм необхідно мати інтерес до роботи з технікою, аналітичне мислення,

наполегливість, технічну кмітливість, схильність до ручного ремесла, просторову уяву, а також мати широку загальнонаукову підготовку в галузі фізики, механіки, радіоелектроніки, добре володіти математичним апаратом, глибоко знати зразки відповідної техніки.

Інженерно-технічний склад *армії* досить різноманітний. До його представників можна віднести заступників командирів по технічній частині, фахівців зв'язку, автомобільної (бронетанкової, інженерної та ін.) служб, конструкторів військової техніки, фахівців ремонтних парків, техніків підрозділів тощо. У *народному господарстві* – це головні інженери, механіки по автотранспорту, майстри з ремонту телерадіоапаратури, комп'ютерної, автомобільної та ін. техніки, механіки автоколони, електромеханіки, слюсарі-механіки, електромонтажники, техніки-технологи, інженери-електрики тощо.

**Операторський профіль професійної діяльності** пов'язаний з безпосереднім управлінням різними (рухомими і нерухомими) технічними об'єктами, системами. У фахівців даного профілю також можна виділити загальні якості, необхідні їм для успішного виконання своїх обов'язків, незалежно від того, в якій сфері діяльності (військової або цивільної) вони працюють і якими конкретними зразками техніки керують.

*Прикладами* операторських професій можуть бути: в *армії* – оператор ЕОМ (АСУ РЛС), офіцер наведення, військовий льотчик тощо; в *цивільній діяльності* – оператор пульта управління (ЕОМ, АСУ), радіооператор, телефоніст, радіотелеграфіст, оператор верстатів з ЧПК, складач, ювелір-гравер, професійний фотограф і т. д. До цього ж класу слід віднести (у ЗС та народному господарстві) велику групу водійських спеціальностей різного профілю.

**Оперативно-штабний профіль діяльності** пов'язаний з обробкою великих обсягів різнорідної інформації, розрахунками, роботою з цифрами, таблицями, диспетчерською діяльністю, плануванням, підготовкою та прийняттям відповідальних рішень (нерідко з відтермінованим результатом дії), що істотно впливають на ефективність управління військами і виробництвом.

До фахівців даного профілю можна віднести: у *Збройних Силах* – оперативних працівників штабів усіх рівнів, штатних оперативних чергових командних пунктів, штурманів ВПС і ВМС, військових фінансистів тощо; в *цивільній діяльності* – операторів у банку, брокерів, диспетчерів руху, чергових по залізничній станції, штурманів цивільного повітряного і морського флоту, розподільників робіт, діловодів, креслярів-конструкторів, топографів, таксаторів, фінансистів, бухгалтерів, економістів, програмістів тощо.

Діяльність **фахівців забезпечувального профілю** досить різноманітна. Вона пов'язана з вирішенням різних завдань із забезпечення практичної роботи та повсякденному житті окремих людей, колективів, військових формувань

виробництв. До даного профілю в армії відносяться численні фахівці всіх служб тилу Збройних Сил, ряд фахівців медичної та фінансової служб; в народному господарстві – це заступники директора з постачання, помічники директора з господарських питань, агенти з постачання (збуту), менеджери з роздрібною торгівлі, експедитори, комірники, продавці тощо.

**Фахівці екстремального профілю** здійснюють свою діяльність в умовах найбільшої небезпеки як у мирний, так і у воєнний час. Їх праця пов'язана з реальною загрозою для здоров'я і життя. Для виконання своїх завдань використовують спеціальне спорядження. Основні професійно важливі якості: високі вимоги до здоров'я та психофізіологічної підготовки, до вольових якостей (сміливість, рішучість, витримка), колективізм, готовність до дій в обстановці, що раптом змінилась, точність та швидкість зорового (слухового) сприйняття, стійкість та концентрація уваги, швидкість мислення та оперативної пам'яті [94]. В армії такі фахівці переважають в повітрянодесантних військах, морській піхоті, розвідувальних підрозділах, є у військах радіаційного, хімічного та біологічного захисту, а також сапери, снайпери тощо. В цивільній діяльності: рятувальники МНС, співробітники органів внутрішніх справ, охоронці, інкасатори, промислові альпіністи, підричники на лісових роботах, промислові мисливці, егері, майстри водозаборних робіт, інструктори парашутної служби, інструктори-методисти з туризму. Проте багато з цих спеціальностей за вимогами до стану здоров'я протипоказані для інвалідів військової служби.

При цьому необхідно мати на увазі, що споріднені професії, на відміну від аналогічних («наскрізних»), не мають повної схожості між собою і, отже, не забезпечують можливості прямого переходу (без хоча б мінімальної перепідготовки, може бути, на робочому місці) з однієї діяльності на іншу. Але облік і використання вже вироблених у фахівця індивідуальних якостей, певних прийомів практичної роботи, досвіду розв'язання аналогічних за вимогами до людини службових ситуацій, дозволяють розраховувати, що вона за більш короткий термін і більш якісно освоїть споріднену діяльність і буде виконувати її з великим успіхом і задоволенням.

Реальну можливість освіти для інвалідів дає розвиток освітніх послуг через мережу Інтернет, що дозволяє отримати освіту в дистанційному форматі кожній людині, яка прагне до знань. В даний час в Україні відповідно до *Наказу Міністра освіти і науки України № 293 від 07.07.2000 р., Постанови КМУ від 23 вересня 2003 р. № 1494* прийнято низку заходів з розповсюдження принципово нової форми заочного навчання з використанням сучасних технічних засобів зв'язку – дистанційної освіти, яке може бути використане і для інвалідів військової служби.

**Дистанційна освіта** — це форма навчання з використанням комп'ютерних і телекомунікаційних технологій, які забезпечують інтерактивну взаємодію викладачів та студентів на різних етапах навчання і самостійну роботу з матеріалами інформаційної мережі.

Метою дистанційного навчання є надання військовослужбовцям, які проходять службу (проживають) у будь-яких регіонах країни, можливості отримання цивільного професійної освіти з використанням потенціалу провідних університетів та інститутів, при яких створені відповідні регіональні центри, і без відриву від служби або основної роботи. Можливо навчання за такими програмами як «Менеджмент», «Фінанси і кредити», «Бухгалтерський облік і аудит», «Юриспруденція». У разі успішного виконання програми навчання учню видається диплом державного зразка про професійну перепідготовку, що дає право займати відповідні посади за отриманою кваліфікацією.

*Таким чином*, в Україні на сьогодні створена необхідна нормативно-правова база для отримання інвалідами військової служби відповідного рівня професійної освіти з урахуванням стану їх здоров'я і наявних у них знань, досвіду та вмінь, отриманих у процесі проходження військової служби.

### **2.5.3. Зайнятість інвалідів військової служби та учасників АТО. Форми і методи роботи Служби зайнятості з учасниками АТО**

Проблема професійної реабілітації та зайнятості інвалідів повинна бути важливим напрямком соціальної політики держави.

Аналіз ситуації, що складається на ринку праці, свідчить про те, що у інвалідів військової служби нерідко виникають серйозні складнощі з працевлаштуванням, а, отже, із інтеграцією в громадянське суспільство, що може призвести до соціальної напруги. Роботодавці, які мають широкую можливість вибору праці, надають перевагу при прийомі на роботу людей, під будь-яким приводом відмовляючи в ній інвалідам. На цьому тлі все помітніше стає неконкурентоспроможність інвалідів при працевлаштуванні. Нерідко це обумовлено поширеною думкою, що інваліди можуть виконувати лише некваліфіковану роботу, у них найбільш часті помилки в роботі, прорахунки, що вони потребують постійної допомоги. Формування установок обумовлено не стільки об'єктивними, скільки суб'єктивними факторами самих інвалідів – низькою самооцінкою, невпевненістю в собі, пасивністю.

У зв'язку з цим необхідна розробка комплексу попереджувальних заходів, спрямованих на вирішення найбільш складних питань переходу військовослужбовців (і, в першу чергу – інвалідів) від військової служби до цивільного життя.



Існує ряд загальних *труднощів*, з якими доводиться сьогодні стикатися більшості військових-інвалідів.

1. Найчастіше це люди у віці і їм доводиться кардинально міняти професію, налагоджувати нові зв'язки, а це тягне емоційні перевантаження, стреси, психічні зриви.

2. Інформаційна та методична невідповідність військовослужбовців до дій на «мирному» ринку праці, грамотному пошуку підходящої роботи. Якщо інвалід з числа цивільних орієнтується в мирних професіях, то військовослужбовцю це представляє певні складності. Ці люди не знають особливостей ринку праці в своєму регіоні.

3. Більшість наявних сьогодні на ринку праці вільних місць не відповідає рівню освіти і професійної кваліфікації інвалідів з числа військовослужбовців (особливо офіцерський склад). Дана ситуація посилюється тим, що в органах служби зайнятості через слабке знання специфіки військових професій не завжди готові надати конкретну індивідуальну допомогу колишнім військовим при працевлаштуванні, а особливо інвалідам.

4. Військовим не завжди вистачає гнучкості, поступливості у спілкуванні з оточуючими. Прямота і жорсткість їх суджень часом викликають подив, нерозуміння. Ці особливості бажано враховувати службі зайнятості при роботі з інвалідами військової служби при їх працевлаштуванні та формуванні ІПР в центрі МСЕ.

У той же час необхідно враховувати, що у цих людей є *переваги перед представниками інших соціальних груп*. До числа таких якостей можна віднести: 1) професійну кваліфікацію (за своєю спеціальністю) та досвід практичної роботи; 2) загальну технічну грамотність; 3) вміння керувати людьми; 4) готовність взяти відповідальність на себе; 5) дисциплінованість і надійність; 6) організованість; 7) мобільність; 8) готовність підкорятися більшою мірою легітимним установкам, ніж неформальним лідерам; 9) схильність до самовдосконалення, освоєння нових знань і сфер діяльності.

Питання професійної реабілітації та зайнятості інвалідів військової служби мають вирішуватися шляхом розробки та реалізації комплексу *програм реабілітації та соціальної адаптації*, цільових програм сприяння зайнятості. У цих програмах мають бути передбачені заходи щодо працевлаштування колишніх військовослужбовців, випереджувальне профконсультування ще до звільнення з урахуванням вакансій на ринку праці; інформування органів військового управління і навчальних центрів про бажані напрямки перепідготовки; визначення спеціальностей, що не вимагають планової перепідготовки відповідних категорій військовослужбовців, створення додаткових робочих місць і спеціалізованих підприємств, встановлення квот для прийому на роботу інвалідів, надання послуг з професійної орієнтації тощо.

В Україні таких програм було декілька: *Комплексна програма соціальної та професійної адаптації* військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, (затверджена постановою КМУ України від 5 серпня 1996 р. № 918); *Програма соціальної і професійної адаптації військовослужбовців*, звільнених у запас або відставку, на період до 2005 року (затверджена Указом Президента України від 21 вересня 2002 року № 849/2002); *Порядок використання коштів*, передбачених у державному бюджеті для *соціальної адаптації військовослужбовців*, звільнених у запас або відставку (затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 4 лютого 2013 р. № 73); *Концепція Державної цільової програми соціальної і професійної адаптації військовослужбовців*, які підлягають звільненню, та осіб, звільнених з військової служби, на період до 2017 року (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2013 р. № 1068-р.). В зв'язку з подіями на Сході України постановою КМУ від 31.03.2015 р. № 179 був затверджений *Порядок використання коштів*, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з *соціальної та професійної адаптації учасників АТО* (крім військовослужбовців, звільнених у запас або відставку).

Згідно з цими документами, перепідготовка військовослужбовців-інвалідів, звільнених з військової служби, повинна здійснюватися з урахуванням їх індивідуальних особливостей, послідовності професійного розвитку людини до і після звільнення з військової служби і будуватися на основі хорошого знання потреб ринку праці у фахівцях різного профілю, тобто повинна передбачати працевлаштування тих, хто пройшов навчання. Перепідготовка військовослужбовців повинна бути орієнтована на принципово нові напрямки діяльності, сучасні професії, що з'являються, бізнес.

В цих програмах ***професійна адаптація*** – залежно від професії – трактується як спеціалізоване удосконалення наявних професійних знань, умінь і навичок або оволодіння новими та подальше успішне працевлаштування.

Працевлаштування колишніх військовослужбовців, які не потребують перепідготовки за новими спеціальностями, перепідготовка колишніх військовослужбовців за цивільними спеціальностями і їх працевлаштування, а також співпраця з ГО та фондами, які займаються питаннями соціальної адаптації військовослужбовців, – входять до сукупності заходів *соціальної адаптації* колишніх військовослужбовців.

***Порядок отримання послуг з професійної адаптації*** – аналогічний Порядку отримання послуг з соціальної адаптації (див. розділ 2.3.2. на с. 119).

*Перепідготовка за цивільними спеціальностями* всіх категорій кадрових військовослужбовців, осіб, звільнених з військової служби у зв'язку з інвалідністю, здійснюється в *різних видах навчальних закладів*: 1) в державних освітніх установах Мінісвіти; 2) у навчальних центрах професійного навчання

Державної служби зайнятості України; 3) в недержавних центрах перепідготовки, приватних навчальних закладах; 4) в інших навчальних центрах.

Згідно із *Законом України «Про зайнятість населення»* (ст. 30) право на підтримання конкурентоспроможності шляхом перепідготовки, спеціалізації, підвищення кваліфікації за професіями та спеціальностями для пріоритетних видів економічної діяльності мають певні категорії громадян, серед них є:

- **особи, звільнені з військової служби** (крім військовослужбовців строкової служби), служби в органах внутрішніх справ, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, органів і підрозділів цивільного захисту, податкової міліції або Державної кримінально-виконавчої служби України у зв'язку із скороченням чисельності, штату або за станом здоров'я до досягнення ними встановленого [ст. 263У](#) «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» пенсійного віку, за наявності вислуги не менше 10 років, які не набули права на пенсію відповідно до [3У](#) «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб»;

- **особи, звільнені з військової служби після участі у проведенні АТО**, з числа інвалідів до отримання права на пенсію відповідно до [3У](#) «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб».

Вибір професії (спеціальності) із затвердженого переліку, форми та місця навчання здійснюється особою.

Забезпечення прав інвалідів на працевлаштування та оплачувану роботу здійснюється шляхом їх безпосереднього звернення до підприємств, установ, організацій чи міських та районних центрів зайнятості.

Можна виділити *3 варіанти працевлаштування*:

- безпосереднє *працевлаштування за аналогічною або спорідненою професією* (допідготовка можлива в процесі роботи) або здійснення нової професійної зайнятості на основі інтересів досвіду і знань, набутих під позапрофесійної діяльності, включаючи створення своєї справи;

- короткочасна перепідготовка (перекваліфікація за *суміжною професією*, що має схожість за складом вимог до людини з колишньою діяльністю);

- професійне навчання (підготовка) за *принципово новою спеціальністю*.

В умовах серйозних економічних негараздів ліквідуються або скорочуються багато підприємств, установ та відомств. Тому, вибираючи конкретну професію, інваліду потрібно рекомендувати також враховувати усталеність, перспективність професії. Можливо, що в плані профорієнтації краще зорієнтуватися на напрямок, сферу праці, вже потім на конкретний вид діяльності.

При розгляді питання про професійну реабілітацію інвалідів важливим є питання про подібність військових і цивільних спеціальностей (див. розділ

2.5.2) і в ньому повинен певною мірою орієнтуватися як спеціаліст з реабілітації, що складає ІПР, так і профконсультант, що проводить потім роботу з інвалідом військової служби.

Питання про професійну освіту та перепідготовку інвалідів військової служби потребує спеціального рішення у разі виникнення інвалідності.

В умовах ринкової економіки необхідно, щоб професійна освіта інвалідів передбачала навчання конкурентоспроможним і престижних професіям, основам підприємницької діяльності, що буде служити забезпеченню рівності можливостей інвалідів у плані зайнятості. Методологія освіти інвалідів повинна передбачати розвиток здібностей інвалідів засвоювати знання і здобувати нові навички, при цьому повинні враховуватися особливості патології, а для навчання при необхідності повинні застосовуватися допоміжні засоби.

Професійне навчання інвалідів повинно обов'язково сполучатися з проведенням медичної та соціальної реабілітації, що є одним їх найважливіших факторів при інтеграції цього контингенту в звичайні освітні установи.

Для інвалідів можлива система курсового навчання. Ця система в короткі терміни, що, як правило, складають 2-6 місяців, забезпечує оволодіння найпростішими робочими спеціальностями, які найчастіше не потребують високого рівня загальної освіти, та (або) освоєння суміжних спеціальностей в рамках вже наявної професії та освоєння нової професії на базі наявної професійної освіти, при якому значна частина набутих раніше знань і умінь може бути використана в рамках знову обраної професії (спеціальності).

Так, *Вінницький міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів «Поділля»* проводить комплексну реабілітацію військовослужбовців АТО, які отримали інвалідність. Слухачі «Поділля» можуть обирати серед двох десятків професій (адміністратори, оператори котельні, офісні службовці-бухгалтери, перукарі, флористи, оператори комп'ютерного набору, візажисти, кравці, взуттьовики, касири тощо), безкоштовно навчатися, жити і харчуватися, отримати повний спектр медичних послуг. Усім випускникам після реабілітації видають дипломи державного зразка і допомагають із працевлаштуванням. Для проходження реабілітації в Центрі потрібно представити зроблені на МСЕК рекомендації ІПР та направлення від УП та СЗН за місцем проживання [195].

Також учасники АТО з числа інвалідів мають можливість отримувати послуги з професійної реабілітації на базі інших центрів професійної реабілітації, що діють в системі Міністерства соціальної політики. Зокрема, до них належать:

- *Всеукраїнський центр професійної реабілітації* (с. Лютіж Київської обл.);
- *Буковинський міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів* (м. Чернівці);

- *Львівський міжрегіональний центр соціально-трудової, професійної та медичної реабілітації інвалідів* (м. Львів) та інші.

Професійне перенавчання інвалідів військової служби поряд з військовослужбовцями запасу має здійснюватися за спеціальними програмами.

*Забезпечення зайнятості інвалідів здійснюється:* 1) на звичайних підприємствах; 2) на спеціалізованих підприємствах, які використовують працю інвалідів; 3) в надомних умовах; 4) організацією підприємництва; 5) самозайнятостю.

Пріоритетною областю зайнятості для інвалідів є робота на *звичайному підприємстві*, оскільки сприяє найбільш повній інтеграції їх у суспільство та представляє більш широкий вибір робочих місць, що дозволяє підібрати роботу, що найбільшою мірою відповідає можливостям і бажанням інваліда.

При неможливості працевлаштування інваліда на звичайному підприємстві, необхідно працевлаштовувати його на *спеціалізованому підприємстві*, призначеному для застосування праці інвалідів, що потребують особливих умов праці; в них проводяться реабілітаційні заходи.

На звичайних і спеціалізованих підприємствах для інвалідів створюються *спеціальні робочі місця* в межах встановленої *квоти*. Встановлення квоти для прийому інвалідів забезпечує додаткові гарантії зайнятості інвалідам, що зазнають труднощі в пошуку роботи. Засоби від квотування спрямовуються на фінансування роботодавців, що створюють робочі місця для інвалідів. Статтею 19 Закону України № 875 від 21.03.91 «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» для підприємств, установ, організацій, у т.ч. підприємств, організацій ГО інвалідів, фізичних осіб, що використовують найману працю, встановлюється норматив робочих місць для працевлаштування інвалідів у розмірі 4% середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу за рік, а якщо працює від 8 до 25 осіб, – у кількості 1 робочого місця.

Інвалідам I і II груп надається *робота вдома*. Організація роботи в надомних умовах можлива для осіб, які мають необхідні житлово-побутові умови, а також практичні навички, або можуть бути навчені цим навичкам для виконання певних робіт. Навчання та підвищення кваліфікації покладається на адміністрацію підприємства.

Пріоритетним напрямком зайнятості інвалідів в умовах ринкової економіки є сприяння *самозайнятості*, що включає в себе *підприємництво*. Підприємці – особи, що зайняті індивідуальною трудовою діяльністю, включаючи фермерів, членів виробничих кооперативів. Цей вид зайнятості може допомогти в адаптації інваліда військової служби до цивільного життя. У сільській місцевості інваліди можуть займатися фермерством або торгово-закупівельною діяльністю (сільськогосподарська продукція), а також виготовленням виробів народних промислів (вироби з берести, дерева). У місті інваліди можуть

займатися торгівельно-закупівельною діяльністю, репетиторством; відкривати свою власну справу з ремонту взуття на дому; ремонтом побутової техніки, телерадіоапаратури; виготовленням виробів народних промислів тощо. При роботі з інвалідами військової служби фахівці служби зайнятості повинні звертати увагу на наявні професійні навички та вміння враховувати їх, орієнтуючи інваліда на той чи інший вид діяльності; стимулювати зайнятися підприємницькою діяльністю.

*Самозайнятість і підприємництво передбачають:*

- укладення договорів з консультативними організаціями та бізнес-школами для виявлення підприємницьких здібностей і консультаційних послуг;
- навчання колишніх військовослужбовців основам підприємницької діяльності на спеціальних курсах і в бізнес-школах;
- стажування та інші форми отримання практичного досвіду підприємницької діяльності на підприємствах та організаціях недержавного сектора і за кордоном за рахунок передбачених на ці цілі коштів.

Для активізації роботи з військовослужбовцями та інвалідами актуальним є формування банку даних військовослужбовців, звільнених з військової служби, які потребують працевлаштування та перепідготовки, розроблення комплексних програм, що передбачають адаптацію офіцерів запасу, починаючи з перенавчання і закінчуючи створенням нових робочих місць для їх працевлаштування (наприклад, програми підготовки фахівців екологів-автомеханіків, що здійснюють контроль за викидом відпрацьованих газів автомобілів і регулювання карбюраторних двигунів, підготовки фахівців відео-і комп'ютерної графіки, дизайну та реклами).

Важливою формою роботи з працевлаштування залишається проведення обласних, районних та міських *ярмарків вакансій* для військовослужбовців.

Важливе місце в професійній перепідготовці військовослужбовців займають органи *Служби зайнятості*.

**Служба зайнятості** повинна надавати широкий комплекс заходів щодо сприяння професійної реабілітації інвалідів військової служби, що включає [60]:

- кваліфіковану професійну орієнтацію;
- навчання, перенавчання, підвищення кваліфікації;
- професійну адаптацію (для інвалідів);
- надання допомоги в отриманні робочого місця, включаючи сприяння при вступі на роботу;
- надання для спеціального робочого місця інваліда допоміжних технічних пристосувань, додаткового обладнання, додаткового оснащення.

Вирішення задач по соціальної адаптації та перепідготовці інвалідів повинно проводитися з урахуванням регіональних особливостей ринку праці.

Служба зайнятості має розробити *цільові програми забезпечення зайнятості інвалідів військової служби*, що створюють умови для їх адаптації, використання інтелектуального та професійного потенціалу. Цільові програми повинні включати: 1) організацію комплексу заходів з профконсультування, профорієнтації та психологічної підтримки інвалідів військової служби; 2) професійне навчання цивільним спеціальностям з урахуванням ситуації на ринку праці та гарантованого працевлаштування; 3) навчання основам бізнесу та ринкової економіки, залучення інвалідів військової служби в приватнопідприємницьку діяльність на основі створення власного бізнесу або самозайнятості; 4) створення нових і додаткових робочих місць на підприємствах малого та середнього бізнесу.

Програми повинні передбачати заходи щодо посилення координаційної діяльності, усунення відомчої роз'єднаності в процесі професійної перепідготовки, працевлаштування інвалідів та учасників бойових дій.

Доцільно організувати суміщення періоду реабілітації інвалідів з навчальним процесом, використанням нових методів дистанційної освіти, поєднанням навчального процесу з практикою підприємницької діяльності.

Служба зайнятості має проводити аналіз потреб колишніх військових, інвалідів військової служби, зокрема, учасників АТО, в професійній перепідготовці, виборі напрямків у працевлаштуванні. Певні напрацювання вже є. Так, у *центрі зайнятості Харківської області* станом на серпень 2015 р. за допомогою у працевлаштуванні звернулися 373 демобілізованих бійця. З них 105 військових вже забезпечені роботою. Військові можуть влаштуватися не тільки на запропоновані вакансії, а й спробувати відкрити власний бізнес. Для цього служба зайнятості надає їм одноразову матеріальну допомогу. 55 бійців вже скористалися своїм правом стати підприємцями і отримали виплату, розмір якої іноді сягав 30 тис. грн. Крім того, в службі зайнятості військові можуть безкоштовно отримати нову спеціальність, актуальну на ринку праці, для чого в Харкові працює центр професійно-технічного навчання. Професійне навчання пройшли вже більше 70 військових [151].

Крім того, в Харківській ОДА планують запуснути новий освітній проект для військових, демобілізованих із зони АТО. Перспективну сьогодні ІТ-спеціальність вони зможуть отримати безкоштовно. Заняття проходитимуть на базі одного з харківських вузів та ІТ-компаній, які розроблять спеціальний курс. У плані реалізації різних проектів міжнародної технічної допомоги, зокрема, в ІТ-сфері, великий акцент робиться на освіту, на розвиток креативних просторів. Зараз ведуться переговори з міжнародними організаціями-донорами щодо фінансування програми навчання українських військовослужбовців, демобілізованих із зони АТО. Закінчивши спеціальні курси, вони отримають

базові навички програмування, які дозволять їм працювати, наприклад, тестувальниками, і отримувати достатньо хорошу заробітну плату [157].

У липні 2015 р. для вирішення проблеми працевлаштування та перекваліфікації демобілізованих учасників АТО стартував проект під назвою **«Працьовита Україна»** [145]. Програма створена за ініціативи компанії «WOG PITEЙЛ» і має на меті вирішити завдання із допомоги у пошуку роботи, навчанні воїнів та безпосереднього забезпечення робочими місцями на самій компанії, а також на підприємствах-партнерах проекту. Програма допомагатиме демобілізованим воїнам АТО у підготовці резюме, а також розміщенні резюме на сайтах із працевлаштування (планується співпраця з найбільшими сайтами із пошуку роботи). Крім цього, передбачається забезпечити проходження курсів із перекваліфікації. Наступний крок – допомога демобілізованим власне у працевлаштуванні, для чого планується залучити близько 10 тис. організацій середнього та великого бізнесу. З моменту подання заявки на працевлаштування до забезпечення демобілізованого воїна робочим місцем може пройти зовсім небагато часу (в межах декількох тижнів). Якщо ж учасникам АТО знадобляться додаткові навички, то період до моменту працевлаштування подовжиться на період навчання. В рамках програми є квота на працевлаштування людей з інвалідністю, і зокрема компанія «WOG PITEЙЛ» готова забезпечити робочими місцями людей з обмеженими можливостями. Із червня працює офіс за адресою Жилянська, 12 а, та сайт [work.wog.ua](http://work.wog.ua), де містяться основна інформація та останні новини, пов'язані з програмою. Програма триватиме принаймні рік, і за підсумками першого кварталу роботи будуть зроблені перші висновки. Організатори планують в перспективі заручитися підтримкою *Державного центру зайнятості*. Партнерами проекту вже сьогодні є такі масштабні громадські організації як «Київська міська спілка ветеранів АТО», «Воїну – гідна праця», «Центр зайнятості Вільних людей».

**Головне управління по м. Києву та Київської області ПАТ «Ощадбанк»** готове сприяти працевлаштуванню осіб, які набули інвалідність під час АТО та втратили постійне місце роботи під час служби, відповідно до їх кваліфікації та потреб банку: охоронники; спеціалісти з програмного забезпечення та інші. Додаткова інформація за телефоном (044)206-74-86 [180].

**Центр допомоги учасникам АТО при Дніпропетровській ОДА, навчальний ІТ центр Level UP і громадська організація «ІТ Рух Дніпро»** організували безкоштовні комп'ютерні курси для учасників АТО. Передбачені 2 програми навчання: базові комп'ютерні знання і веб-розробка з використанням мови програмування PHP. Крім того, HR-фахівці навчають правильно складати резюме. Навчання відбувається в центрі Level Up, на базі



існуючих курсів. В кожній аудиторії займаються по 12 учнів. Програма розрахована на 30 тижнів. Телефони: (056) 742-86-62;(068) 679-89-61 [196].

Службою зайнятості **Черкаської області** проводиться активна робота щодо з'ясування потреби у працевлаштуванні, бажанні у професійному навчанні у осіб з числа учасників АТО [210]. За допомогою фахівців служби у приміщенні КЗ «Черкаський обласний госпіталь для інвалідів війни» створено інформаційний пункт, де отримують консультації колишні учасники АТО. В усіх базових центрах зайнятості області створено інформаційні куточки для учасників АТО, які систематично поповнюються актуальними матеріалами.

Спеціалісти базових центрів зайнятості забезпечують індивідуальний підхід до учасників АТО. Налагоджено співпрацю з роботодавцями. Завдяки цьому демобілізованих працевлаштовують за професіями, які вони мали до мобілізації або ж пропонують пройти підвищення кваліфікації, підготовку, перепідготовку в залежності від потреб роботодавців. Проводиться робота щодо з'ясування потреби в професійному навчанні цієї категорії громадян. Їм пропонується професійне навчання, в тому числі індивідуальної форми, в навчальних закладах області та центрах професійно-технічної освіти Державної служби зайнятості.

Станом на липень 2015 р. до центрів зайнятості області звернулось 247 осіб з числа демобілізованих військовослужбовців, які брали участь в АТО. Всі вони отримали профорієнтаційні послуги, 20 – працевлаштовані, 234 – призначено виплату допомоги по безробіттю, 22 – забезпечено тимчасову зайнятість, 15 – проходять професійне навчання за направленням служби зайнятості, 5 – отримали допомогу на відкриття власної справи, 1 особа працевлаштована до роботодавця за рахунок виплати йому компенсації єдиного соціального внеску.

Вирішувати ці питання допомагають угоди про співпрацю, укладені між Черкаським обласним центром зайнятості та департаментом соціального захисту населення Черкаської ОДА, ДУ «Черкаський обласний контактний центр», навчальним центром державної прикордонної служби України «Оршанець», представництвом регіонального кризового психологічного центру Черкаської обласної благодійної фундації «Паритет», благодійною організацією «Центр допомоги армії», ГО «Волонтер Черкащини» та «Спільнота біженців Донецька та Сходу України», КЗ «Черкаський обласний госпіталь для інвалідів війни Черкаської обласної ради.

У **Львівському обласному центрі зайнятості** працює регіональний координаційний штаб, на засіданнях якого якому обговорюються механізми працевлаштування інвалідів-учасників АТО, проблемні питання, що виникають під час надання соціальних послуг згаданій групі населення у сфері зайнятості [164]. Станом на березень 2015 р. роботу за сприяння центрів зайнятості

шукали 9 учасників АТО. Із них 1 проходить професійне навчання за професією «верстатник деревообробних верстатів», 3 – потребують психологічної адаптації.

З квітня цього року у *Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих імені Юрія Липи* в рамках «Єдиного вікна» для надання послуг українським військовим-учасникам АТО розроблено інфографіку «Шлях учасника АТО», у якій передбачено, що працівники служби зайнятості займатимуться пошуком місць праці для учасників БД після того, як останні поправлять фізичне й моральне здоров'я, пройдуть увесь процес реабілітації й готові будуть приступити до роботи.

*Нововолинський центр допомоги військовим* на своїй сторінці у Facebook та на сайті: [https://docs.google.com/forms/d/1Mb5-PLauL9aY97gbpYD5RBAUDrz8-\\_ssh7w1v32R6W4/viewform?c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/1Mb5-PLauL9aY97gbpYD5RBAUDrz8-_ssh7w1v32R6W4/viewform?c=0&w=1) розмістив *Анкету для учасників АТО* з Волині, які бажають отримати працевлаштування [147]. Анкета дасть змогу визначити напрямки роботи (навчання, перенавчання або допомога з пошуком роботи). Заповнити анкету та взяти участь в цій програмі усі бажаючі можуть безпосередньо на сайті. Ел. адреса для довідок: [kiev.ato.i.ua@gmail.com](mailto:kiev.ato.i.ua@gmail.com). Форма Анкети – див. *Додаток 5*.

14 липня 2015 року відбулося підписання *Меморандуму про співпрацю та взаємодію* між Державною службою зайнятості, Фондом соціального захисту інвалідів, Державною службою України у справах ветеранів війни та учасників АТО, Українським товариством глухих, Українським товариством сліпих та ВОІ «Союз організацій інвалідів» [154]. Меморандум передбачає надання комплексу соціальних послуг учасникам АТО та особам з інвалідністю за участю сторін, що підписали меморандум. Це інформаційно-консультаційні та профорієнтаційні заходи, професійне навчання, сприяння в організації власної справи, працевлаштування тощо. Зокрема, йдеться про професійне навчання службою зайнятості осіб з інвалідністю з подальшим їх працевлаштуванням на спеціальні робочі місця, створені за сприяння Фонду соціального захисту інвалідів. Роботодавці також отримують можливість навчати учасників АТО, які не є безробітними, за затребуваними на ринку праці робітничими професіями та спеціальностями на базі центрів професійно-технічної освіти (ЦПТО) державної служби зайнятості за кошти Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників АТО.

Об'єднання зусиль і, головне, фінансових ресурсів сприятиме розширенню можливостей учасників АТО, які стали інвалідами, отримати додаткові засоби для досягнення ефективної зайнятості, а також – створенню дієвого механізму взаємодії. Крім того, сторони-підписанти ставлять на меті удосконалення нормативно-правових актів щодо забезпечення безперешкодного працевлаштування та інтеграції інвалідів та учасників АТО в

суспільство. Також будуть об'єднані зусилля в здійсненні просвітницької та інформаційно-роз'яснювальної діяльності у суспільстві щодо рівних прав та можливостей інвалідів та учасників АТО у сфері зайнятості та суспільному житті.

**ГО «Українська асоціація інвалідів АТО»** спільно з **Державною Службою України у справах ветеранів війни та учасників АТО** проводить програму «Заходи з соціальної та професійної адаптації учасників АТО». Дана програма спрямована на здійснення заходів із соціальної та професійної адаптації учасників АТО, а саме: працевлаштування ветеранів, їх навчання та перенавчання [159].

*Верховна Рада України* в другому читанні прийняла зміни до чинного законодавства в сфері зайнятості та загальнообов'язкового державного соціального страхування. Відповідно до новацій, суб'єктам господарювання, котрі будуть створювати нові робочі місця для учасників АТО та внутрішньо переміщених осіб, відшкодовуватимуться витрати на виплату заробітної плати. Якщо такі зміни будуть запроваджені, з'являться дієві механізми залучення пільгових категорій безробітних до продуктивної зайнятості.

Готуються пропозиції до проектів *Законів України «Про освіту», «Про професійну освіту»* у частині підготовки, поліпшення стану матеріального та кадрового забезпечення навчальних закладів, що здійснюватимуть професійну адаптацію для учасників АТО, надаючи їм кваліфікації за новими професіями, або підвищуватимуть їх професійний рівень за раніше здобутими професіями, спеціальностями на базі професійно-технічних навчальних закладів [182].

Активно підключаються до вирішення питань професійної реабілітації учасників АТО з інвалідністю *релігійні організації*. У квітні 2015 р. на засіданні Священного Синоду **Української Православної Церкви** єпархіальним архієреям було рекомендовано створити у ввірених їм єпархіях центри духовної підтримки та реабілітації учасників БД на Сході України та організувати набір волонтерів для професійної підготовки чи перепідготовки воїнів-інвалідів АТО [150].

*Таким чином*, професійно-трудова реабілітація інвалідів військової служби, учасників АТО має найважливіше значення для інтеграції їх в суспільство до повноцінного життя. В цьому процесі активну участь приймають державні, громадські, релігійні організації, створюються необхідні заходи для найбільшого задоволення потреб інвалідів в даному виді реабілітації.

## ШЛЯХИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ АТО

### 3.1. Невирішені питання та шляхи удосконалення системи реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО

Антитерористична операція на Сході України оголила значну кількість проблем у системі охорони здоров'я. Незважаючи на те, що проблеми, із якими стикаються медичні працівники та пацієнти під час лікування, є досить типовими для системи охорони здоров'я, в умовах проведення АТО їх невірність призводить до трагічних наслідків.

Зокрема, відсутність *протоколів лікування* або їх невідповідність сучасним методикам лікування та занадто розширений *Національний перелік основних лікарських засобів і виробів медичного призначення* часто призводять до призначення пораненим надмірної кількості препаратів, що сприяє поширенню поліпрагмазії. Відсутність затверджених критеріїв та протоколів діагностики часто призводить до проведення непотрібних процедур. Відсутня можливість отримання достовірних даних про обсяги та якість медичної допомоги, наданої в регіонах.

Більше того, з'явився ряд суттєвих проблем, на які раніше не було й мови. Зокрема – особливості лікування уражень від вогнепальної зброї, масові полі травми, а також післятравматичні стресові розлади. Тому особливо гострим є питання проведення *медичної та психологічної реабілітації, питань протезування*. Першочерговим завданням є створення *протоколів та стандартів* медичної та медико-психологічної реабілітації в Україні.

До 2014 року незалежна сучасна Україна ніколи не перебувала у відкритому широкомасштабному збройному конфлікті. Тому у багатьох питаннях українські фахівці недостатньо компетентні. Лише міжнародний досвід може допомогти у вирішенні таких надскладних завдань.

В умовах війни реабілітація військовослужбовців має загальнодержавне значення, є важливою складовою ефективності системи охорони здоров'я. Успішне відновлення пораненого бійця на 80% залежить саме від ефективності процесу реабілітації. Тому профільні установи травматології й ортопедії, інші медичні, санаторно-курортні заклади повинні надавати максимальну допомогу в післятравматичній та післяопераційній реабілітації бійців АТО.

Система *медичної реабілітації* повинна мати багаторівневий характер у вигляді мережі установ, центрів, відділень, кабінетів, що забезпечують поетапне і послідовне відновне лікування хворих та інвалідів з основною тяжкою патологією. Вона повинна забезпечувати спадкоємність ланок «*стаціонар – санаторій – поліклініка*» та «*стаціонар – поліклініка*».

Забезпечувати реалізацію медичного розділу програм реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО повинні *реабілітаційні медичні установи*. Їх мережа повинна бути розширена відповідно до потреби в них хворих та інвалідів. Для забезпечення якості діяльності установ необхідно укомплектувати їх відповідним обладнанням, підготувати фахівців різного профілю (психологів, соціальних працівників, працетерапевтів, соціальних педагогів та ін.), розширити перелік послуг, що надаються. Типова схема побудови реабілітаційного центру для комплексної реабілітації інвалідів військової служби та БД представлена в розділі 3.2.

Крім того, реабілітаційна медична допомога повинна бути включена в діяльність всіх *місцевих медичних установ*: лікарень, амбулаторно-поліклінічних та спеціалізованих медичних закладів, в практику сімейного лікаря. При цьому реабілітаційна діяльність цих установ повинна стати однією з ланок первинної медико-санітарної допомоги поряд з профілактикою, лікуванням та психосоціальною допомогою, взаємодіючи з родиною, побутовим оточенням, соціальним і культурним середовищем.

Важливе місце в системі медичної реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО повинні зайняти *госпіталі ветеранів війни*, що мають добру матеріально-технічну базу та накопичили великий досвід роботи з даним контингентом.

Реабілітація передбачає і використання потужностей *санаторно-курортних закладів*. Сьогодні сфера курортів України залишається без належної державної політики, відповідного контролю, координації, розвитку, впровадження новітніх методичних розробок та популяризації. Відносини у сфері санаторно-курортного забезпечення характеризуються складністю зв'язків між суб'єктами управління всіх рівнів: МОЗ України, Мінсополітики, Міноборони, іншими органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, у віданні яких перебувають санаторно-курортні заклади, а також державними страховими фондами, що виділяють кошти на оплату путівок. Отже, існує необхідність проведення інвентаризації санаторно-курортної системи України, щоб виявити її реальний стан. У відомчих санаторіях та санаторіях Укрпрофоздоровниці, які мають необхідний кадровий потенціал, досвід та обладнання, потрібно базувати *центри медичної реабілітації* (за умови скорочених процедур придбання путівок). До штатного розкладу цих центрів обов'язково мають бути включені лікарі-невропатологи, дитячі неврологи, психотерапевти, психологи.

Реабілітація постраждалих – процес довготривалий, потребує *кваліфікованих спеціалістів*, кількість яких сьогодні, на жаль, обмежена. Якщо врахувати, що середній вік фізіотерапевтів сьогодні становить 56 років, а лікарів з медичної реабілітації Україна не готує, необхідно поставити питання

перед вищими навчальними закладами МОЗ України щодо розробки відповідних навчальних програм та запровадити в рамках євроінтеграції нову лікарську спеціальність за європейським зразком — «Фізична та реабілітаційна медицина».

На сьогодні в Україні 4 навчальні заклади готують фахівців фізичної реабілітації. *Харківська державна академія фізичної культури* вже близько 10 років займається із студентами-інвалідами. Доцільно створити при навчальному закладі *факультет* для осіб із фізичними обмеженнями, що постраждали в зоні АТО. Крім повноцінної освіти, це дасть їм можливість реалізувати себе в параолімпійському та дефолімпійському спорті, стати професійними спортивними коментаторами, кваліфікованими суддями, тренерами для інвалідів.

Питанням, що потребують вирішення, є відсутність *комплексного системного підходу* до реабілітації інвалідів військової служби та учасників АТО. Необхідно об'єднання в межах компетенції усіх функціональних можливостей державних органів та відомств для створення системи надання допомоги цій категорії населення. Системний підхід має включати заходи починаючи від освоєння бійцями навиків надання першої допомоги на полі бою до побудови цілісної системи реабілітації учасників АТО.

На державному рівні повинна бути негайно розроблена та імplementована по всій Україні *єдина модель надання допомоги бійцям*, що повертаються із зони АТО, де чітко вказано, куди людина повинна звернутися, куди має бути переведена у разі потреби і т.д. Щоб спланувати кроки в напрямку подальшої медичної реабілітації, необхідно проаналізувати структуру поранень. Переважна більшість – це поранення кінцівок та голови, значно менша частина – пошкодження внутрішніх органів, грудної клітки, хребта. Кожне з цих захворювань потребує застосування різних спеціальних лікувальних факторів. Необхідно в практику системи медичної реабілітації впровадити сучасні технології та методики реабілітації хворих та інвалідів, які мають порушення здоров'я в результаті участі в бойових діях.

Особливо слід відзначити необхідність вирішення на державному рівні питань *організації диспансеризації* осіб, які не мають інвалідності і є учасниками бойових дій.

*Таким чином*, потребують вирішення проблеми по **медичній реабілітації** інвалідів військової служби – учасників бойових дій (учасників АТО), а саме:

1. Розробка дієвих заходів щодо удосконалення та адаптації нормативно-правової бази з питань надання своєчасної та якісної медичної допомоги в умовах бойових дій та забезпечення дієвої системи реабілітації учасників АТО.

2. Розробка проектів Законів України «Про реабілітацію» та внесення змін до Закону України «Про курорти», що стосуються надання медичної реабілітаційної допомоги інвалідам військової служби та учасникам АТО.

3. Проведення детальної інвентаризації та паспортизації усіх наявних в Україні реабілітаційних (психологічних, оздоровчих, санаторно-курортних та інших) ресурсів різних форм власності та відомчої підпорядкованості, які мають матеріально-технічне оснащення, підготовлені кадри для проведення медичної реабілітації учасників АТО на різних рівнях, визначити їх потужності і можливості; скласти їх переліки.

4. З метою забезпечення ефективного використання наявних ресурсів галузі та розмежування повноважень закладів охорони здоров'я, що надають вторинну та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу особам, що постраждали внаслідок БД – розробка та затвердження переліку захворювань і станів, медична допомога при яких надається закладами третинного рівня.

5. Організація на державному рівні поетапної медичної реабілітації учасників АТО та постраждалих під час проведення АТО (стаціонар, санаторій, поліклініка); координація цієї роботи.

6. Розробка *стандартів* з проведення медичної та психологічної реабілітації для постраждалих учасників АТО у відповідності із міжнародним законодавством; забезпечити перегляд наявних *клінічних протоколів* у частині їх адаптації до реальних потреб військовослужбовців та учасників АТО у медичній допомозі на первинному рівні, у т.ч. в умовах проведення БД; здійснювати контроль за дотриманням державних стандартів у сфері санаторно-курортного лікування.

7. Створення на базі державних підприємств/установ МОЗ України центрів з реабілітації учасників АТО; координація діяльності медичних закладів Міністерства оборони, МВС України, СБУ, МОЗ України, Міністерства соціальної політики України, органів місцевого самоврядування та створення на їх базі реабілітаційних відділень.

8. Удосконалення нормативно-правової бази щодо кадрової підготовки спеціалістів-реабілітологів. Розробка та затвердження медичної спеціальності за фахом «Фізична та медична реабілітація», розробка кваліфікаційних вимог, програми навчання та внесення зазначеної спеціальності до Національного класифікатора України – «Класифікатора професій ДК 003:2010».

9. Створення *Єдиного реєстру* поранених учасників АТО (із зазначенням характеру поранень); організація *диспансеризації* учасників бойових дій.

10. Державне фінансування проведення медичної та психологічної реабілітації для учасників АТО та постраждалих в зоні проведення АТО.

11. Розробка науково-методичних матеріалів щодо адаптації існуючих систем управління охороною здоров'я до умов бойових дій та проведення заходів з медичної та психологічної реабілітації учасників АТО.

12. Потребує створення в Україні *Державної системи комплексної реабілітації* осіб, які постраждали при виконанні обов'язків військової служби, із включенням до неї багатoproфільних спеціалізованих установ комплексної реабілітації, використання зарубіжного досвіду.

*Взагалі*, потрібно створити таку систему реабілітації, щоб якомога менше учасників АТО ставали інвалідами.

Для вирішення в повному обсязі завдань медичної реабілітації необхідна реалізація *соціальних компонентів реабілітації*, для чого потрібно створити умови для проведення психологічної та лікувально-трудова реабілітації.

З метою розвитку системи та підвищення ефективності *соціальної реабілітації* інвалідів військової служби – учасників бойових дій доцільно здійснити *наступний комплекс заходів*:

1. Розглянути проекти законодавчих актів, що розширюють *правову базу* захисту прав і законних інтересів інвалідів військової служби та бойових дій.

2. Розробити цільові програми з вирішення питань захисту прав і законних інтересів інвалідів бойових дій.

3. Організувати широкий міжнародний обмін досвідом роботи з ветеранами ЛВК, відвідування делегаціями різних країн реабілітаційної інфраструктури для інвалідів БД; провести розповсюдження матеріалів про національні стандарти, правові норми, створені і функціонуючі інститути соціально-правового захисту та реабілітації, використані організаційно-правові засоби і технології.

4. На підставі наявного досвіду в США, Великобританії, Ізраїлі, РФ та інших країнах розглянути можливість створення в Україні в системі органів державної влади окремого *Міністерства (державного комітету) у справах ветеранів*, розгорнувши на його базі систему регіональних і муніципальних структур, що здійснюють заходи соціально-правової підтримки інвалідів БД, а також надання допомоги в захисті ними своїх прав.

5. Проводити правове консультування та правову підтримку заходів захисту своїх прав і законних інтересів осіб, які постраждали при виконанні обов'язків військової служби, на базі багатoproфільних спеціалізованих установ комплексної реабілітації, які будуть включені до *Державної системи комплексної реабілітації*.

6. Органам державної влади, ГО ветеранів та інвалідів БД більш активно інформувати осіб, які постраждали при виконанні обов'язків військової служби (службових обов'язків) та членів їх сімей, а також членів сімей загиблих військовослужбовців про їхні права, гарантії їх реалізації та захисту, а також



правової та політичної оцінці їх внеску в боротьбу за забезпечення національної безпеки, боротьбу з тероризмом. З цією метою ввести в практику організацію прийому населення з даних питань, публікації в ЗМІ, виїзні засідання, консультації, організацію роботи пунктів правового консультування.

Соціальна реабілітація осіб, що постраждали при виконанні обов'язків військової служби, повинна стати важливим дієвим механізмом відновлення (компенсації) втраченого здоров'я інвалідів БД, підвищення їх морального благополуччя. Для цього необхідне вдосконалення її змісту, форм і методів роботи.

Необхідно також зосередити увагу на **сфері протезування**, яка потребує розширення державних програм та активного залучення сучасних технологій.

*Завданнями* по забезпеченню учасників АТО **технічними та іншими засобами реабілітації** є наступні:

1. На базі Українського науково-дослідного інституту протезування, протезобудування та відновлення працездатності (м. Харків) створити *Координаційну раду* з питань ортопедії та протезування із залученням всіх зацікавлених відомств.

2. Зробити *Єдиний відкритий реєстр* державних та приватних підприємств, що надають послуги з протезування, протезобудування та відновлення працездатності, надати інформацію в заклади охорони здоров'я.

3. Проводити протезування та протезобудування на базі спеціальних вітчизняних закладів з протезування (з обов'язковим залученням розробок українських НДІ даного профілю).

4. Забезпечити розробку та виробництво вітчизняними підприємствами вітчизняних протезів, ортезів і біоматеріалів для протезування учасників АТО.

5. Максимально інформувати населення через засоби масової інформації щодо вітчизняних наукових розробок та досягнень з протезування, про державні та приватні підприємства, що надають послуги з протезування, протезобудування та відновлення працездатності.

6. Передбачити регулярне виділення коштів з Державного бюджету на фінансування протезування інвалідів військової служби та учасників АТО.

З метою підвищення ефективності **професійно-трудової реабілітації** інвалідів військової служби – учасників бойових дій необхідно:

1. Об'єднати зусилля держустанов та громадських організацій України для безперешкодного працевлаштування та інтеграції інвалідів та учасників АТО в суспільство.

2. Розробити чіткий механізм працевлаштування даного контингенту інвалідів після надання їм необхідної комплексної психологічної підтримки.

3. Залучати фінансові стимули для працедавців, які працевлаштовують інвалідів бойових дій.

4. Посилити контроль за дотриманням роботодавцями соціальних гарантій таких військовослужбовців та у разі виявлення порушень вжити відповідних заходів з відновлення порушених прав. У разі необхідності зазначені установи мають сприяти забезпеченню оформлення допомоги по безробіттю демобілізованим із військової служби в найкоротші строки, надання таким особам послуг з працевлаштування, професійної підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації.

5. Вирішення проблеми трудової зайнятості інвалідів вимагає наукового обґрунтування створення системи трудової зайнятості цієї групи населення, що включає комплексне дослідження медико-функціональних, економічних, психологічних, правових та інших аспектів.

### **3.2. Типова схема побудови реабілітаційного центру для комплексної реабілітації інвалідів військової служби та бойових дій**

Центральною ланкою в системі реабілітації учасників бойових дій повинні бути спеціалізовані *центри комплексної реабілітації*, які виконують такі завдання:

- через військкомати формують *Реєстр учасників бойових дій*;
- здійснюють свою діяльність з двома категоріями учасників бойових дій: *інвалідами* та *особами, які не мають інвалідності*. Визначення потреб у реабілітації та розробка ІПР інваліда здійснюється у закладах МСЕ. Інвалід приходить до реабілітаційного Центру з ІПР для її реалізації. Особи, які не мають інвалідності, мають бути запрошені до реабілітаційного Центру, де даному контингенту надається весь комплекс послуг: визначається структура потреби в реабілітації і даються напрямки в різні відомства (охорона здоров'я, освіта, зайнятість);
- взаємодіють з установами охорони здоров'я, що забезпечують диспансеризацію, лікування, медичну реабілітацію та профілактику інвалідності;
- взаємодіють з установами освіти та служби зайнятості, забезпечуючи сприяння у навчанні (перенавчанні) і працевлаштуванні;
- реалізують для всіх категорій учасників БД програми соціальної, професійної та медичної реабілітації у відповідності зі своїми функціями і оснащенням.

*Андресва О.С.* [39] запропонувала модель центру комплексної реабілітації учасників бойових дій.

## **МОДЕЛЬ ЦЕНТРУ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

До *структури* Центру реабілітації входять відділи, відділення, кабінети, підрозділи і служби. Дана модель передбачає всі напрямки реабілітації учасників БД, проте в залежності від переважаючої потреби в тому чи іншому вигляді реабілітаційної допомоги учасникам БД, характерної для регіону, структура регіональних центрів може гнучко змінюватися.

### ***Інформаційно-консультативне відділення***

#### ***Функції:***

- інформування та консультування інвалідів, їх сімей, громадських організацій інвалідів – учасників БД з питань медико-соціальної реабілітації;
- надання консультативно-інформаційної та правової допомоги інвалідам, які проходять реабілітацію в Центрі;
- ведення статистичної звітності, аналіз та узагальнення даних.

#### ***Структурні підрозділи:***

- кабінет інформації та консультування з питань реабілітації;
- кабінет консультативно-правової просвіти;
- кабінет статистики.

***Матеріально-технічне забезпечення:*** необхідні окремі приміщення, оснащені комп'ютерами або іншими пристроями для проведення збору, обробки та розмноження методичних та ін. матеріалів.

***Фахівці:*** з вищою освітою; юридично-правова допомога здійснюється фахівцями з вищою юридичною освітою.

### ***Відділ соціальної реабілітації***

#### ***Функції:***

- консультування та надання допомоги у соціальній сфері;
- підготовка інваліда до незалежного способу життя (навчання самообслуговуванню, користуванню побутовими приладами, веденню господарства за допомогою технічних пристосувань), визначення потреб інвалідів у різних видах соціальної допомоги та контакти з соціальними службами;
- навчання членів сім'ї інваліда догляду за ним;
- підбір інваліду допоміжних засобів та засобів пересування.

#### ***Структурні підрозділи:***

- відділення соціально-побутової адаптації,
- відділення соціально-середовищної орієнтації;
- навчальні класи, що моделюють житлові приміщення, спеціально обладнані засобами соціально-побутової реабілітації, в т.ч. комп'ютеризованими побутовими приладами.

## ***Відділення соціально-побутової адаптації***

### *Функції:*

- оцінка можливості незалежної життєдіяльності, що включає оцінку потреб і тестування для забезпечення ТЗР (соціально-побутова діагностика);
- підбір інваліду ТЗР та навчання користуванню ними;
- проведення адаптаційного навчання, що включає інформування та навчання інваліда та його рідних «поверненню до життя»;
- розробка індивідуальних рішень питань адаптації житлово-комунальних умов до інваліда;
- підготовка інваліда до незалежного способу життя (навчання самообслуговуванню, користуванню побутовими приладами, веденню господарства, навичкам незалежного способу життя за допомогою вправ і технічних пристосувань);
- переорієнтація інтересів інваліда та його сім'ї з метою підтримки їх соціальної інтеграції;

*Фахівці:* з вищою медичною освітою і спеціалізацією по реабілітації інвалідів; соціальні працівники за участю середнього медичного персоналу з відповідною спеціалізацією; фахівці з соціальної роботи зі спеціалізацією по реабілітації інвалідів.

### *Структурні підрозділи:*

- кабінет соціально-побутової діагностики. *Матеріально-технічне забезпечення:* спеціальне обладнання, що дозволяє провести визначення потреби інваліда в заходах соціально-побутової адаптації та намітити шляхи його відповідного навчання.
  - навчальні класи для адаптаційного навчання;
  - кабінети навчання навичкам самостійного проживання;
  - кабінети з навчання користуванню ТЗР:
    - кабінет технічних засобів пересування;
    - кабінет засобів самообслуговування;
    - кабінет тренажерних доріжок для ходьби і пересування на автономних засобах пересування.

## ***Відділення соціально-середовищної орієнтації:***

### *Функції:*

- проведення *психологічної реабілітації*: 1) психодіагностика інваліда, в т.ч. оцінка структури і ступеня порушення психіки, особливостей особистості, мотивації на реабілітацію, рівня соціальної адаптації, ступеня розвитку соціальних навичок; 2) динамічне психодіагностичне обстеження інваліда з метою визначення його психологічного статусу в ході реабілітації;

- здійснення *соціально-психологічної та психологічної реабілітації* інваліда, в т.ч.: психотерапевтичних заходів (зниження рівня тривожності, формування адекватної самооцінки тощо), психологічної корекції (тренування соціальних навичок, корекція неадекватних професійних намірів тощо);
- *психологічне консультування* з особистісних і емоційних проблем;
- *оцінка проблем та здійснення психологічної допомоги сім'ї інваліда*;
- здійснення *після випуски* інваліда контролю за його психологічним статусом, рівнем соціально-психологічної адаптації, надання психологічної допомоги;
- проведення *рекреаційної терапії* (відпочинок, розваги, що забезпечують заохочення до здорового способу життя);
- визначення *потреби інвалідів у різних видах соціальної допомоги та контакти з соціальними службами*;
- навчання інвалідів у *комунікативному спілкуванні* (включаючи забезпечення спеціальними засобами, надання логопедичної допомоги та ін.).

*Матеріальне-технічне забезпечення:* для *соціально-середовищної орієнтації* – кабінети, оснащені комп'ютерами, відеотехнікою, апаратурою для тестування; для *рекреаційної терапії* – ігрові та спортивні майданчики, музичний зал, бібліотека та інші приміщення для відпочинку і розваг.

*Структурні підрозділи:*

При проведенні соціально-середовищної орієнтації можуть бути використані: соціально-середовищна діагностика, соціально-психологічне тестування.

- *кабінет соціально-середовищної діагностики* – оснащується необхідним допоміжним обладнанням, що дозволяє провести визначення потреб інваліда в заходах соціально-середовищної орієнтації та намітити шляхи відповідного навчання інваліда;

- *кабінет психодіагностики.* Тут здійснюється психодіагностика: 1) пізнавальних функцій та їх впливу на рівень соціально-психологічної адаптації; 2) емоційно-вольової сфери; 3) операційного рівня регуляції психічної діяльності; 4) особистісних особливостей (самооцінки інваліда, мотиваційної сфери, особистісних рис, ставлення до хвороби та інвалідності); 5) соціально-психологічних особливостей (товариськості, рівня і характеру соціально-психологічної адаптації, адаптації до мікро- та макросоціального середовища); 6) характеру стосунків у сім'ї інваліда; 7) характеру відносин у трудовому колективі, де працює інвалід.

*Матеріально-технічне забезпечення:* окреме приміщення, оснащене комп'ютерами або іншими пристроями для проведення тестування, відповідними методичними матеріалами для проведення обстеження.

*Фахівці:* з вищою психологічною освітою і спеціалізацією з медичної психології.

- *кабінет психотерапії.* Здійснює заходи щодо проведення соціально-середовищної орієнтації інвалідів та передбачає: психотерапію індивідуальну, сімейну; психологічне консультування; психологічну допомогу сім'ї; сексологічну допомогу.

*Матеріально-технічне забезпечення:* невелике приміщення, оснащене відповідною меблями і освітлювальними приладами, магнітофоном.

*Фахівці:* з вищою психологічною освітою і спеціалізацією по психотерапії; фахівці в області психотерапевтичної допомоги при наркоманії або лікарі-психіатри; сексологічна допомога здійснюється лікарями-психіатрами зі спеціалізацією по сексології та (або) сексопатології.

- *кабінет групової психотерапії.* Тут проводяться групові форми психотерапевтичної роботи, комунікативний та інші види соціально-психологічного тренінгу, тренінг пізнавальних та ін. функцій, що впливають на соціально-психологічну компетентність, аутотренінг, групові психотерапевтичні заняття з особами, які страждають на наркоманію.

*Матеріально-технічне забезпечення:* велике приміщення, оснащене меблями, що легко пересуваються, магнітофоном, іншими необхідними посібниками та предметами, що використовуються в психологічній роботі. У разі проведення відеотренінгу необхідні відеокамера, відеоманітофон.

*Фахівці:* з вищою психологічною освітою і спеціалізацією по груповій психотерапії, соціально-психологічному тренінгу.

- *навчальні класи для соціально-середовищної орієнтації.*

*Матеріально-технічне забезпечення:* приміщення, оснащене необхідним обладнанням, наочними посібниками.

*Фахівці:* соціальні працівники під керівництвом фахівця з вищою освітою з соціальної роботи (із спеціалізацією з соціальної педагогіки) або педагоги.

- *кабінети комунікативної допомоги:*

- кабінет логопеда (кабінет з навчання пасивної мови);
- кабінет корекції слухових порушень.

*Матеріально-технічне забезпечення:* спеціалізоване оснащення (в т.ч. комп'ютери, методичні матеріали, магнітофони, відеоманітофони та ін.).

### ***Відділення професійної реабілітації***

*Функції:* 1) визначення відповідності вимог, що висуває дана професія до можливостей інваліда; 2) визначення шляхом апробації правильності вибору для нього професії; 3) усунення або компенсація обмежень; 4) забезпечення трудової діяльності інвалідів для їх інтеграції в суспільство.

*Структурні підрозділи:*

- кабінет професійного психофізіологічного тестування;
- кабінет профорієнтації та профвідбору;
- кабінет трудових проб;
- кабінет навчання навичкам активної поведінки на ринку, а також

основам підприємницької діяльності.

- *кабінет профорієнтації та профвідбору*

*Функції:* психологічна підтримка професійного вибору інваліда; психофізіологічне тестування, визначення структури та ступеня порушення психіки, професійних інтересів та їх відповідності наявним особливостям, мотивації на реабілітацію, визначення найбільш розвинених здібностей інваліда до різних видів професійної діяльності для подальшої оцінки придатності і схильності до певної професії, а також для прогнозування системи реабілітаційних заходів для оволодіння майбутньою професією; надання консультацій та інформації з питань вибору професії, включаючи можливості для її зміни; проведення консультації, що включає докладну розповідь про професії; ознайомлення з можливостями сприяння фаховій освіті в кожному конкретному випадку; надання посередництва з пошуком місця навчання.

*Матеріально-технічне забезпечення:* окреме приміщення, оснащене комп'ютерним чи іншим обладнанням і матеріалами для психологічного обстеження та оцінки професійних здібностей та професійно важливих якостей, наочними посібниками по профорієнтації, забезпечення інформацією про ринок праці в регіоні проживання інваліда, навчальні заклади, підприємства, які використовують працю інвалідів тощо.

*Фахівці:* з вищою психологічною освітою і спеціалізацією по психології праці, профорієнтації та знанням основ медичної психології, підготовкою в галузі професійної реабілітації інвалідів.

- *кабінет сприяння професійному навчанню (перенавчанню).* Тут здійснюється: 1) надання консультацій та інформації з питань вибору професії, включаючи можливості для її зміни; 2) ознайомлення з можливостями сприяння фаховій освіті в кожному конкретному випадку; 3) організація навчання інвалідів, що забезпечує отримання ними професійної освіти на ступінчастій основі, в системі навчальних закладів органів освіти та служби зайнятості.

- *кабінет професійно-виробничої та професійно-трудової адаптації (трудових проб).*

*Функції:* 1) точна оцінка професійної придатності інвалідів до тієї чи іншої професії шляхом навчання елементам трудової діяльності та оцінки ефективності їх освоєння; 2) визначення оптимального рівня виробничих навантажень, пов'язаних з виконанням вимог рекомендованої професійної

діяльності в умовах конкретного виробництва, з пристосуванням до них інвалідів; 3) сприяння зайнятості.

*Матеріально-технічне забезпечення:* навчальне приміщення, оснащене тренажерами та обладнанням, необхідним для освоєння та виконання елементів трудової діяльності в професіях, що користуються попитом на ринку праці регіону, комп'ютерами для здійснення обліку, оцінки та аналізу ефективності навчання та професійної придатності інвалідів, необхідними наочними та іншими навчальними посібниками та матеріалами.

*Фахівці:* з вищою освітою і спеціалізацією по психології праці, профорієнтації та знанням основ медичної психології, підготовкою в галузі професійної реабілітації інвалідів, а також майстер професійного навчання, викладач за фахом, що передбачається професією.

- *кабінет навчання основам підприємницької діяльності, навичкам активної поведінки на ринку праці.* Призначений для групових занять як у вигляді соціально-психологічного тренінгу, так і семінарських, практичних і лекційних занять, спрямованих на вдосконалення здатності інвалідів до самостійного працевлаштування на відкритому ринку праці, підвищенню їх конкурентоспроможності на ньому.

*Матеріально-технічне забезпечення:* просторе навчальне приміщення, оснащене меблями, що легко переставляються, телефоном, комп'ютером, іншою необхідною оргтехнікою та навчальним обладнанням.

*Фахівці:* відповідні викладачі та експерти з підприємницької діяльності; для навчання навичкам активної поведінки на ринку праці – фахівець з вищою психологічною освітою і спеціалізацією з проведення групових соціально-психологічних тренінгів.

### ***Відділ медичної реабілітації***

*Функції:* 1) визначення функціональних здібностей та уточнення реабілітаційного потенціалу; 2) відновлення, поліпшення або компенсація порушених функцій; 3) виховання здорового способу життя.

*Медико-консультативне відділення:*

- кабінет лікаря-реабітолога;
- кабінет невропатолога;
- кабінет психіатра;
- кабінет нарколога;
- кабінети інших фахівців.

### ***Відділення відновної терапії:***

- кабінети фізичних методів реабілітації (електролікування, електростимуляція, лазеротерапія, баротерапія та ін.);



- кабінети механічних методів реабілітації (механотерапія, кінезотерапія, лікувальний масаж);
- механічні, електротехнічні та комп'ютерні системи для відновного лікування уражень ОРА та інших систем організму:
  - пристосування для навчання стоянню в прямому положенні та ходьбі;
  - пристосування для розробки контрактур;
  - пристосування для імітації навантажень;
  - пристосування для виконання активних і пасивних рухів;
  - пристосування для розвитку координації;
  - «доріжки, що біжать» – різних модифікацій;
  - пристосування і апарати для дихальної гімнастики;
- кабінет голкорексфлексотерапії і «нетрадиційних» методів лікування (мануальна терапія, точковий масаж та ін.);
- кабінет працетерапії;
- кабінети водо-та бальнеотерапії (басейн, оздоровчі та лікувальні ванни, лікувальні душі, сауна, грязелікарня);
- кабінет лікувальної фізкультури;
- кабінет протезування та ортезування.

***Відділення функціональної діагностики:***

- кабінет ЕКГ-діагностики;
- кабінет нейрофізіологічної діагностики;
- кабінет фізіологічної діагностики ОРА;
- кабінет вивчення функції зовнішнього дихання.
- клініко-біохімічна лабораторія;
- рентгенівське відділення.

***Спортивно-оздоровчий комплекс:***

- ігрові зали (баскетбол, волейбол);
- гімнастичний зал.
- спортивно-ігрові кабінети (для рухливих ігор).

***Культурно-дозвільний комплекс:***

- читацька бібліотека;
- клуб, включаючи відеотеку та дискотеку;
- ігрові кімнати (для нерухомих ігор);
- кафе;

***Реєстратура*** – забезпечує прийом і реєстрацію інвалідів; формування бази даних інвалідів, які обслуговуються в Центрі, контроль за порядком проходження інвалідом різних служб в процесі реабілітації. Для оснащення реєстратури необхідні комп'ютери, копіювальна техніка.

***Приймально-консультативне відділення.***

### *Допоміжні служби.*

*Таким чином, необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників АТО нині є одним з найбільш значущих питань, якому має приділятися значна увага державних, громадських установ, організацій, суспільства, мають розроблятися заходи по зменшенню наслідків впливу бойових дій на учасників АТО та використанню всіх можливостей для поверненню їх в суспільне життя.*

## Розділ 4.

# НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ДОКУМЕНТИ, ЯКІ МОЖУТЬ БУТИ КОРИСНИМИ ДЛЯ ВИРІШЕННЯ ПИТАНЬ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ АТО

### *Закони України:*

1. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991 р. № 875-ХІІ (з усіма доповненнями та змінами)<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.
2. Закон України «Про освіту» від 23 травня 1991 р. № 1060-ХІІ (з усіма доповненнями та змінами).
3. Закон України «Про міліцію» від 20 грудня 1990 року № 565-ХІІ (з усіма доповненнями та змінами).
4. Закон України «Про прокуратуру» від 5 листопада 1991 р. № 1789-ХІІ (у новій редакції від 15 липня 2015 р.).
5. Закон України «Про оборону України» від 6 грудня 1991 р. № 1932-ХІІ (<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1932-12>).
6. Закон України «Про Збройні Сили України» від 6 грудня 1991 р. № 1934-ХІІ (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1934-12>).
7. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 20 грудня 1991 р. № 2011-ХІІ (з усіма доповненнями та змінами) <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>.
8. Закон України «Про військовий обов'язок і військову службу» від 25 березня 1992 р. № 2232-ХІІ (з усіма доповненнями та змінами)<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2232-12>).
9. Закон України «Про Службу безпеки України» від 25 березня 1992 р. № 2229-ХІІ.
10. Закон України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб» від 9 квітня 1992 р. № 2262-ХІІ (Відомості Верховної Ради України, 1992, № 29, ст.399);<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2262-12>.
11. Закон України «Про об'єднання громадян» від 16 червня 1992 р. № 2460-ХІІ.
12. Закон України «Про інформацію» від 2 жовтня 1992 р. № 2657-ХІІ (у новій редакції від 13 січня 2011 р. № 2938-VI).
13. Закон України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію» від 21 жовтня 1993 р. № 3543-ХІІ (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3543-12>).

14. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 р. № 3551-XII (з усіма доповненнями та змінами) <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>.

15. Закон України «Про оплату праці» від 24 березня 1995 р. № 108/95-ВР (з усіма доповненнями та змінами) <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80>.

16. Закон України «Про ратифікацію Угоди про взаємне визнання пільг і гарантій для учасників та інвалідів Великої Вітчизняної війни, учасників бойових дій на території інших держав, сімей загиблих військовослужбовців» від 26 квітня 1996 р. № 144/96-вр (з усіма доповненнями та змінами).

17. Закон України «Про відпустки» від 15 листопада 1996 р. № 504/96-ВР (з усіма доповненнями та змінами).

18. Закон України «Про професійно-технічну освіту» від 10 лютого 1998 р. № 103/98-ВР (з усіма доповненнями та змінами).

19. Закон України «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і деяких інших осіб та їх соціальний захист» від 24 березня 1998 р. № 203/98-ВР.

20. Закон України «Про курорти» від 5 жовтня 2000 р. № 2026-III (із змінами).

21. Закон України «Про боротьбу з тероризмом» від 20 березня 2003 р. № 638-IV (з усіма доповненнями та змінами) <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/638-15>.

22. Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 9 липня 2003 р. № 1058-IV (з усіма доповненнями та змінами).

23. Закон України «[Про поліпшення матеріального становища учасників бойових дій та інвалідів війни](#)» від 16 березня 2004 р. № 1603-I.

24. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 6 жовтня 2005 р. № 2961-IV. <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.

25. Закон України «Про Державну службу спеціального зв'язку та захисту інформації України» від 23 лютого 2006 р. № 3475-IV.

26. Закон України «Про внесення зміни до Закону України «Про соціальний захист дітей війни» щодо права на стаціонарну медичну допомогу в госпіталях ветеранів війни» від 16 лютого 2010 року № 1891-IV.

27. Закон України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 р. № 2297-VI (з усіма доповненнями та змінами).

28. Закон України «Про безоплатну правову допомогу» від 2 червня 2011 р. № 3460-VI.

29. Закон України «Про громадські об'єднання» від 22 березня 2012 р. № 4572-VI.

**30.** Закон України «Про правові засади цивільного захисту» від 2 жовтня 2012 р. № 5403-VI.

**31.** Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення оборонно-мобілізаційних питань» від 20 травня 2014 р. № 1275-VII (з усіма доповненнями та змінами) <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1275-18>.

**32.** Закон України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» від 28 грудня 2014 р. № 80-VIII.

**33.** Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо державної підтримки учасників бойових дій та їхніх дітей, дітей, один із батьків яких загинув у районі проведення антитерористичної операції, бойових дій чи збройних конфліктів або під час масових акцій протесту, дітей, зареєстрованих як внутрішньо переміщені особи, для здобуття професійно-технічної та вищої освіти» від 14 травня 2015 р. № 425-VIII.

**34.** Закон України «Про вищу освіту» від 1 липня 2014 р. № 1556-VII (із змінами).

**35.** Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення окремих питань мобілізації та соціального захисту громадян, які підлягають звільненню з військової служби під час особливого періоду або у зв'язку з оголошенням демобілізації» від 18 березня 2015 р. № 259-VIII.

**36.** Закон «Про внесення змін до закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 7 квітня 2015 року № 291-VIII.

**37.** Кодекс законів про працю України (Кодекс України, Закон від 10 грудня 1971 р. № 322-VIII <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/322-08>).

#### ***Укази Президента:***

**1.** Указ Президента України від 17 травня 2000 р. № 689/2000 «Про заснування довічних державних стипендій для учасників бойових дій в період Великої Вітчизняної війни 1941-1945 років».

**2.** Указ Президента України від 8 травня 2002 р. № 442/2002 «Про затвердження Державної комплексної програми медико-соціального забезпечення ветеранів війни на період до 2005 року».

**3.** Указ Президента України від 21 вересня 2002 р. № 849/2002 «Про Програму соціальної і професійної адаптації військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, на період до 2005 року».

**4.** Указ Президента України від 10 грудня 2008 р. № 1153/2008 «Про Положення про проходження громадянами України військової служби у Збройних Силах України» (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1153/2008>).

5. Указ Президента України від 11 квітня 2008 р. № 327/2008 «Про збільшення розміру та кількості державних стипендій окремим категоріям громадян».

6. Указ Президента України від 17 червня 2008 р. № 550/2008 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 16 травня 2008 року «Про надання статусу учасників бойових дій громадянам України, які брали участь у міжнародних миротворчих операціях».

7. Указ Президента України від 14 січня 2015 р. №15/2015 «Про часткову мобілізацію» (<http://www.president.gov.ua/documents/18719.html>).

8. Указ Президента України від 17 березня 2014 р. №303 «Про часткову мобілізацію» (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/303/2014>).

9. Указ Президента України від 14 листопада 2014 р. № 880/2014 «Про Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року».

10. Указ Президента України від 12 березня 2015 р. № 140/2015 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 лютого 2015 року «Про заходи щодо створення належної матеріально-технічної бази для лікування, реабілітації та оздоровлення військовослужбовців та інших осіб, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, а також учасників бойових дій та інвалідів війни».

11. Указ Президента України від 18 березня 2015 р. № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції».

### ***Постанови Кабінету Міністрів України:***

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 липня 1992 р. № 393 «Про порядок обчислення вислуги років, призначення та виплати пенсій і грошової допомоги особам офіцерського складу, прапорщикам, мічманам, військовослужбовцям надстрокової служби та військової служби за контрактом, особам начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ та членам їхніх сімей» (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/393-92-п>)

2. Постанова Кабінету Міністрів України від 8 лютого 1994р. № 63«Про організаційні заходи щодо застосування Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

3. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 лютого 1994 р. № 94 «Про порядок надання пільг, передбачених Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 травня 1994 р. № 302 «Про порядок видачі посвідчень і нагрудних знаків ветеранів війни» (із змінами та доповненнями) <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/302-94-%D0%BF>.

5. Постанова Кабінету Міністрів України від 26 квітня 1996 р. № 458 «[Про комісії для розгляду питань, пов'язаних із встановленням статусу учасника війни, відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»](#)».

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 1 серпня 1996р. № 879 «[Про встановлення норм користування житлово-комунальними послугами громадянами, які мають пільги щодо їх оплати»](#)».

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 1996 р. № 918 «Про затвердження Комплексної програми соціальної та професійної адаптації військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, та створення Національної наглядової ради з її реалізації» (із змінами).

8. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 вересня 1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету» (із змінами та доповненнями).

9. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань».

10. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 червня 2004 р. № 785 «Про Порядку виплати грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян» (із змінами та доповненнями).

11. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 жовтня 2004р. № 1445 «Про затвердження Порядку проведення безоплатного поховання померлих (загиблих) осіб, які мають особливі заслуги та особливі трудові заслуги перед Батьківщиною, учасників бойових дій і інвалідів війни».

12. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187 «Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчими органами міських рад (із змінами та доповненнями).

13. Постанова Кабінету Міністрів України від 1 березня 2007 р. № 304 «Питання розвитку виробництва технічних засобів реабілітації».

14. *Постанова Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2007 р. № 680 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в лікувально-профілактичних закладах ветеранів війни».*

15. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 травня 2007 р. № 707 «Про затвердження Порядку та умов виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті) або інвалідності працівника міліції, податкової міліції» (із змінами та доповненнями).

- 16.** Постанова Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 р. № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда».
- 17.** Постанова Кабінету Міністрів України від 28 травня 2008 р. № 499 «Про затвердження Порядку та умов призначення і виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), поранення (контузії, травми або каліцтва) чи інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних і резервістів, призваних на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори, та інвалідності звільнених з військової служби (зборів) осіб».
- 18.** Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2009р. № 565 «Про затвердження Порядку проведення безоплатного капітального ремонту власних житлових будинків і квартир осіб, що мають право на таку пільгу, а також першочерговий поточний ремонт житлових будинків і квартир осіб, які мають на це право».
- 19.** Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами» (із змінами).
- 20.** Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМУ № 752 від 18.08.2010, № 762 від 20.07.2011, № 485 від 31.05.2012, № 482 від 26.06.2015).
- 21.** Постанова Кабінету Міністрів України від 28 липня 2010р. № 656 «Про встановлення щомісячної державної адресної допомоги до пенсії інвалідам війни та учасникам бойових дій».
- 22.** Постанова Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2011 р. № 120 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для розроблення нових видів протезно-ортопедичних виробів та обслуговування інвалідів у стаціонарах при протезних підприємствах» (із змінами).
- 23.** Постанова Кабінету Міністрів України від 26 жовтня 2011р. № 1078 «Про утворення Консультативної ради з питань поліпшення соціального захисту ветеранів війни».
- 24.** Постанова Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2011 р. № 1381 «Про підвищення рівня соціального захисту найбільш вразливих верств населення».
- 25.** Постанова Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» (із змінами та доповненнями) //Офіційний вісник України. – 2012 р. – № 31. –С. 1146.



**26.** Постанова Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2012 р. № 355 «Про збільшення розмірів пенсій, призначених відповідно до Закону України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб».

**27.** Постанова Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2012 р. № 908 «Про підвищення рівня соціального захисту ветеранів війни та деяких інших осіб, яким виповнилося 100 і більше років».

**28.** Постанова Кабінету Міністрів України від 4 лютого 2013 р. № 73 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для соціальної адаптації військовослужбовців, звільнених у запас або відставку».

**29.** Постанова Кабінету Міністрів України від 13 листопада 2013 р. № 823 «[Про затвердження Порядку визначення та задоволення соціально-побутових потреб та потреб у медичній допомозі ветеранів Великої Вітчизняної війни 1941-1945 років, жертв нацистських переслідувань та сімей загиблих\(померлих\) воїнів](#)».

**30.** Постанова Кабінету Міністрів України від 25 грудня 2013 р. № 975 «Про затвердження Порядку призначення і виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без встановлення інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві» <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/975-2013-%D0%BF/paran13#n13>.

**31.** Постанова Кабінету Міністрів України від 16 квітня 2014 р. № 102 «Деякі питання виплати у 2014 році разової грошової допомоги, передбаченої Законами України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» і «Про жертви нацистських переслідувань».

**32.** Постанова Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413 «Про затвердження Порядку надання статусу учасника бойових дій особам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції,забезпеченні її проведення» (із змінами)(<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/413-2014-п>). Довідки за формами, що містяться в додатках 1 та 2 до постанови КМУ № 413 від 20.08.2014 р.

**33.** Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 416 «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» (із змінами).

**34.** Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 р. № 460 «Про затвердження Порядку та умов виплати одноразової грошової допомоги у разі звільнення військовослужбовцям, призваним на військову службу за

призовом у зв'язку з мобілізацією» (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/460-2014-п>).

**35.** Постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 518 «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції та/або забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок» (із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 39 від 04.02.2015).

**36.** Постанова Кабінету Міністрів України від 21 січня 2015 р. № 10 «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду».

**37.** Постанова Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 179 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції (крім військовослужбовців, звільнених у запас або відставку)».

**38.** Постанова Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 200 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням».

**39.** Постанова Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 221 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції».

**40.** Постанова Кабінету Міністрів України від 8 квітня 2015 р. № 185 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виплати матеріальної допомоги військовослужбовцям, звільненим з військової строкової служби».

**41.** Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2015 р. № 348 «Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на будівництво (придбання) житла для сімей загиблих військовослужбовців, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції, а також для інвалідів I-II групи з числа військовослужбовців, які брали участь у зазначеній операції, та потребують поліпшення житлових умов».

**42.** Постанова Кабінету Міністрів України від 17 червня 2015 р. № 407 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення житлом осіб, які брали безпосередню участь в

антитерористичній операції та/або у забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості нижніх кінцівок».

**43.** Постанова Кабінету Міністрів України від 8 липня 2015 р. № 465 «Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2014 р. № 117 і від 1 жовтня 2014 р. № 518».

**44.** Проект Постанови «Про внесення змін до Постанови Верховної Ради України від 29.05.2014 р. № 1286-VII «Про забезпечення належним медичним обслуговуванням військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу, які зазнали поранення, контузії чи іншого ушкодження здоров'я під час проведення антитерористичної операції на сході України» (реєстраційний № 2414).

#### ***Накази Міністерства охорони здоров'я України:***

**1.** Наказ Міністерства охорони здоров'я УРСР від 08.02.1985 р. № 52 «Про затвердження Переліку хронічних захворювань, при яких особи, що страждають цими захворюваннями, не можуть проживати в комунальній квартирі або в одній кімнаті з членами своєї сім'ї» (із змінами та доповненнями).

**2.** Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.12.2002 р. № 463 «Про затвердження Положення про порядок проведення профілактичних оглядів, медичної реабілітації ветеранів війни».

**3.** Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2007 р. № 709 «Про затвердження заходів МОЗ України по виконанню плану дій щодо поліпшення життєзабезпечення ветеранів війни на 2007-2010 роки».

**4.** Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.02.2011 р. № 58 «Про внесення змін до наказу Мінпраці від 22.09.2004 № 234».

**5.** Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності».

**6.** Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2013 р. № 1088/105 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України від 16 серпня 2013 року № 728/71».

**7.** Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.12.2014 р. № 951 «Про затвердження складу мультидисциплінарних робочих груп з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини у 2014-2015 роках».

**8.** Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.12.2014 р. № 1017 «Про створення робочої групи для невідкладного вирішення питання дообладнання центрів реабілітації осіб – учасників АТО на сході України».

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.06.2015 р. № 351 р. «Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції».

***Накази Міністерства оборони України:***

1. Наказ Міністерства оборони України від 06.02.2001 р. № 36 «Про затвердження Інструкції про розслідування та облік нещасних випадків, професійних захворювань і аварій у Збройних Силах України».

2. Наказ Міністерства оборони України від 11.06.2008 р. №260 «Про затвердження Інструкції про порядок виплати грошового забезпечення військовослужбовцям Збройних Сил України та деяким іншим особам» (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0638-08>).

3. Наказ Міністерства оборони України від 14.08.2008 р. № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08>.

4. Наказ Міністерства оборони України від 11.12.2012 р. № 838 «Про затвердження Змін до Інструкції про порядок виплати грошового забезпечення військовослужбовцям Збройних Сил України та деяким іншим особам».

5. Наказ Міністерства оборони України від 14.08.2014 р. № 530 «Про затвердження Положення про організацію в Міністерстві оборони України роботи з обчислення вислуги років для призначення пенсій військовослужбовцям і соціального забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та членів їх сімей».

6. Наказ Міністерства оборони України від 07.05.2015 № 200 «Про затвердження Положення про комісії Міністерства оборони України з питань розгляду матеріалів про визнання учасниками бойових дій та Інструкції про порядок видачі в Міністерстві оборони України посвідчень учасника бойових дій, нагрудних знаків «Ветеран війни – учасник бойових дій» та листів талонів на право одержання проїзних квитків з 50-відсотковою знижкою їх вартості».

***Накази інших Міністерств:***

1. Наказ Міністерства соціального захисту населення від 30.05.1996 р. № 79 «Про затвердження Типового положення про комісії для розгляду питань, пов'язаних із встановленням статусу учасника війни відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

2. Наказ Міністерства внутрішніх справ України від 06.02.2001 р. № 85 «Порядок проведення військово-лікарської експертизи і медичного огляду військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу в системі МВС України».

3. Наказ Міністерства соціальної політики України від 06.02.2015 р. № 114 «Про затвердження Порядку ведення Єдиного реєстру учасників антитерористичної операції» <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0211-15>.

4. Наказ Міністерства соціальної політики України від 23.06.2015 р. № 650 «Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань організації психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції».

5. Наказ Міністерства освіти, Міністерства економіки та Міністерства фінансів України від 23.07.2010 р. № 736/902/758 «Про затвердження порядків надання платних послуг державними та комунальними навчальними закладами».

6. Наказ Міністерства освіти України від 11.06.2015 № 615 «Про внесення змін до Умов прийому на навчання до вищих навчальних закладів України в 2015 році».

#### ***Інші документи:***

1. Постанова Верховної Ради України від 23.02.2007 р. № 718 «Про стан виконання законодавства України щодо соціального, правового і морального захисту ветеранів війни».

2. Доручення Секретаріату Кабінету Міністрів України від 24.11.2014 р. № 42513/1/1-14 щодо виконання п. 9 Протокольного рішення Адміністрації Президента України стосовно соціальної реабілітації учасників антитерористичної операції на Сході України та протезування осіб, постраждалих під час АТО.

3. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 11 вересня 2007 р. № 731-р «Про затвердження плану дій щодо поліпшення життєзабезпечення ветеранів війни на 2007-2010 роки».

4. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2013 р. № 1068-р. «Про схвалення Концепції Державної цільової програми соціальної і професійної адаптації військовослужбовців, які підлягають звільненню, та осіб, звільнених з військової служби, на період до 2017 року» (Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 162 від 04.06.2014).

5. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 359-р. «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції».

6. Бюджетна програма «Заходи із соціальної трудової та професійної реабілітації інвалідів» (КПКВК 2507030).

7. Бюджетна програма «Заходи з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції» (КПКВК 2505150).

**8.** Бюджетна програма «Забезпечення житлом осіб, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції та/або у забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості нижніх кінцівок»(КПКВК 2505140).

**9.** Бюджетна програма «Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на будівництво (придбання) житла для сімей загиблих військовослужбовців, які брали безпосередню участь в АТО, а також для інвалідів I-II групи з числа військовослужбовців, які брали участь у зазначеній операції, та потребують поліпшення житлових умов»(КПКВК 2511120).

**10.** Рішення 27-ї сесії VI скликання Житомирської обласної ради від 11.09.2014 р. № 1276 «Про затвердження Програми соціальної підтримки громадян, які перебувають з тимчасово окупованої території, районів проведення антитерористичної операції на територію Житомирської області, та військовослужбовців, працівників Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, інших силових структур області, що брали участь у антитерористичній операції, у 2014 році».

## ЛИТЕРАТУРА ТА ДЖЕРЕЈА

1. American Psychiatric Association. «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.– 886 p.
2. Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M. et al. The development of a clinician administered PTSD scale // *Journal of Traumatic Stress*. – 1995. – Vol. 8. – P. 75-90.
3. Bryant R.A. Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: can they co-exist? // [Clin. Psychol. Rev.](#) – 2001. – Vol.21(6). – P.931-948.
4. Classen C., Koopman C., Hales R. et al. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms // *Am. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol.155. – P.620-624.
5. Corbett B.A., Shickman K., Ferrer E. Brief report: the effects of Tomatis sound therapy on language in children with autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2008. – Vol. 38.– № 3. – p. 562-66.
6. Davila S., Mikulic D., Davila N.J. et al. Treatment of war injuries of the shoulder with external fixators // *Military Medicine*. –2005. –Vol. 170.– № 5. – P.414-417.
7. Derogatis L.R., Savitz K.L. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care // In: M.E. Maruish, ed. *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. –2000. – Vol. 236. – Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. –Pp. 297-334.
8. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // *Behav. Res. Ther.* – 2000. – Vol.38. – P.319-345.
9. Everson R.B., Figley C.R. *Families under Fire: A Handbook for Systemic Therapy with Military Families*. – NY:Routledge,2010.
10. Gill J.M., Saligan L., Woods S., Page G. PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities // *Perspectives in Psychiatric Care*. – 2009. – Vol.45 (4). – P. 262-277.
11. Halligan SL, Michael T, Clark DM. Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory and appraisals // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2003. – Vol.71. – P. 419-431.
12. Harris M.J., Fisher B.S. Group therapy in the treatment of female partners of Vietnam Veterans // *Journal for Specialists in Group Work*. – 1985. –Vol. 10. – P. 44-50.

13. Hoge C.W., McGurk D., Thomas J.L. et al. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq // *N. Engl. J. Med.* – 2008. – Vol.358. – P. 453-463.
14. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N. Gf Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder // *Archives of General Psychiatry.* – 1980. – Vol.37. – P. 85-92.
15. Jones E., Vermaas R.H., McCartney H. et al. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th century diagnosis // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol.182. – P. 158-163.
16. Kennedy J.E., Jaffee M.S., Leskin G.A. et al. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder-like symptoms and mild traumatic brain injury // *J. Rehabil. Res. Dev.* – 2007. – Vol.44(7). – P. 895-920.
17. Knapik J.J., Jones S.B., Darakjy S. et al. Injury rates and injury risk factors among U.S. Army wheel vehicle mechanics. – *Mil. Med.* – 2007. – Vol. 172 (9). – P. 988-96 .
18. Lanius R.A., Bluhm R., Lanius U., Pain C. A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation // *J.Psychiatr. Res.* – 2006. – Vol.40. – P. 709-729.
19. Maercker A. Therapie der posttraumatischen Belastungstoerung. – Heidelberg, 1998.
20. [Marin R.](#) Physical medicine and rehabilitation in the military: Operation Iraqi Freedom // [Mil. Med.](#) – 2006, Mar. – Vol. 171(3). – P.185-8.
21. Meares S., Shores E.A., Taylor A.J. et al: Mild traumatic brain injury does not predict acute postcontusion syndrome // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2008. – Vol.79. – P. 300-306.
22. Meichenbaum D. Clinical handbook of treatment of posttraumatic stress disorder.– Waterloo, Ontario: Institute Press, 1994. – Pp. 212-228
23. Nanobashvili J., Kopadze T., Tvaladze M. et al. War injuries of major extremity arteries // *World Journal of Surgery.* –2003. –Vol. 27. –№ 2. –P. 134-139.
24. O'Donnell M.L., Creamer M., Pattison Ph., Atkin Ch. Psychiatric morbidity following injury // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol.161. – P. 507-514.
25. Rao V., Lyketsos C.G. Psychiatric aspects of traumatic brain injury // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 2002. – Vol.25. – P. 43-69.
26. Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research – past, present and future // *Biol. Psychiatry.* – 2006. – Vol.60. – P. 376-382.



27. Shapiro F. EMDR: Eye Movement Desensitization of Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2nd ed.). – NY: Guilford Press, 2001. – 472p.
28. Silver S.M., Wilson J.P. Native American healing and purification rituals for war stress, in Human Adaptation to Extreme Stress: From the Holocaust to Vietnam. – New York: Plenum Press, 1988.
29. [Spitzer R.L.](#), [Williams J.B.](#), [Gibbon M.](#), [First M.B.](#) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description // Arch. Gen. Psychiatry. – 1992, Aug. – Vol. 49(8). – P. 624-29
30. Sutker P.B., Bugg F., Allain A.N. Psychometric prediction of PTSD among POW survivors: Psychological Assessment // A Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1991, Mar. – Vol. 3(1). – P. 105-110.
31. Vreven D.L., Gudanowski D.M., King L.A., Gf King D.W. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: A psychometric evaluation // Journal of Traumatic Stress. – 1995. – Vol. 8. – P. 91-109.
32. Weathers F.W., Litz B.T. Psychometric properties of the Clinician-Administered PTSD Scale – Form 1 (CAPS-1) // PTSD Research Quarterly. – 1994. – Vol. 5. – P. 2-6.
33. Williams C.M., Williams T. Family therapy and Vietnam Veterans // In T. Williams (Ed.). Post-traumatic stress disorders: A handbook for clinicians. – Cincinnati, Ohio: Disabled American Veterans, 1987. – Pp. 221-231.
34. Zatzick D.F., Kang S-M., Muller H-G. et al. Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – P. 941-946.
35. Абдурахманов Р.А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане: Дисс ... канд. психол. наук. – М.: ВПА, 1994. – 223 с.
36. Агарков В.А. Диссоциация как механизм психологической защиты в контексте последствий психической травмы: Автореф.дис. ... канд. психол. наук. – М, 2002. – 22 с.
37. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида: Пер. с англ. – М.: Педагогика, 1991. – 112 с.
38. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
39. Андреева О.С., Рязанов Д.П., Знакова Т.А. Организационно-функциональная модель системы комплексной реабилитации инвалидов военной службы // В кн.: Вопросы медицинской, профессиональной, социальной

реабилитации инвалидов военной службы: Сб. инф.-метод. материалов. – М., 1990. – С. 22-40.

40. Антипьева Н.В. Причина инвалидности как критерий дифференциации отношений по социальной защите военнослужащих // Вестник Омского университета. – Серия «Право». – 2007. – № 4 (13). – С. 133-139.

41. Белова А.Н., Григорьева В.Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных. – М.: Антидор, 1997. – 216 с.

42. Бендюков М.А. Интеграция подходов к профориентации // Человеческие ресурсы. – 1998. – №2. – С. 18-21.

43. Березовец В.В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий: Дисс. ... канд. психол. наук. – Москва, 1997. – 165 с.

44. Бисенков Л. Н., Тьшянкин Н. А. Особенности оказания хирургической помощи пострадавшим с минно-взрывными ранениями в армии Республики Афганистан // Воен. мед.журн. –1992. – № 1.– С.19-22.

45. Бодрикова А.В. Социальное управление общественными объединениями инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы: Автореф. дис. ... канд. социол. наук. – М., 2014. – 25 с.

46. Вивчити фактори формування психічних і поведінкових розладів у осіб, що пережили бойові дії, та розробити методи їх лікування та профілактики: Методичні рекомендації / І.В. Лінський, Л.Ф. Шестопалова. – 2014.

47. Военная медицина Украины сегодня: Актуальное интервью (Заруцкий Я.Л.) // Therapia. – 2014. – № 6-7 (90).

48. Волков В.В., Даниличев В.Ф. Система анализа и структура современных огнестрельных ранений глаз во время боевых действий в Афганистане //Воен. мед.журн. – Вып. 46. – 1989. – С. 88-96.

49. Воробьев И.В. Организация офтальмохирургической помощи в условиях современных локальных вооруженных конфликтов: Дис. ... канд. мед.наук. – М., 2006. – 136 с.

50. Гзирян В.С., Куликов В.В., Красников В.Н. Адаптация инвалидов из числа военнослужащих — участников боевых действий, проживающих в Оренбургской области, к гражданским условиям жизни // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 20-22.

51. Гзирян В.С., Куликов В.В., Красников В.Н. Психологическая реабилитация бывших военнослужащих — участников боевых действий — в

- Оренбургской области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 49-51.
52. Гичкун Л.П., Панова С.Л., Литвинова М.В. Состояние первичной инвалидности у бывших военнослужащих трудоспособного возраста по Волгоградской области за период 2001-2006 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 2. – С. 34-36.
53. Грицанов А.И., Рыбаченко П.В., Фомин Н.Ф. и др. Нейродистрофические расстройства при минно-взрывной травме и возможности их коррекции // Воен.мед. журн.–1993. –№ 1. –С. 31-39.
54. Гулиев М.И. Инвалидность вследствие военной травмы в Азербайджанской Республике и медико-социальная реабилитация инвалидов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 26с.
55. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 256с.
56. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Гуселетова Н.В., Мостипан О.О. Аналіз медико-санітарних наслідків військових дій під час проведення сучасних контртерористичних операцій // Екстрена медицина: від науки до практики. – 2014. – № 2. – С. 3-8.
57. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: Методичні рекомендації / Укладачі: Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. – Харків, 2014. – 80 с.
58. Дорожня карта медичної реабілітації військовослужбовців, працівників Збройних Сил України, Національної гвардії, інших силових структур області, що брали участь у антитерористичній операції. –Україна, Житомирська ОДА, Департамент охорони здоров'я. – Житомир, 2014.
59. Єна А.І., Маслюк В.В., Сергієнко А.В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції // Scientific Journal of the Ministry of Health of Ukraine.– 2014. – № 1(5).– С. 5-16.
60. Захарова Е.А. Рекомендации по эффективной интеграции инвалидов боевых действий и военной службы России в общество посредством внедрения инновационных технологий // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – № 2. – С. 90-94.
61. Захаров А.В. Социальная реабилитация участников локальных военных конфликтов: Дисс. ... канд. социол. наук. – М., 2000. – 203 с.
62. Здоровицкий А. Социологическое обеспечение реабилитации военнослужащих // Власть. – 2007. – № 5. – С. 76-79.

63. Знаков В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане // Вопросы психологии. – 1990. – № 4. – С. 108-116.
64. Исаенко С.И. Анализ первичной инвалидности у бывших военнослужащих в Российской Федерации за 10 лет (1994-2003) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 1. – С. 30-32.
65. Исаенко С.И. Анализ общего контингента инвалидов среди бывших военнослужащих, состоящих на учете в органах социальной защиты, в Российской Федерации за 10 лет (1994-2003) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 3. – С. 25-27.
66. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Науменко Л.Ю., Войтчак Т.Г. Концептуальні підходи до формування багатофункціональної структурно-організаційної системи реабілітації інвалідів в Україні // Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів: Тези науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю кафедри МСЕ ФПО ДДМА. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 23-33.
67. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Тітов Г.І. та ін. Первинна інвалідність військовослужбовців СБУ та аналіз факторів, що сприяють її формуванню // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 12-17.
68. Кальманов А.С., Бровкин С.Г., Булавин В.В. и др. Основные принципы диагностики сердечной недостаточности при некоторых заболеваниях внутренних органов в практике военно-врачебной экспертизы // Военно-медицинский журнал. – 2014. – № 9. – С. 63-65.
69. Канунникова Л.В., Фролова Е.В. Значение психокоррекционной работы в комплексной реабилитации участников боевых действий // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 2. – С. 52-54.
70. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий.– М., 2003.
71. Караяни Ю.М., Караяни А.Г. Тренинговые технологии гармонизации Я-концепции инвалидов боевых действий // Инвалиды и общество. – 2014. – № 2 (14). – С. 17-25.
72. Кваша О.И. Клиника, диагностика и лечение огнестрельных повреждений глаза: Дис. ...канд. мед.наук. –М., 1994. –263 с.
73. Киндрас Г.П., Миронова О.А. Посттравматические стрессовые расстройства в практике медико-социальной экспертизы: Методические рекомендации для врачей ВТЭК. – М., 1993. – 20 с.

74. Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-интернационалистов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 1. – С. 33-36.
75. Коробов М.В. Актуальные вопросы становления и развития реабилитологии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Сборник научных трудов. – С-Пб., 2001. – Вып. 7. – С. 9-21.
76. Корчагина Е.В. Последствия боевой черепно-мозговой травмы и ограничение жизнедеятельности у бывших военнослужащих трудоспособного возраста в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – С-Пб., 2008.
77. Косарчук В.В., Чорна Л.М., Якимець В.В. та ін. Актуальні питання придатності до військової служби військовослужбовців рядового та офіцерського складу мобілізаційного резерву Збройних Сил України на етапі звільнення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 65-68.
78. Красников В.Н. Анализ причинной связи увечий (травм, ранений, контузий) и заболеваний у военнослужащих, освидетельствованных военно-врачебной комиссией и признанных негодными или ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 2. – С. 49-51.
79. Краснянский А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане: Съезд психиатров [Текст] / А.Н. Краснянский, П.В. Морозов. – М.: Медицина, 1995. – 355 с.
80. Кузиванова Т.Ю., Владимирова И.А. Региональные особенности первичной инвалидности военнослужащих в Алтайском крае // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 3. – С. 43-45.
81. Кузнецова И.В. и др. Психологическое консультирование инвалидов. Ярославль: Центр «Ресурс». – 1996. – С. 170.
82. Куликов В.В., Красников В.Н., Кабалин А.П. Врачебно-экспертные подходы на современном этапе в определении причинной связи увечий и заболеваний у граждан с прохождением ими военной службы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 4. – С. 54-59.
83. Лапин А.Н. Государственная поддержка комплексной реабилитации инвалидов боевых действий и военной травмы на примере ЦВТ им. М.А. Лиходея // Инвалиды и общество. – 2014. – № 2 (14). – С. 26-30.
84. Лебедев А.А. Применение групповой интерактивной арт-терапии в психотерапевтическом отделении госпиталя ветеранов войн // Практическая

арт-терапия: лечение, реабилитация, тренинг / Под ред. А.И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2008. – С. 105-132.

**85.** Либман Е.С., Шахова Е.В., Скоробогатова Е.С. Характеристика клинико-функциональных нарушений, особенности медико-социальной экспертизы и реабилитация инвалидов военной службы – участников боевых действий // В кн.: Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы: Сб. инф.-метод. материалов.– М., 1990. – С. 72-78.

**86.** Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебное пособие / Под ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

**87.** Литвинцев С.В., Кузнецов О.Н. Психологические факторы формирования и течения стрессогенных расстройств у участников афганской войны // Вестник психотерапии. – 1996. – № 3 (8). – С. 46-60.

**88.** Луценко О.Л. Тести для вибору професії / О.Л. Луценко – Київ: Майстер-клас, 2011. – 144 с.

**89.** Магомед-Эминов М.Ш., Филатов А.Т., Кадук Г.И. и др. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса: Методические рекомендации. – Харьков, 1990.– 32с.

**90.** Марунич В.В., Шевчук В.І. Особливості організації реабілітації інвалідів в Україні // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України «Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів», 16-17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – С. 13-25.

**91.** Медико-соціальна експертиза та медична реабілітація хворих із наслідками травм кісток передпліччя в дистальному відділі: Методичні рекомендації. – Автори: Іпатов А.В., Сергієні О.В., Лоскутов О.Є. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 62 с.

**92.** Мешков Н.А. Состояние здоровья и проблемы медицинской реабилитации ветеранов боевых действий // Инвалиды и общество. – 2015. – № 1 (15). – С. 10-20.

**93.** Морозова Е.А. Социальный мониторинг положения инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы в Российской Федерации // Армия и общество. – 2013. – № 1. – С. 50-54.

94. Мохнач А.В. Личностные детерминанты в динамике психических состояний в экстремальных условиях деятельности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1993. – 24 с.
95. Мухаметзянова Р.З. Изучение образа жизни и состояния здоровья участников локальных военных конфликтов для решения задач медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 4. – С. 29-31.
96. Мы должны быть готовы: Актуальное интервью (Мясников Г.В.) // Therapia. – 2015. – № 2 (95). – С. 3-6.
97. На допомогу захисникам Батьківщини. Права і пільги для учасників АТО та членів їх сімей – підстави та порядок отримання, рекомендації, довідкова інформація. – Автори: Вітка Ю., Горюк Н., Страхова В. та ін. / За ред. Крамаренка О. – FMI,Inc., 2015. – 111 с.
98. Нужно учиться жить заново: Актуальное интервью (Астапов Ю.Н.) // Therapia. – 2015. – № 3 (96). – С. 3-6.
99. Ольшанский Д.В. Смысловые структуры личности участников афганской войны // Психол. журнал. – 1991. – Т. 11, № 5. – с. 120-131.
100. Організаційні питання реабілітації учасників антитерористичної операції в госпіталях ветеранів війни України: Методичні рекомендації. – Київ, 2014. – 7 с.
101. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації. – Автор: Сергієні О.В. – Дніпропетровськ, 1997.
102. Особливості медико-соціальної реабілітації інвалідів з патологією внутрішніх органів: Методичні рекомендації. – Автори: Беляєва Н.М., Яворовенко О.Б., Куриленко І.В., Бойко В.В. – Вінниця, 2013. – 62 с.
103. Паламарчук В. Програма реабілітації, на яку орієнтуватиметься вся країна (Житомирщина) // Ваше здоров'я. – 2015, 12 червня. – № 23-24. – С. 12.
104. Памятка по протезированию. – Автор: Синицина Е. / Подготовлена «Центром допомоги пораненим», БФ «Центр допомоги». – 2015. – 23 с.
105. Панасенко С.Л. Оценка качества медицинской помощи больным и инвалидам с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы в условиях головного ведомственного лечебного учреждения // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 1. – С. 55-56.
106. Пермякова О.А., Валинурова И.Р. Психосоциальная реабилитация участников вооруженных локальных конфликтов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 115-116.

107. Пільги, гарантії та права учасників АТО: Методичні рекомендації. – Київ: БО БФ «КОЛО», ГО «Юридична Сотня», 2015. – 60 с.
108. Петров В.П. Психологические проблемы профессиональной переориентации взрослых // Психол. журн. – 1993. – № 3. – С. 54-69.
109. Пономаренко В.А. Социально-психологическое содержание боевого стресса // Психол. журн. – 2004.– Т. 25, № 3. – С. 98-102.
110. Попов В.С. Медицинская реабилитация инвалидов, получивших боевую черепно-мозговую травму // Вестник медицинского института РЕАВИЗ.– 2014. – № 3. – С. 16-18.
111. Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий: Дисс.... канд. психол. наук, М., 1992. – 214 с.
112. Посттравматичний стресовий розлад: сучасні можливості діагностики та терапії // Ваше здоров'я. – 2015, 17 квітня. – № 15-16. – С. 20-21.
113. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Методичні рекомендації / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкоритов та співавт. – 2002.
114. Права учасників АТО у сфері охорони здоров'я: Благодійний фонд «Без кордонів», 2015. – 32 с.
115. Пузин С.Н., Чикинова Л.Н., Ковшарь Ю.А. и др. Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов участников боевых действий, с поражением опорно-двигательного аппарата // В кн.: Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы. – М., 1990. – С.78-82.
116. Робочий зошит для програми самоуправління посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) для військового. – SPS MP Provider's Guide Round Rock, Texas, 2009; Pucelik Consulting Group, Одеса, Україна, 2014; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, 2015. – 50 с.
117. Савицький В.Л., Власенко О.М., Стриженко В.І., Булах О.Ю. Наукове обґрунтування напрямків інтеграції системи медичного забезпечення силових міністерств і відомств з цивільною системою охорони здоров'я держави // Наука і практика. – 2014. – № 2-3 (3-4). – С. 39-45.
118. Сайфуллин В.Г., Абдрафикова Г.Х. Перспективы развития ЦВТ им. М.А. Лиходея как специализированного медицинского реабилитационного учреждения для воинов-интернационалистов // Инвалиды и общество. – 2015. – № 1 (15). – С. 65-69.



119. Сивуха Т.А. Характеристика клинико-функциональных нарушений у инвалидов боевых действий с патологией нервной системы. Особенности медико-социальной экспертизы. Модель комплексной программы реабилитации. // В кн.: Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы: Сб. инф.-метод. материалов. – М., 1990. – С.47-53.
120. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММРІ): Практическое руководство. – М.: Речь, 2007. – 224 с.
121. Старовойтова И.М., Саркисов К.А., Потехин Н.П., Шумейко Т.В. О единстве экспертных подходов при осуществлении медико-социальной и военно-врачебной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – №3. – С. 53-57.
122. Стресс и сердечно-сосудистые заболевания: Обзор матеріалів НПК «Стрес і серцево-судинні захворювання: національна стратегія в сучасних умовах України» (в рамках щорічних читань, присвячених пам'яті академіка М.Д. Стражеско, 4-5 березня 2015 р., м. Київ / В.Н. Коваленко, О.С. Чабан, М.І. Лутайта ін. // Медична газета «Здоров'я України». – 2015. – № 8. – С. 38-39.
123. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2007. – 272 с.
124. Фалько О. У реабілітації демобілізованих воїнів АТО допоможуть ізраїльські медики (Харківщина) // Ваше здоров'я. – 2015, 1 травня. – № 17-18. – С. 17.
125. Хімічук І. Повоєнна реабілітація: зцілювати необхідно не лише тіло // Ваше здоров'я. – 2015, 9 січня. – № 1-2. – С. 16.
126. Хубутія Б.Н. Научное обоснование совершенствования системы социальной защиты инвалидов войны на основе комплексного медико-социального исследования инвалидности, состояния их здоровья, образа и качества жизни: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2009. – 48 с.
127. Хубутія Б.Н., Чикинова Л.Н. Социально-гигиенические особенности контингента больных и инвалидов – участников локальных военных действий и оценка социально-экономических условий их жизни // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 1. – С. 42-43.
128. Чикинова Л.Н., Симкалов С.А., Исаенко С.И. Состояние и динамика первичной инвалидности у бывших военнослужащих в Москве за период 1999-2003 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 35-38.

129. Чикинова Л.Н. Характеристика и особенности клинко-функциональных нарушений здоровья у инвалидов военной службы с патологией внутренних органов. Особенности медико-социальной экспертизы // В кн.: Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы: Сб. инф.-метод. материалов. – М., 1990. – С. 61-71.
130. Шебалина Н.Б., Хидашели Х.Л. Вопросы социально-психологической адаптации инвалидов военной службы // В кн.: Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы: Сб. инф.-метод. материалов. – М., 1990. – С. 82-92.
131. Шевель П.П. Социально-экономическое положение ветеранов военной службы в 2014 году (по результатам мониторингового социологического исследования) // Инвалиды и общество. – 2015. – № 1 (15). – С. 43-52.
132. Шевченко В.В., Руденко А.А. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті // Психологічні науки: Збірник наукових праць. – Випуск 2.12 (103). – С. 239-243.
133. Шевчук В.І., Яворовенко О.Б., Беляєва Н.М., Шевчук С.В. Реабілітація інвалідів: Науково-методичне видання. – Вінниця: ПП Торговий дім «Едельвейс і Ко», 2012. – 216 с.
134. Шереметьева И.И. Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2007.
135. Шишов В.П. Об опыте работы ООИВА – «Инвалиды войны» по осуществлению профессиональной реабилитации инвалидов боевых действий // Инвалиды и общество. – 2015. – № 1 (15). – С. 70-72.
136. Юдин В.Е., Лямин М.В., Ярошенко В.П. Особенности психических нарушений и оценки качества жизни у военнослужащих, получивших ранения в локальных вооруженных конфликтах // Военно-медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 21-25.
137. Юрковский О.И. Медико-социальные аспекты инвалидности, реабилитации и социальной интеграции пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях и локальных военных конфликтах // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 1. – С. 35-37.
138. Юрковский О.И. Методика и организация исследования по проблеме реабилитации пострадавших при дорожно-транспортных и локальных военных

конфликтах // Медико-соціальна експертиза і реабілітація. – 2004. – № 4. – С. 16-20.

139. Юрєва Л.Н. Кризисные состояния. — Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. — 164 с.

**Електронні посилання:**

140. Brymer M, Jacobs A, Layne C, et al; National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Psychological first aid: field operations guide. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs; 2006. – URL: [www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp](http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp).

141. Cogan J. US Military Suicide Rates at Record High; 2009. [(accessed on 4 February 2009)]. – URL: <http://www.wsws.org/articles/2009/feb2009/suic-f04.shtml>.

142. Institute of Medicine. Treatment of PTSD: an assessment of the evidence. Washington, DC: National Academies Press, 2008. – URL: [www.iom.edu/Reports/2007/Treatment-of-PTSD-An-Assessment-of-The-Evidence.aspx](http://www.iom.edu/Reports/2007/Treatment-of-PTSD-An-Assessment-of-The-Evidence.aspx).

143. Milliken C.S, Auchterlonie M.S, Hoge C.W. Longitudinal Assessment of Mental Health Problems Among Active and Reserve Component Soldiers Returning from the Iraq War // JAMA. – 2007. – 298(18). – P. 2141-2148. – URL: <http://www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA480266&doc=GetTRDoc.pdf>. Accessed March 27, 2011.

144. National Institute of Mental Health. Health Topics: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). – URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complete-index.shtml>. Updated August 31, 2010. Accessed March 6, 2011.

145. WOG запускає проект із працевлаштування воїнів АТО – «Працьовита Україна»: [Електронний ресурс]. URL: <http://www.epravda.com.ua/press/2015/07/21/551740/>. – 2015. – 21.07.

146. Алгоритм спрямування учасників АТО з відомчих госпіталів на реабілітацію в госпіталі для ветеранів війни: [Електронний ресурс]. URL: <http://dsvv.gov.ua/novyny/ato/alhorytm-spryamuvannya-uchasnykiv-ato-z-vidomchyh-hospitaliv-na-reabilitatsiyu-v-hospitali-dlya-veteraniv-vijny.html>. – 2015. – 22.01.

147. Анкета опитування учасника АТО щодо соціальної та професійної адаптації: [Електронний ресурс]. URL: [https://docs.google.com/forms/d/1Mb5-PLauL9aY97gbpYD5RBAUDrZ8-\\_ssh7w1v32R6W4/viewform?c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/1Mb5-PLauL9aY97gbpYD5RBAUDrZ8-_ssh7w1v32R6W4/viewform?c=0&w=1).

148. В Ірпені презентували перший в Україні Центр психофізичної реабілітації для постраждалих в АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://www.mil.gov.ua/news/2015/04/27/v-irpeni-prezentovali-pershij-v-ukraini-czentr-psihofizichnoi-reabilitaczii-dlya-postrazhdalih-v-ato--9477/>. – 2015. – 27.04.
149. В Кіровограді відкрито Центр медико-психологічної реабілітації «КОМ-ПАС»: [Електронний ресурс]. URL: <http://pereveslo.org.ua/index.php/kirovogradsky-novyny/item/17298-v-kirovohradi-vidkryto-tsentr-meduko-psykholohichnoyi-reabilitatsiyi-kom-pas-foto.html>. – 2014. – 01.12.
150. В УПЦ наберуть волонтерів, щоб надавати професії воїнам-інвалідам АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://religions.unian.ua/orthodoxy/1092073-v-upts-naberut-volonteriv-schob-nadavati-profesiji-vojinam-invalidam-ato.html>. – 2015. – 22.06.
151. В Харьковской области 105 демобилизованных военных обеспечили работой: [Електронний ресурс]. URL: <http://sprotyv.info/ru/news/harkov/v-harkovskoy-oblasti-105-demobilizovannyh-voennyh-obespechili-rabotoy>. – 2015. – 17.08.
152. Ветеранам АТО вперше надали право самостійно обрати собі країну протезування: [Електронний ресурс]. URL: [http://proternopil.te.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=18670:2015-08-03-09-51-33&catid=120:2013-04-24-08-29-34](http://proternopil.te.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=18670:2015-08-03-09-51-33&catid=120:2013-04-24-08-29-34). – 2015. – 03.08.
153. Воїни АТО мають можливість оздоровитися у 6 санаторно-курортних закладах Київщини: [Електронний ресурс]. URL: <http://www.vasilkivrd.gov.ua/news/main/216-voyini-ato-mayut-mozhlivst-ozdorovitisya-u-6-sanatorno-kurortnih-zakladah-kiyivschini.html>. – 2015. 28.07.
154. Вперше в Україні підписано багатосторонній Меморандум про співпрацю та взаємодію для забезпечення зайнятості інвалідів та учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: [http://www.dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art\\_id=372164&cat\\_id=364661](http://www.dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=372164&cat_id=364661). – 2015. – 14.07.
155. Впровадження тактичної медицини: досвід, проблеми: [Електронний ресурс]. URL: <http://narodka.com.ua/13698-vprovadzheniya-taktichno%D1%97-medicini-dosvid-problemi>. – 2015. – 28.01.
156. Встановлення групи інвалідності учасникам АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://shostka.ua/vstanovlennya-grupi-invalidnosti-uchasnikam-ato/>. – 2015. – 16.07.

157. Демобілізовані з зони АТО зможуть безкоштовно отримати ІТ-спеціальність: [Електронний ресурс]. URL: <http://old.kharkivoda.gov.ua/uk/news/print/id/26521>. – 2015. – 26.06.
158. Деньги на оздоровление демобилизованных участников АТО в Николаевской области есть: [Електронний ресурс]. URL: <http://inshe.tv/video/2015-08-14/48638>. – 2015. – 14.08.
159. Інваліди АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://veteranyato.org/invalidy-ato.html>.
160. Кабмін збільшив виплати на протезування для учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://health.unian.ua/country/1111615-kabmin-zbilshiv-viplati-na-protezuвання-dlya-uchasnikiv-ato.html>. – 2015. – 14.08.
161. Кабмін спростив оформлення інвалідності для військових: [Електронний ресурс]. URL: <http://podrobnosti.ua/1006908-kabmn-sprostiv-oformlennja-nvaldnost-dlja-vjskovih.html#.VInS0k52eIs.twitter>. – 2014. – 21.12.
162. Каталог технічних засобів реабілітації: [Електронний ресурс]. URL: <http://naiu.org.ua/useful/katalog-tekhnichnikh-zasobiv-reabilitatsiji/>.
163. Климов Е.А.Развивающийся человек в мире профессий / МГУ им. М.В. Ломоносова, Обнинский гор.психол. центр «Детство». — Обнинск: Принтер, 1993. – 57 с. – URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=18520>.
164. Львівський обласний центр зайнятості. Спершу психологічна підтримка, а тоді – робота: [Електронний ресурс]. URL: [http://www.dcz.gov.ua/lviv/control/uk/publish/printable\\_article?art\\_id=49763](http://www.dcz.gov.ua/lviv/control/uk/publish/printable_article?art_id=49763). – 2015. – 16.03.
165. Медико-психологічна та реабілітаційна допомога учасникам АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://pda.apteka.ua/article/323836>. – 2015. – 23.02.
166. Медична реабілітація в Україні: потрібне повне перезавантаження? [Електронний ресурс]. URL: <http://www.vz.kiev.ua/medichna-reabilitaciya-v-ukra%D1%97ni-potribne-povne-perezavantazhennya>. – 2014. – 17.10.
167. Методичні рекомендації щодо порядку отримання учасником АТО соціальної підтримки з питань надання статусу, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, в т.ч. протезуванням (ортезуванням) за кордоном / Додаток до листа Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції від 07.11.2014 № 517-вих.: [Ел. ресурс]. URL: <http://5mkpolyklinika.lviv.ua/index.php/vazhlyvo/97-metodychni-rekomendatsiyi-shchodo-poriadku-otrymannia-uchasnykom-ato-sotsialnoi-pidtrymky-z-pytan-nadannia-statusu-zabezpechennia-tekhnichnymy-ta-inshymy-zasobamy-reabilitatsii-v-tomu-chysli-protezuванняm-ortezuванняm-za-kordonom>.

168. Минздрав рассказал об установлении групп инвалидности пострадавшим в АТО с ампутированными конечностями: [Ел. ресурс]. URL: <http://pharmasvit.com/minzdrav-rasskazal-ob-ustanovlenii-grupp-invalidnosti-postradavshim-v-ato-s-amputirovannymi-konechnostyami-80146.html>. – 2014. – 09.12.
169. На Волині відкрили сучасне відділення для реабілітації бійців АТО: [Ел. ресурс]. URL: <http://www.volynnews.com/news/health/na-volyni-vidkryly-suchasne-viddillennia-dlia-reabilitatsiyi-biytsiv-ato/>. – 2015. – 10.06.
170. На Кіровоградщині розроблено соціальний паспорт потреб учасника АТО: [Ел. ресурс]. URL: <http://fakel.kr.ua/index.php/suspilstvo/16474-na-kirovohradshchyni-rozrobleno-sotsialnyi-pasport-potreb-uchasnyka-ato>. – 2015. – 11.08.
171. На Прикарпатті відкриють лікувально-реабілітаційний центр для бійців АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://www.vezha.org/na-prykarpatti-vidkryyut-likuvalno-reabilitatsijnyi-tsentr-dlya-bijtsiv-ato-video>. – 2014. – 02.12.
172. ОКУ «Чернівецький обласний госпіталь ветеранів війни»: [Електронний ресурс]. URL: <http://oky.cv.ua/index.php/25-holovna/37-ato>.
173. Охорона здоров'я учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: [http://espresso.tv/blogs/2015/02/21/okhorona\\_zdorovya\\_uchasnykiv\\_ato](http://espresso.tv/blogs/2015/02/21/okhorona_zdorovya_uchasnykiv_ato). – 2015. – 21.02.
174. Перший боєць АТО став студентом у рамках спеціальної освітньої програми: [Електронний ресурс]. URL: <http://www.radiosvoboda.org/content/article/26631506.html>. – 2014. – 10.10.
175. Підрозділ для соціального супроводу воїнів АТО та їхніх сімей створили у Вінницькій мерії: [Електронний ресурс]. URL: <http://news.vn.ua/2015/09/28/32144?1>. – 2015. – 28.09.
176. Порядок [забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення](#): [Ел. ресурс]. URL: <http://naiu.org.ua/useful/katalog-tekhnikh-zasobiv-reabilitatsiji/>.
177. Потіха А. Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: [http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=861:reabilitatsiya-uchasnikiv-ato-2&catid=64&Itemid=376](http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=861:reabilitatsiya-uchasnikiv-ato-2&catid=64&Itemid=376).
178. Пріоритетне завдання МСЕК сьогодні – комплексна реабілітація інвалідів, особливо учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: [https://moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20150505\\_f.html](https://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20150505_f.html). – 2015. – 05.05.

179. Про заходи щодо допомоги, реабілітації та адаптації демобілізованих військових – учасників АТО у Миколаївській області: [Ел. ресурс]. URL: <http://www.uoz-mk.org.ua/index.php/vazhliva-informatsiya/772-pro-zakhodi-shchodo-dopomogi-reabilitatsiji-ta-adaptatsiji-demobilizovanikh-vijskovikh-uchasnikiv-ato-u-mikolajivskij-oblasti-2>.
180. Про сприяння працевлаштуванню учасникам АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://www.brovary-rda.gov.ua/povidomlenna-organiv-vladi/prosprianna pracevlastuvannu uchasnikam ato>. – 2014. – 22.12.
181. Проблеми адаптації та реабілітації тих, хто побував в АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://karpatskijobjektiv.com/problemi-adaptaciyi-ta-reabilitaciyi-tix-xto-pobuvav-v-atoproblemi-adaptaciyi-ta-reabilitaciyi-tix-xto-projshov-vijnu/>. – 2014. – 21.10.
182. Проведено круглий стіл з питань соціальної, професійної адаптації та психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: [Електронний ресурс]. URL: <http://proftekhosvita.org.ua/uk/news/details/6688>. – 2015. – 30.01.
183. Проект «Мирний» готуватиме власних реабілітологів для учасників АТО та їх сімей: [Ел. ресурс]. URL: <http://mediarnbo.org/2015/07/28/proekt-mirniy-gotuvatime-vlasnih-reabilitologiv-dlya-uchasnikiv-ato-ta-yih-simey/>. – 2015. – 28.07.
184. Протезування для учасників АТО буде безплатним: [Ел. ресурс]. URL: [http://kurs.if.ua/news/protezuвання\\_dlya\\_uchasnykiv\\_ato\\_bude\\_bezplatnym\\_3667.html](http://kurs.if.ua/news/protezuвання_dlya_uchasnykiv_ato_bude_bezplatnym_3667.html). – 2014. – 29.07.
185. Психологическая реабилитация для прошедших АТО бойцов может стать обязательной: [Електронний ресурс]. URL: [http://sprotyv.info/ru/news/kiev/psihologicheskaya-reabilitaciya-dlya-proshedshih-ato-boycov-mozhet-stat-obyazatelnoy?\\_utl\\_t=tw](http://sprotyv.info/ru/news/kiev/psihologicheskaya-reabilitaciya-dlya-proshedshih-ato-boycov-mozhet-stat-obyazatelnoy?_utl_t=tw). – 2015. – 23.09.
186. Психофізіологічна реабілітація бійців та постраждалих у зоні АТО: [Ел. ресурс]. URL: <http://www.umj.com.ua/article/84887/psixofiziologichna-reabilitaciya-bijciv-ta-postrazhdalix-u-zoni-ato>. – 2015. – 03.05.
187. Рада дозволила пострадавшим в АТО военным получать реабилитацию без статуса инвалида: [Ел. ресурс]. URL: <http://obozrevatel.com/politics/86279-rada-pozvolila-postradavshim-v-ato-voennyim-poluchat-reabilitatsiyu-bez-statusa-invalida.htm>. – 2014. – 23.07.
188. Реабілітація поранених бійців в Україні буде проводитись спільними зусиллями: [Ел. ресурс]. URL: <http://ukraine.setimes.com/uk/articles/uwi/features>. – 2015. – 05.01.

189. Результати закордонного протезування українських бійців в Італії розглянуто на круглому столі: [Ел. ресурс]. URL: <http://dsvv.gov.ua/presentation/rezultaty-zakordonnoho-protezuвання-ukrajinskyh-bijtsiv-v-italiji-rozhlyanuto-na-kruhlomu-stoli.html>. – 2015. – 09.09.
190. Рекомендації щодо системної правової допомоги учасникам АТО: [Ел. ресурс]. URL: <http://khpg.org/index.php?id=1437509546>. – 2015. – 21.07.
191. Сайфуллин В.Г. Соціальна реабілітація учасників бойових дій: [Електронний ресурс]. URL: [http://www.usva.org.ua/mambo3/index.php?option=com\\_content&task=view&id=387&Itemid=112](http://www.usva.org.ua/mambo3/index.php?option=com_content&task=view&id=387&Itemid=112).
192. Система госпіталів для ветеранів війни стане фундаментом створення реабілітаційних центрів для учасників АТО / Прес-служба МОЗ: [Електронний ресурс]. URL: [http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art\\_id=247625611](http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=247625611). – 2014. – 24.09.
193. Соціальна допомога родинам бійців АТО: куди звертатися: [Електронний ресурс]. URL: <http://sockraina.com/news/18159>. – 2015. – 27.06.
194. У Військовому госпіталі у Львові відкрили кабінет-басейн – перший в Західній Україні: [Електронний ресурс]. URL: [http://galinfo.com.ua/news/u\\_viyskovomu\\_gospitali\\_u\\_lvovi\\_vidkryly\\_vodnyy\\_kabinetbaseyn\\_pershyy\\_v\\_zahidny\\_ukraini\\_199025.html](http://galinfo.com.ua/news/u_viyskovomu_gospitali_u_lvovi_vidkryly_vodnyy_kabinetbaseyn_pershyy_v_zahidny_ukraini_199025.html). – 2015. – 08.07.
195. У Вінниці безплатно реабілітують учасників АТО, які отримали інвалідність: [Ел. ресурс]. URL: <http://vinnitsaok.com.ua/2015/02/03/195646#!> – 2015. – 03.02.
196. У Дніпропетровській області стартують курси програмування для бійців АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://dp.ridna.ua/2015/08/03/udnipropetrovskij-oblasti-startuyut-kursy-prohramuvannya-dlya-bijtsiv-ato/>. – 2015. – 03.08.
197. У Києві відкрили Центр реабілітації поранених в АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://spilno.tv/uk/Blogs>. – 2014. – 10.12.
198. У Київській області діє програма соціальної та професійної адаптації учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: [http://www.kyivobl.gov.ua/news/article/u\\_kijivskij\\_oblasti\\_dije\\_programa\\_sotsialnoji\\_ta\\_profesijnoji\\_adaptatsiji\\_uchasnikiv\\_ato](http://www.kyivobl.gov.ua/news/article/u_kijivskij_oblasti_dije_programa_sotsialnoji_ta_profesijnoji_adaptatsiji_uchasnikiv_ato). – 2015. – 17.09.
199. У Львові учасники АТО можуть безкоштовно пройти курс фізичної реабілітації: [Електронний ресурс]. URL: [http://zaxid.net/news/showNews.do?u\\_lvovi\\_uchasniki\\_ato\\_mozhut\\_bezkoshtovno\\_proyti\\_kurs\\_fizichnoyi\\_reabilitatsiyi&objectId=1338441](http://zaxid.net/news/showNews.do?u_lvovi_uchasniki_ato_mozhut_bezkoshtovno_proyti_kurs_fizichnoyi_reabilitatsiyi&objectId=1338441). – 2015. – 27.01.



200. У Центрі психологічної реабілітації і лікування учасників АТО запрацювала Служба психологічно-соціального відновлення: [Електронний ресурс]. URL: <http://naiu.org.ua/live/u-tsentri-psyholohichnoji-reabilitatsiji-i-likuvannya-uchasnykiv-ato-zapratsyuvava-sluzhba-psyholohichno-sotsialnoho-vidnovlennya>. – 2015. – 29.01.
201. Україні необхідна Програма реабілітації та адаптації учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: <http://blog.liga.net/user/gzubko/article/15667.aspx>. – 2014. – 23.09.
202. Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій (Психологічна кризова служба): [Електронний ресурс]. URL: <http://cd-platform.org/competition/1263-ukrainska-asotsiatsiia-fakhivtsiv-z-podolannia-naslidkiv-psykhotravmuiuchykh-podii-psykhohichna-kryzova-sluzhba>.
203. Українські фахівці почнуть встановлювати біонічні протези учасникам АТО з наступного року: [Електронний ресурс]. URL: <http://health.unian.ua/country/1111773-ukrajinski-fahivtsi-pochnut-vstanovlyuvati-bionichni-protezi-uchasnikam-ato-pso-nastupnogo-roku.html>. – 2015. – 14.08.
204. Учасникам АТО забезпечать адаптацію та пільгові пенсійні виплати: [Ел. ресурс]. URL: <http://rda.if.ua/n/soczahistgovua/2014/12/01/5075/view>. – 2015. – 12.01.
205. Учасникам АТО збільшать фінансування на харчування і ліки: [Ел. ресурс]. URL: <http://zaholovok.com.ua/uchasnikam-ato-zbilshat-finansuvannya-na-kharchuvannya-i-liky>. – 2015. – 16.06.
206. Учасники АТО можуть безкоштовно оздоровлюватись в санаторіях (перелік санаторіїв): [Електронний ресурс]. URL: <http://www.rv.gov.ua/sitenew/dubensk/ua/news/detail/37287.htm>. – 2015. – 28.09.
207. Фонд Филатова запустил программу реабилитации военнослужащих АТО: [Ел. ресурс]. URL: <http://most-dnepr.info/news/politics/122529.html>. – 2015. – 03.08.
208. Хто має забезпечити постраждалих учасників АТО протезами: [Ел. ресурс]. URL: <http://rk.kr.ua/hto-mae-zabezpechiti-postrazhdalih-uchasnikiv-ato-protezami>. – 2015. – 04.02.
209. Цьогоріч в обласній психіатричній лікарні на Закарпатті проліковано 53 бійці АТО із посттравматичними стресовими розладами: [Електронний ресурс]. URL: <http://zakarpattia.net.ua/News/143713-TSohorich-v-oblasnii-psykhiatrychnii-likarni-na-Zakarpatti-prolikovano-53-biitsiv-ATO-iz-posttravmatychnymy-stresovymy-rozladamy>. – 2015. – 11.08.

210. Черкаська служба зайнятості. Соціальний захист та сприяння працевлаштуванню демобілізованих військовослужбовців учасників АТО: [Електронний ресурс]. URL: [http://www.dcz.gov.ua/chk/control/uk/publish/article?art\\_id=33034](http://www.dcz.gov.ua/chk/control/uk/publish/article?art_id=33034). – 2015. – 17.07.

## Адреси та телефони госпіталів ветеранів війни України

№ з/п	Найменування областей	Адреса	Прізвище, ім'я, по батькові	Посада	Телефон
1.	Вінницька	21005, м. Вінниця, вул. Пирогова, 109а, обласний госпіталь ІВВ	БАБІЙЧУК Валерій Вікторович	Начальник госпіталю	(0432) 68-22-92
2.	Волинська	43001, м. Луцьк, вул. Стефаника, 3а, обласний госпіталь ІВВ	МАСІКОВА Тетяна Олександрівна	Головний лікар	(0332) 72-14-43
3.	Дніпропетровська	49005, м. Дніпропетровськ, пл. Жовтнева, 14, обласний госпіталь ІВВ	ДУДНИК Сергій Петрович	Начальник госпіталю	(056) 713-54-73
		52532, Дніпропетровська область, Синельниківський район, с. Роздори, обласний госпіталь ІВВ	ЛИХОВИД Олександр Валентинович	Начальник госпіталю	(0263) 4-95-32
4.	Донецька	84130, Донецька область, м. Святогірськ, вул. Піонерська, 66	ПРИСЯЖНИЙ Микола Олександрович	Начальник госпіталю	(06262) 5-30-71 (06262) 5-57-52
5.	Житомирська	13300, м. Бердичів, вул. К. Лібкнехта, 52, обласний госпіталь	ЖУРБЕНКО Павло Юрійович	В. о. головного лікаря	(04143) 2-02-58
6.	Закарпатська	88000, м. Ужгород, вул. Л.Толстого, буд. 13, госпіталь ІВ та учасників ЧАСС	БРИЧ Володимир Дмитрович	Головний лікар	(0312) 61-57-49
7.	Запорізька	69096, м. Запоріжжя, вул. Ленська 45, госпіталь ІВВ, Обласна поліклініка, вул. Орхівське шосе, 10	ЯРМОЩУК Тетяна Єгорівна	Начальник госпіталю	(061) 224-79-60
8.	Київська	08454, Київська область, Переяслав-Хмельницький район, с. Циблі-1, Український державний медико-соціальний центр	ГРІНЕНКО Юрій Олександрович МОВЧАН Людмила Володимирівна	Директор Заступник директора з ОМР	(04567) 5-28-93 (04567) 5-28-94

		ветеранів війни			
9.	Кіровоградська	25005, м. Кіровоград, вул. Короленко, 58, обласний госпіталь ІВВ	СЯБРЕНКО Геннадій Петрович	Головний лікар	(0522) 34-11-44 (0522) 34-11-30 (приймальна)
10.	Львівська	79495 м. Львів – Винники, вул. В. Івасюка, 31, обласний госпіталь ІВВ	ФЕДУНЬ Петро Іванович	Начальник госпіталю	(032) 296-11-45
11.	Миколаївська	54058 м. Миколаїв, вул. Київська, 1, обласний госпіталь ІВВ	ПІДРУЧНИЙ Михайло Степанович	В. о. начальника госпіталю	(0512) 41-34-51
12.	Одеська	65038, м. Одеса, Фонтанська дорога, 114, госпіталь ІВВ	ВОЛКОВ Петро Георгійович	Головний лікар	(048) 748-08-05
		65014, м. Одеса, вул. Белінського, буд. 2, очний госпіталь	ТИГАРЕНКО Ігор Володимирович	Головний лікар	(048) 722-00-48
13.	Полтавська	36011, м. Полтава, вул. Володарського, 5, госпіталь ІВВ	ГОЛУБЄВ Сергій Миколайович	Начальник госпіталю	(05322) 7-28-06
		37500, Полтавська область, м. Лубни, вул. К. Лібкнехта, 19, Лубенський госпіталь	КРАВЕЦЬКИЙ Віктор Миколайович	Начальник госпіталю	(05361) 5-31-46 (05361) 5-20-82
		39600, Полтавська область, м. Кременчук, вул. Жовтнева, 23/1, Кременчуцький госпіталь	ЛИТВИНЕНКО Микола Миколайович	Начальник госпіталю	(05366) 2-43-47 (05366) 2-24-52
14.	Рівненська	35311, Рівненська область, Рівненський район, смтКлевань, вул. Деражненська, 39, обласний госпіталь	БУРАЧИК Андрій Іванович	Начальник госпіталю	(0362) 27-04-10
15.	Сумська	40031, м. Суми, вул. Ковпака, 24, обласний госпіталь ІВВ	ПИЛИПЕНКО В'ячеслав Григорович	Начальник госпіталю	(0542) 24-16-39
16.	Тернопільська	48600, м. Заліщики, вул. М. Шашкевича, 42, обласний госпіталь	ДЕМЧУК Володимир Іванович ЛОГІН Надія Василівна	Начальник госпіталю Голова ЛВК	(03554) 2-12-86 (03554) 2-13-04
17.	Харківська	61019, м. Харків, вул. Луначарського, 42а, обласний	ФЕДЧЕНКО Юрій Григорович	Начальник госпіталю	(057) 376-21-90

		госпіталь ІВВ			
18.	Херсонська	73000, м. Херсон, пр. Ушакова, 65, обласний госпіталь ІВВ	ТИМОШЕНКО Валерій Володимирович	Начальник госпіталю	(0552) 42-04- 69
19.	Хмельницька	29013, Хмельницький район, с. Ружичанка	ПІНЧУК Людмила Михайлівна	Начальник госпіталю	(03822) 2-24- 45
20.	Черкаська	18035, м. Черкаси, вул. Ворошилова, 1, обласний госпіталь	ЗАДОРЖНИЙ Сергій Вікторович	Головний лікар	(0472) 31-10- 26
21.	Чернівецька	58023, м. Чернівці, вул. Фастівська, 20, обласний госпіталь ІВВ	МІГАЙЧУК Манолій Михайлович	Начальник госпіталю	(03722) 6-29- 12
22.	Чернігівська	14029, м. Чернігів, вул. Волковича, 25, обл. госпіталь ІВВ	ТОВЧИГА Володимир Анатолійович	Начальник госпіталю	(0462) 67-96- 74
23.	м. Київ	04075, м. Київ, вул. Червонофлотська, 26, міський госпіталь	ЗАЧЕК Любов Миколаївна	Начальник госпіталю	(044) 401-96- 20
		1133, м. Київ, вул. Госпітальна, 18, госпіталь “Печерський”	НЕЙЕР Микола Юганович	Головний лікар	(044) 528-22- 00
		04075, м. Київ, смт Пуша-Водиця, 7 лінія, Український госпіталь воїнів- інтернаціоналістів “Лісова Поляна”	ОЛІЙНИК Віктор Іванович	Начальник госпіталю	(0 44) 401-82- 70

## Відповідальні особи структурних підрозділів соціального захисту населення

	Структурний підрозділ	ПІБ	Посада	Контактний номер телефону
1	Департамент соціальної політики <b>Вінницької ОДА</b>	Левакова Наталія Миколаївна	Заступник директора Департаменту – начальник управління з питань соціальної підтримки населення	(0432) 56-25-74
		Комісарчук Майя Іллівна	Начальник відділу соціального обслуговування інвалідів та ветеранів	(0432) 56-26-29
2	Департамент соціального захисту населення <b>Волинської ОДА</b>	Сірбіненко Людмила Василівна	Заступник директора департаменту соціального захисту населення	(0312) 24-84-71
		Семенюк Наталія Вікторівна	Начальник відділу персоніфікованого обліку пільг та інвалідів	(0312) 77-82-05
		Бойко Тарас Степанович	Головний спеціаліст відділу персоніфікованого обліку пільг та інвалідів	(0312) 24-34-56
3	Департамент соціального захисту населення <b>Дніпропетровської ОДА</b>	Сливна Валентина Олексіївна	Заступник директора	(056) 713-63-09
		Бейцун Анатолій Федорович	Начальник управління у справах інвалідів та ветеранів	(056) 231-87-38
		Недодатко Ольга Марківна	Начальник відділу реабілітації, обслуговування інвалідів, ветеранів війни та праці	(056) 713-66-43

4	Департамент праці та соціального захисту населення <b>Житомирської</b> ОДА	Павлюк Василь Петрович	Заступник директора департаменту – начальник управління соціального захисту населення	(0412) 24-08-48
		Д'яченко Анатолій Петрович	Заступник начальника управління соціального захисту населення – начальник відділу соціального обслуговування населення та стаціонарних установ	(0412) 24-08-41
5	Департамент соціального захисту населення <b>Закарпатської</b> ОДА	Микулець В'ячеслав Іванович	Заступник директора департаменту-начальник управління.	(0312) 63-55-83
		Ковтун Ольга Миколаївна	Головний спеціаліст відділу.	(0312) 61-40-63
6	Департамент соціального захисту населення <b>Запорізької</b> ОДА	Гончаренко Галина Андріївна	Заступник директора Департаменту - начальник управління соціальних послуг та соціального забезпечення	(0617) 63-35-55
		Герасименко Вікторія Володимирівна	Заступник начальника управління – начальник відділу у справах інвалідів та людей похилого віку	(0617) 64-22-78
7	Департамент соціальної політики <b>Івано-Франківської</b> ОДА	Юрченко Аліса Костянтинівна	Заступник начальника управління – начальник відділу у справах інвалідів та організації соціальних послуг	(0342) 72-35-53
		Галюк Василь Михайлович	Головний спеціаліст відділу у справах інвалідів та організації соціальних послуг	(0342) 72-55-78
8	Департамент соціального захисту населення <b>Київської обласної</b>	Винник Олександр Миколайович	Заступник директора департаменту – начальник управління соціального захисту населення	(044) 206-74-86

	державної адміністрації	Незенко Валерія Михайлівна	Заступник начальника управління соціального захисту населення - начальник відділу обслуговування пенсіонерів, інвалідів війни та праці	(044) 206-74-86
9	Департамент соціального захисту населення <b>Кіровоградської ОДА</b>	Юхименко Віталій Миколайович	Заступник директора департаменту – начальник управління соціальних послуг	(0522) 22-89-55
		Колесніков В'ячеслав Леонтійович	Начальник відділу з питань соціального захисту інвалідів, ветеранів війни та ІТ-підтримки	(0522) 32-29-68
		Одарченко Ганна Анатоліївна	Головний спеціаліст відділу з питань соціального захисту інвалідів, ветеранів війни та ІТ- підтримки	(0522) 22-29-41
10	Департамент соціального захисту населення <b>Львівської ОДА</b>	Медвідь Тетяна Дмитрівна	Начальник управління соціального обслуговування та захисту населення	(032) 255-38-18
		Курницька Олександра Михайлівна	Начальник відділу реабілітації та обслуговування інвалідів, ветеранів війни та праці	(032) 261-25-54
11	Департамент соціального захисту населення <b>Миколаївської ОДА</b>	Белкіна Любов Петрівна	Заступник директора департаменту – начальник управління соціальних послуг	(0512) 55-16-03
		Недвиженко Тетяна Юріївна	Начальник відділу по роботі з інвалідами та ветеранами	(0512) 24-22-53
12	Департамент соціального захисту населення <b>Одеської</b>	Коваленко Лілія Валентинівна	Заступник директора Департаменту -	(048) 785-18-43



			начальник управління соціального захисту	
	ОДА	Дементьєва Тетяна Миколаївна	Начальник відділу у справах інвалідів, ветеранів війни та праці	(048) 784-72-54
13	Департамент праці та соціального захисту населення <b>Полтавської</b> ОДА	Матуйзо Світлана Василівна	Заступник директора Департаменту	(0532) 63-28-64
		Федій Тетяна Іванівна	Начальник відділу у справах інвалідів та ветеранів	(0532) 68-12-76
		Гузиніна Світлана Сергіївна	Заступник начальника відділу у справах інвалідів та ветеранів	(0532) 68-12-76
		Громенко Тетяна Анатоліївна	Головний спеціаліст відділу у справах інвалідів та ветеранів	(0532) 68-12-34
14	Департамент соціального захисту населення <b>Рівненської</b> ОДА	Шамак Олексій Олександрович	Заступник директора департаменту – начальник управління праці та соціального обслуговування населення	(0362) 22-14-37
		Коваль Сергій Володимирович	Заступник начальника управління праці та соціального обслуговування населення – начальник відділу соціального обслуговування населення	(0362) 22-14-37
15	Департамент соціального захисту населення	Мусіяка Людмила Петрівна	Заступник директора департаменту – начальник управління з питань соціальних виплат та соціального обслуговування	(0542) 60-02-10

			населення	
	<b>Сумської ОДА</b>	Марченко Тетяна Іванівна	Начальник відділу соціальних послуг та соціального захисту інвалідів	(0542) 60-02-08
16	Департамент соціального захисту населення <b>Тернопільської ОДА</b>	Кланца Павло Миколайович	Начальник управління організації надання соціальних послуг	(0352) 52-26-13
		Смолій Оксана Василівна	Заступник начальника управління – начальник відділу координації та контролю діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги	(0352) 52 26 13
		Курило Сергій Петрович	Головний спеціаліст відділу координації та контролю діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги, управління організації надання соціальних послуг	(0352) 52 30 56
17	Департамент праці та соціального захисту населення <b>Харківської ОДА</b>	Єрміліна Тетяна Іванівна	Заступник директора Департаменту – начальник управління у справах захисту інвалідів та населення, постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи	(057) 705-26-83
		Гусєва Марина Віталіївна	начальник відділу у справах інвалідів та ветеранів	(057) 705-41-80
18		Князєва Олена Володимирівна	Заступник директора Департаменту соціального захисту населення обласної державної адміністрації,	(0552) 22-34-69

			начальник управління соціального захисту населення	
	Департамент соціального захисту населення Херсонської ОДА	Томіліна Галина Ростиславівна	Заступник начальника управління соціального захисту населення, начальник відділу соціальних послуг і стаціонарних закладів Департаменту соціального захисту населення обласної державної адміністрації	(0552) 26-16-17
19	Департамент соціального захисту населення Хмельницької ОДА	Дідик Микола Миколайович	Заступник директора Департаменту соціального захисту населення обласної державної адміністрації	(0382) 79-41-06
		Гловацький Іван Іванович	Начальник управління у справах інвалідів, громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та кадрово-правової роботи	(0382) 79-40-23
		Онищук Вероніка Миколаївна	начальник відділу по забезпеченню інвалідів спецавтотранспортом та засобами реабілітації	(0382) 75-20-90
		Молодий Валентин Миколайович	Провідний економіст	(0382) 75-20-90
20	Департамент соціального захисту населення Черкаської ОДА	Могилей Сергій Володимирович	Заступник директора Департаменту – начальник управління соціального захисту постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи та інвалідів	(0472) 37-34-93

		Нечитайло Тетяна Володимирівна	Начальник відділу реабілітації та обслуговування інвалідів, ветеранів і праці	(0472) 63-44-11
21	Департамент соціального захисту населення <b>Чернівецької</b> ОДА	Пасічник Наталья Вікторівна	заступник директора Департаменту – начальник управління	(0372) 24-55-37
		Васеленюк Жанна Степанівна	заступник начальника відділу соціальних гарантій, пільг та у справах сім'ї	(0372) 24-55-37
22	Департамент соціального захисту населення <b>Чернігівської</b> ОДА	Снегерьова Інна Володимирівна	Заступник директора Департаменту – начальник управління соціального захисту населення	(0462) 72-80-69
		Тимошенко Юлія Вікторівна	Провідний спеціаліст відділу у справах інвалідів	(0462) 72-80-60
23	Департамент соціальної політики <b>Київської міської</b> державної адміністрації	Назаренко Світлана Петрівна	Заступник директора Департаменту соціальної політики – начальник управління у справах інвалідів та людей похилого віку	(044) 404-63-49
		Гацанюк Станіслав Петрович	Начальник відділу у справах інвалідів, ветеранів війни, праці та громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи	(044) 497-56-95 (044) 408-51-18

### Перелік протезно-ортопедичних підприємств вітчизняної галузі

(для отримання направлення на безкоштовне забезпечення засобами реабілітації, виготовленням яких займаються вказані підприємства, необхідно звернутися до органів соціального захисту населення за місцем проживання)

<p align="center"><b>Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності</b></p> <p align="center">м. Харків, 61051 вул. Клочківська, 339, т. 057 337-76-30</p>		
<p align="center"><b>Вінницька область</b></p>		
	<p><b>Вінницьке казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b></p> <p>м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 126, (0432) 55-20-08</p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації (далі - ТЗР)</p>
	<p><b>Приватне підприємство «Ортопедсервісцентр»</b></p> <p>м. Вінниця, проспект Юності, 11/1, тел/факс (0432) 57-63-52 <a href="mailto:ortopedservis@ukr.net">ortopedservis@ukr.net</a></p>	<p>ортези на хребет; ортези на нижні кінцівки та на верхні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; ортопедичне взуття; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
	<p><b>ПП «Протезно-ортопедична майстерня»</b></p> <p>м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 114, (0432) 57-17-93, (067) 430-00-63</p>	<p>ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; ортопедичне взуття, післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
<p align="center"><b>Волинська область</b></p>		
	<p><b>ПП «Ескулап»</b></p> <p>43020, м. Луцьк, просп. Відродження, 2, (0332) 78-80-50, 78-80-50</p>	<p>ортези на хребет, ортези на верхні кінцівки безшарнірні, ортези на нижні кінцівки шарнірні та безшарнірні</p>
<p align="center"><b>Дніпропетровська область</b></p>		
	<p><b>Дніпропетровське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b></p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації</p>

	м. Дніпропетровськ, вул. Героїв Сталінграду, 21, (056) 370-58-72	
	<b>ТОВ «ТАНТА ПЛЮС»</b>  м. Дніпропетровськ, вул. Будьонного, 29, кв. 18, 095-411-58-07	крісла колісні виготовлені за індивідуальним замовленням, післягарантійний ремонт та технічне обслуговування крісел
<b>Донецька область</b>		
	<b>Донецьке казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b>  м. Донецьк, просп. Визволення Донбасу, 11-а, (062) 311-31-03, 311-37-17	виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації, виготовлення протезів молочної залози, допоміжних засобів для особистого догляду та захисту
	<b>ТОВ Центр протезно-ортопедичної реабілітації інвалідів «Ортех»</b>  83048, м. Донецьк, вул. Артема, 106, тел/факс 8(062)304-34-96 E-mail: <a href="mailto:orteh@ukr.net">orteh@ukr.net</a>	ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок, допоміжні засоби для особистого догляду та захисту, післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР
	<b>ТОВ «Донецький науково-виробничий комплекс СКУТ»</b>  83048, м. Донецьк, вул. Артема, буд. 132, (062) 311-13-29, ф.(062) 386-32-41, E-mail: <a href="mailto:skut@mail.ru">skut@mail.ru</a>	поставка спеціальних засобів для орієнтування, спілкування та обміну інформацією (магнітофони, диктофони, годинники)
<b>Житомирська область</b>		
	<b>Житомирське державне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b>  м. Житомир, вул. Гоголівська, 103, (0412)36-04-78	виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації
	<b>Приватне підприємство «Поступ-орто»</b>  смт. Озерне, буд 52, Житомирський район, Житомирська обл. (0412) 408-308 099-048-28-55 095-535-20-34	ортези на хребет

Запорізька область	
<p><b>Казенне підприємство «Науково-виробничий комплекс «Іскра»</b></p> <p>69071, м. Запоріжжя, вул. Магістральна, 84, (061) 271-22-11 E-mail: <a href="mailto:market@iskra.zp.ua">market@iskra.zp.ua</a></p>	<p>крісла колісні серійного виробництва, післягарантійний ремонт та технічне обслуговування крісел колісних</p>
Кіровоградська область	
<p><b>ТОВ «Друкмаш-центр»</b></p> <p>м. Кіровоград, вул. Волкова, 13-б, (052) 230-17-12, 255-38-42</p>	<p>ортези на хребет з текстильних матеріалів, ортези на верхні та нижні кінцівки безшарнірні, протези молочної залози, крісла колісні виготовлені за індивідуальним замовленням, допоміжні засоби для особистого догляду та захисту, крісла колісні серійного виробництва, післягарантійний ремонт та технічне обслуговування крісел колісних</p>
Луганська область	
<p><b>Луганське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b></p> <p>м. Луганськ, вул. Фрунзе, 111-а, (0642) 58-42-90</p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації</p>
<p><b>ТОВ «Луганський центр протезування»</b></p> <p>91057, м. Луганськ, Жовтневий р-н, квартал Гагаріна, 24 кв. 50, E-mail: <a href="mailto:lug_cp@rambler.ru">lug_cp@rambler.ru</a></p>	<p>ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; ортопедичне взуття; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
<p><b>ТОВ «Центр протезування «Інвалтруд»</b></p> <p>91045, м. Луганськ, квартал 50 річчя Оборони Луганська, 12д тел.(0642) 63-98-30 E-mail: <a href="mailto:invaltrud@rambler.ru">invaltrud@rambler.ru</a></p>	<p>протези нижніх кінцівок допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
Львівська область	

<p><b>Львівське казенне експериментальне підприємство засобів пересування і протезування</b></p> <p>м. Львів, вул. Рудненська, 10, (032) 267-68-45, 267-94-15</p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації, виготовлення крісел колісних</p>
<p><b>ТОВ «Ортотехно»</b></p> <p>79052, м. Львів, вул. Ген. Курмановича, 9, тел.229-30-81 E-mail: <a href="mailto:ortotehno@ukr.net">ortotehno@ukr.net</a></p>	<p>крісла колісні серійного виробництва</p>
<p><b>Приватне підприємство «Ортотоп»</b></p> <p>79058, м. Львів, вул. Циганівка, 12, тел./факс (0322) 45-80-70, E-mail: <a href="mailto:Ortotop@ukr.net">Ortotop@ukr.net</a></p>	<p>ортопедичне взуття</p>
<p><b>Підприємство «Ясени» товариства інвалідів «РОК»</b></p> <p>79058, м. Львів, вул. Циганівка, 12а, тел./факс (0322) 45-81-61, E-mail: <a href="mailto:Jaseny@ukr.net">Jaseny@ukr.net</a></p>	<p>ортопедичне взуття</p>
<p><b>ТОВ «Реабілітація ЛТД»</b></p> <p>м. Львів, просп. Червоної Калини, 35, тел.(032) 245-59-05</p>	<p>ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
<p><b>Приватне підприємство «АРОЛ ПЛЮС»</b></p> <p>79057, м. Львів, вул. Гайворонського, 27, тел.(032) 245-24-65 E-mail: <a href="mailto:apol_plus@ukr.net">apol_plus@ukr.net</a></p>	<p>ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; ортопедичне взуття; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
<p><b>Миколаївська область</b></p>	
<p><b>Миколаївське державне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b></p> <p>м. Миколаїв, пров. Ш. Кобера, 17,</p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації</p>



	(0512) 22-01-73	
	<b>Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів</b> м. Миколаїв, вул. Дзержинського, 55, (0512) 37-69-57 E-mail: <a href="mailto:goskompleks@mail.ru">goskompleks@mail.ru</a>	ортези на верхні та на нижні кінцівки; ортопедичне взуття
	<b>Міжгалузеве учбово-виробниче підприємство «АПЕКС» ВОІ «СОІУ»</b> 54020, м. Миколаїв, вул. Защука, буд. 10, т/ф. 471434, 471502	післягарантійний ремонт та здійснення технічного обслуговування крісел колісних
<b>Одеська область</b>		
	<b>Одеське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b> м. Одеса, вул. Терешкової, 11, (048) 785-39-97	виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації
	<b>Приватна фірма «Теллус»</b> м. Одеса, вул. Академіка Філатова, 76, к. 8, т. 048 715-47-17	ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; ортопедичне взуття; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР
	<b>ТОВ „Фенікс-Медікал”</b> 62009, м. Одеса, вул. Сонячна, 5, оф. 501, <a href="http://www.fenix-medical.com.ua">www.fenix-medical.com.ua</a> (067) 926-20-22 (094) 947-55-12	крісла колісні серійного виробництва
	<b>ТОВ «Арвітум»</b> 65011, м. Одеса, вул. Старобазарний сквер, 3, оф. 15, (048) 795-75-85 E-mail: <a href="mailto:arvitum@arvitum.com">arvitum@arvitum.com</a>	ортези на нижні кінцівки безшарнірні (ортези на стопу)
<b>Полтавська область</b>		
	<b>Полтавське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b>	виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації

	м. Полтава, вул. Монастирська, 10, (0532) 56-22-67	
	<b>ТОВ «Ортез»</b> 36014, м. Полтава, вул. Пушкіна, 116, (0532) 50-14-44 E-mail: <a href="mailto:ortez_poltava@mail.ru">ortez_poltava@mail.ru</a>	ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки
	<b>ТОВ «Норма-трейд»</b> м. Полтава, вул. Ковпака, 53, т/ф. (0532) 68-85-73, 68-88-11	допоміжні засоби для особистої гігієни, допоміжні засоби для прання, купання і прийняття душу, засоби для ходіння керовані однією рукою, засоби для ходіння керовані обома руками, допоміжні засоби для переміщення або переносу, допоміжні засоби для підйому, меблі та оснащення серійного виробництва
<b>Тернопільська область</b>		
	<b>Тернопільське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b> м. Тернопіль, вул. Тролейбусна, 10, (0352) 53-51-14	виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації
	<b>Приватне підприємство «Центр протезування і реабілітації «Разан»</b> 46020, м. Тернопіль, вул. Волинська, 40, E-mail: <a href="mailto:razan_2007@ukr.net">razan_2007@ukr.net</a> (0352) 43-61-86 067-370-64-56	ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР
	<b>Приватне підприємство «Форвард-орто»</b> 46027, м. Тернопіль, вул. Лучаківського, 6, тел./факс. (0352) 51-30-03, 51 -33-73 <a href="http://www.forward-orto.com.ua">www.forward-orto.com.ua</a>	ортези на хребет; протези верхніх та нижніх кінцівок; ортези на верхні та нижні кінцівки; ортопедичне взуття виготовлене за індивідуальним замовленням; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; крісла колісні серійного виробництва; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР
<b>Харківська область</b>		

	<p><b>Харківське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b></p> <p>м. Харків, вул. Котлова, 112 (057) 712-87-42</p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації, виготовлення крісел колісних, засобів для ходіння керованих обома руками, меблів, допоміжних засобів для особистої гігієни</p>
	<p><b>Харківське ДДПП</b></p> <p>м. Харків, вул. Клочківська, 339 (057) 377-98-86</p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації</p>
	<p><b>ФОП Антощук Н.Л.</b></p> <p>61204, м. Харків, просп. Перемоги, 76, кв. 445 098-366-88-53</p>	<p>поставка матраців протипролежневих</p>
	<p><b>ДП «Науково-виробнича фірма «Орттех-плюс»</b></p> <p>61023, м. Харків, вул. Пушкінська, 87, тел/факс (057) 738-06-09</p>	<p>ортези на хребет</p>
	<p><b>ТОВ «Виробниче протезно-ортопедичне підприємство «Опора-плюс»</b></p> <p>м. Харків, пров. Фанінський, 3, кв.35, тел. (057) 732-57-21</p>	<p>ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
	<p><b>ТОВ «ОРТ-ДЦП-спеціалізований центр реабілітації»</b></p> <p>61051, м. Харків, вул. Широніна, 3, тел. (057) 756-57-40</p>	<p>ортези на хребет (ортези для сидіння); ортези на нижні кінцівки безшарнірні; ортопедичне взуття</p>
	<p><b>ТОВ «Ортсабо Спеціалізований Центр Реабілітації»</b></p> <p>61051, м. Харків, вул. Широніна, 3, тел. (057) 756-57-40 E-mail: ortsabo@ukr.net</p>	<p>ортези на хребет (ортези для сидіння); ортези на нижні кінцівки шарнірні та безшарнірні; ортопедичне взуття</p>
	<p><b>ТОВ «Турбота»</b></p> <p>м. Харків, вул. Клочківська, 339, (057) 773-30-39</p>	<p>ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>

<p><b>Приватне протезно-ортопедичне підприємство «Динаміка»</b></p> <p>61166, м. Харків, пров. Фанінський, 3, кв. 35 тел. (057) 732-57-21, (050) 3741443 E-mail: 2011.<a href="mailto:dinamica@gmail.com">dinamica@gmail.com</a></p>	<p>післягарантійний ремонт та здійснення технічного обслуговування крісел колісних, ортези на нижні кінцівки(шарнірні, безшарнірні),; протези нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту</p>
<p><b>ТОВ«Науково- технічне підприємство «Спецмедтехніка»</b></p> <p>61070, м. Харків, пров. 1-й Лісопарківський, 1, тел.(057) 707-10-27 E-mail: <a href="mailto:smedtexnika@mail.ru">smedtexnika@mail.ru</a></p>	<p>засоби для ходіння керовані однією рукою серійного виробництва</p>
<p><b>АТ «Ортодопомога»у формі ТОВ</b></p> <p>м. Харків,вул. Морозова, 20 А (057) 252-41-23 (050) 647-82-71</p>	<p>засоби для захисту тулуба або всього тіла - подушки протипролежневі серійного виробництва</p>
<p><b>ТОВ «Протезно-ортопедичне підприємство «БІОТЕХНІКА»</b></p> <p>м. Харків,вул. Солдатська, 37-1, (057) 738-06-09</p>	<p>ортези на хребет; ортези на нижні кінцівки; протези нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту</p>
<b>Хмельницька область</b>	
<p><b>Хмельницьке державне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b></p> <p>м. Хмельницький,вул. Чорновола, 159/1, (057)337-98-86</p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації</p>
<p><b>Хмельницьке мале учбово-виробниче підприємство «Воля» Хмельницького обласного фонду «Соціальний захист та реабілітація інвалідів»</b></p> <p>04119, м. Київ, вул. Мельникова, буд.83-Д, оф. 110, ел.: (044) 536 00 80 , (067) 46 79 396 E-mail: <a href="mailto:volya-k@ukr.net">volya-k@ukr.net</a></p>	<p>крісла колісні серійного виробництва</p>
<b>Чернівецька область</b>	

<p><b>Чернівецьке приватне підприємство «Опора»</b></p> <p>58013, м. Чернівці, вул. Червоноармійська, буд. 77-Б, (0372) 57-50-44, 0503744735</p>	<p>ортези на хребет, ортези на верхні та нижні кінцівки, протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту, ремонт протезно-ортопедичних виробів</p>
<p><b>Підприємство інвалідів «Життя без бар'єрів»ГО інвалідів «Безбар'єрне місто»</b></p> <p>58023, м. Чернівці, вул. Демократична, 11, т/ф. (0372) 52-87-14, 56-42-03, 095-88-170-14 E-mail: <a href="mailto:gobm@i.ua">gobm@i.ua</a></p>	<p>післягарантійний ремонт та технічне обслуговування крісел колісних.</p>
<p><b>м. Київ</b></p>	
<p><b>Київське казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство</b></p> <p>м. Київ, вул. Фролівська, 4, (044) 425-21-88</p>	<p>виготовлення, поставка, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації</p>
<p><b>ТОВ «Світ Літньої Людини та Реабілітації»</b></p> <p>м. Київ, вул. Жилинська, 29, <a href="http://www.svit-ll.com">www.svit-ll.com</a> (044) 235-03-13</p>	<p>допоміжні засоби для особистої гігієни, засоби для ходіння керованих однією рукою, засоби для ходіння керовані обома руками, допоміжні засоби для переміщення або переносу, меблі та оснащення серійного виробництва поставка спеціальних засобів для орієнтування, спілкування та обміну інформацією (мобільні телефони для письмового спілкування марки MEDOK)</p>
<p><b>Філія «Ортез про» підприємства «Центр соціально-трудової реабілітації інвалідів м. Києва»</b></p> <p>03150, м. Київ, вул. Боженко, 86Б, тел./факс (044) 205-46-30 E-mail: <a href="mailto:ortez@mail.ru">ortez@mail.ru</a></p>	<p>ортези на хребет, ортези на верхні та нижні кінцівки, протези на нижні кінцівки, післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР, допоміжні засоби для особистого догляду та захисту серійного виробництва</p>
<p><b>ТОВ «Центр протезування «Едвардс»</b></p> <p>03680, м. Київ, вул. Боженко, 86Б тел/факс (044) 205-46-65 <a href="mailto:edwards@i.ua">edwards@i.ua</a></p>	<p>протези верхніх та нижніх кінцівок (у тому числі складне протезування), допоміжні засоби для особистого догляду та захисту, післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>

<p><b>ТОВ «Ортомедика»</b> 03150, м. Київ, вул. Боженко, 86Б, тел/факс (044) 207-06-97 E-mail: <a href="mailto:orthomedica@mail.ru">orthomedica@mail.ru</a></p>	<p>ортези на хребет, ортези на верхні кінцівки безшарнірні, ортези на нижні кінцівки</p>
<p><b>ТОВ «Ортопедичний науково-виробничий реабілітаційний центр «Ормес»</b> 04070, м. Київ, вул. Фролівська, 4, тел/факс (044) 417-33-34 E-mail: <a href="mailto:ortes@bigmir.net">ortes@bigmir.net</a></p>	<p>протези молочної залози; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту (ліфи для кріплення протезів молочної залози); ортези на верхні кінцівки (компресійний рукав при лімфедемі)</p>
<p><b>Науково-виробничий центр «Антеї ЛТД»</b> 03062, м. Київ, вул. Екскалаторна, 24, тел/факс (044) 400-11-67 E-mail: <a href="mailto:anteymm@ua.fm">anteymm@ua.fm</a></p>	<p>крісла колісні серійного виробництва та виготовлені за індивідуальним замовленням, засоби для ходіння, керовані обома руками, допоміжні засоби для особистої гігієни, меблі та оснащення серійного виробництва</p>
<p><b>ТОВ «Виробнича компанія Діспомед»</b> 01021, м. Київ, пров. Липський, 3, т. (044) 371-69-69 E-mail: <a href="mailto:info@dispomed.kiev.ua">info@dispomed.kiev.ua</a></p>	<p>крісла колісні; допоміжні засоби для особистої гігієни; засоби для ходіння, керовані однією рукою; засоби для ходіння, керовані обома руками серійного виробництва</p>
<p><b>Приватне акціонерне товариство «Деревообробний завод «Явір»</b> 02140, м. Київ, вул. Мельникова, 2/10, тел. 486-79-56, E-mail: <a href="mailto:yavir@adamant.net">yavir@adamant.net</a></p>	<p>меблі серійного виробництва</p>
<p><b>Приватне підприємство «Ортосвіт»</b> 02099, м. Київ, вул. Бориспільська, 9, тел/факс (067) 231-51-67 E-mail: <a href="mailto:ortosvit@mail.ru">ortosvit@mail.ru</a></p>	<p>ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки</p>
<p><b>ПП Ящук</b> м. Київ, пр-т Корольова, 12Є, (044)274-60-40, 0674677890, 0991577981</p>	<p>засоби для ходіння, керовані однією рукою серійного виробництва</p>
<p><b>ПАТ «Завод Артемзварювання»</b> 04050, м. Київ, вул. Мельникова, 2/10, (044) 483-12-78; 501-69-04 E-mail: <a href="mailto:artsy@ukr.net">artsy@ukr.net</a></p>	<p>крісла колісні, допоміжні засоби для особистої гігієни серійного виробництва та виготовлені за індивідуальним замовленням, післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>

	<p><b>ПОГ «ЦКРІ «Акмеа»</b></p> <p>04119, м. Київ, вул. Дегтярівська, 32, (044) 483-01-05 E-mail: <a href="mailto:alma.sale@gmail.com">alma.sale@gmail.com</a></p>	<p>ортези на нижні кінцівки безшарнірні, виготовлені за індивідуальним замовленням; меблі серійного виробництва</p>
	<p><b>ТОВ «Спеціалізоване протезно-ортопедичне підприємство «АЄ Брік»</b></p> <p>м. Київ, вул. Раїси Окіпної, 4, тел. (044) 516-83-35</p>	<p>протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
	<p><b>ТОВ «Константа-ЕКСПО»</b></p> <p>03062, м. Київ, провулок Кулібіна, 3, тел. (044) 223-92-99 E-mail: <a href="mailto:constanta.expo@gmail.com">constanta.expo@gmail.com</a></p>	<p>крісла колісні серійного виробництва</p>
	<p><b>ТОВ «Антис-орто»</b></p> <p>04107, Київ, вул. Баговутівська, 1, тел. (044) 501-69-05 E-mail: <a href="mailto:marina-antis@ukr.net">marina-antis@ukr.net</a></p>	<p>ортези на хребет; ортези на верхні та на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; ортопедичне взуття; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
	<p><b>ТОВ «Ортотех-СервісГмбХ»</b></p> <p>04080, м. Київ, вул. Туровська, 26, тел. (044) 417-05-15 E-mail: <a href="mailto:ortotech_alex@ukr.net">ortotech_alex@ukr.net</a></p>	<p>ортези на нижні кінцівки; протези верхніх та нижніх кінцівок, у тому числі складне протезування; допоміжні засоби для особистого догляду та захисту; післягарантійний ремонт та технічне обслуговування ТЗР</p>
	<p><b>ПП «БІО»</b></p> <p>04209, м. Київ, вул. Богатирська, 30, тел. 412-01-95</p>	<p>ортези на хребет, ортези на верхні кінцівки безшарнірні, ортези на нижні кінцівки шарнірні та безшарнірні, протези нижніх кінцівок</p>
	<p><b>ТОВ «СЛАЙГ МЕДКАЛ»</b></p> <p>м. Київ, вул. Нагірна, 8/32, т. (044) 483-65-27, 490-21-75</p>	<p>допоміжні засоби для особистої гігієни, засоби для ходіння керованих однією рукою, засоби для ходіння керованих обома руками, крісла колісні серійного виробництва</p>

## КОНТАКТНІ ТЕЛЕФОНИ ОБЛАСНИХ (МІСЬКИХ) ВІЙСЬКОВИХ КОМІСАРІАТІВ

для звернень громадян з питань розгляду матеріалів про визначення  
статусу учасників АТО

(у робочі дні з 9:00 до 17:00)

ОВК (МВК)	Адреса	Контактна особа	Контактні телефони
<b>Вінницький ОВК</b>	вул. 40-річчя Перемоги, 31, м. Вінниця, 21036	БАЧИНСЬКИЙ Олег Романович	(0432) 66-11-25
<b>Волинський ОВК</b>	вул. Теремнівська, 85, м. Луцьк, 43008	ПАНАСЮК Олександр Васильович	(0332) 25-21-52
<b>Дніпропетровський ОВК</b>	вул. Шмідта, 16, м. Дніпропетровськ, 49006	ПОЛУЦИГАН Сергій Володимирович	(056) 770-80-94
<b>Житомирський ОВК</b>	вул. Баранова, 4, м. Житомир, 10001	ГОРПІНИЧ Андрій Сергійович	(0412) 47-37-15
<b>Закарпатський ОВК</b>	вул. Бородіна, 22, м. Ужгород, 88015	КУЧЕРЯВИЙ Віктор Борисович	(03122) 2-06-73
<b>Запорізький ОВК</b>	пров. Тихий, 7, м. Запоріжжя, 69063	ЛАШКО Наталія Леонідівна	(061) 764-12-18
<b>Івано-Франківський ОВК</b>	вул. Шевченка, 11, м. Івано-Франківськ, 76000	БУРАК Ольга Олексіївна	(03422) 2-35-14
<b>Кіровоградський ОВК</b>	вул. Орджонікідзе, 17/19, м. Кіровоград, 25006	ІРЖОВА Олена Анатоліївна; ЖУРАВСЬКИЙ Олександр Євгенович	(0522) 24-94-28
<b>Київський МВК</b>	вул. Шамрила, 19, м. Київ, 04112	САМСОНОВ Віктор Анатолійович	(044) 456-53-29
<b>Київський ОВК</b>	вул. Артема, 59, м. Київ, 04053	ПАРАЛОВ Сергій Леонідович	(044) 484-62-59
<b>Львівський ОВК</b>	вул. І. Франка, 25, м. Львів, 79000	ВОЛЬСЬКА Наталія Миколаївна	(032) 260-26-44
<b>Миколаївський ОВК</b>	вул. Спаська, 33, м. Миколаїв, 54030	ЖОЛУДЬ Олександр Володимирович	(0512) 37-54-54
<b>Одеський ОВК</b>	вул. Канатна, 35, м. Одеса, 65014	ТРУНІН Андрій Юрійович	(048) 783-38-10
<b>Полтавський ОВК</b>	вул. Шевченка, 78а, м. Полтава, 36000	БОРОДАЙ Едуард Миколайович	(05322) 2-29-96
<b>Рівненський ОВК</b>	вул. Грабник, 4, м. Рівне, 33023	МАТВІЄНКО Любов Орестівна	(0362) 62-08-57
<b>Сумський ОВК</b>	вул. Кірова, 30, м. Суми, 40030	АЛЬШЕВСЬКИЙ Вадим Миколайович	(0542) 63-28-24
<b>Тернопільський ОВК</b>	вул. Січових Стрільців, 2, м. Тернопіль, 46000	БАРАБАШ Марина Вікторівна	(0352) 25-09-83
<b>Харківський ОВК</b>	вул. Коцарська, 56, м. Харків, 61000	СЕМЕНОВИЧ Андрій Леонідович	(067) 415-90-23



<b>Херсонський ОВК</b>	вул. Радянська, 21, м. Херсон, 73000	РИБИЦЬКИЙ Олександр Володимирович	(0552) 22-96-88, (0552) 22-43-73
<b>Хмельницький ОВК</b>	вул. Театральна, 64, м. Хмельницький, 29000	ЯКОВЕНЧУК Юрій Миколайович,	(0382) 72-05-13, (067) 768-95-54
<b>Черкаський ОВК</b>	вул. Хоменка, 19, м. Черкаси, 18000	ПЕСКОВОЙ Юрій Дмитрович	(0472) 36-01-21 chovk@ukr.net
<b>Чернігівський ОВК</b>	вул. Свердлова, 68, м. Чернігів, 14000	ШЕВЧЕНКО Тарас Миколайович	(04622) 3-10-07
<b>Чернівецький ОВК</b>	вул. О. Кобилянської, 32, м. Чернівці, 58000	ЮРІЙЧУК Юрій Васильович	(0372) 55-28-32

## Анкета опитування учасника АТО щодо соціальної та професійної адаптації

*Шановні члени громадської організації «Українська асоціація інвалідів АТО»!  
Дана анкета створена для визначення подальшого напрямку роботи: підвищення фаху, перенавчання на інший фах або працевлаштування.*

\* Заповнити обов'язково

---

**ПІБ \*** \_\_\_\_\_

**Адреса \*** \_\_\_\_\_

**Телефон \*** \_\_\_\_\_

**Електронна пошта** \_\_\_\_\_

**Освіта \*** \_\_\_\_\_

**Досвід роботи** \_\_\_\_\_

---

(попередній досвід роботи: коли, де, ким працювали)

**Чи бажаєте займатись власною підприємницькою діяльністю \***

- Так
- Ні

**Чи бажаєте підвищити рівень знань/навичок у сфері свого фаху (пройти підвищення кваліфікації) \***

- Так
- Ні

**Чи бажаєте Ви пройти загальну перепідготовку та здобути інший фах? \***

- Так
- Ні

**Якщо так, то у якому напрямку?**

**Необхідність працевлаштування у найближчий час (без перекваліфікації) \***

- Є необхідність
- Нема необхідності

**Готовність приступити до роботи та навчання з \_\_\_\_\_**  
(вказати дату)

Інформація щодо санаторіїв переможців державних закупівель послуг з санаторно-курортного лікування учасників АТО (2015 рік)		
№ з/п	Назва	Контактні дані
1	Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій «Лермонтовський» Закритого акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця»	65014, Одеська обл., м. Одеса, пров. Лермонтовський, 2, тел. (048) 722 63 41, (048) 724 66 40
2	Товариство з обмеженою відповідальністю «Золота нива»	67780, Одеська обл., м. Б-Дністровський, смт Сергіївка, вул. Чорноморська, 16 тел. (04849) 48 373, (04849) 48 575
3	Дочірнє підприємство «Південь-Курорт-Сервіс» на базі санаторію «Орізонт»	67780, Одеська обл., м. Білгород-Дністровський, смт Сергіївка, вул. Гагаріна, 1-а тел.(04849) 48 8 41
4	Товариство з обмеженою відповідальністю «Санаторій «Сонячний»	51453, Дніпропетровська обл., Павлоградський р-н, с. Вербки, вул. Лісова, 3, тел. (05632) 6 00 70
5	Дочірнє підприємство «Санаторій «Дніпровський» Закритого акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця»	51920, Дніпропетровська обл., м. Дніпродзержинськ, вул. Гастело, 2 тел. (0569) 55 29 32, (0569) 55 24 77, (0569) 55 22 55
6	Приватне акціонерне товариство «Санаторій «Мошногір'я»	19625, Черкаська обл., Черкаський р-н, с. Будище, вул. Шевченка, 38 тел. (0472) 45 21 58
7	Товариство з обмеженою відповідальністю «Санаторій «Гусарське урочище»	27141, Кіровоградська обл., Новоукраїнський р-н, с. Піддубне, вул. Горького, 1; тел. (05241) 2 20 55
8	Державне підприємство «Санаторій «Конча-Заспа»	03084, м. Київ, Конча-Заспа, Столичне шосе 27 км. тел. (044) 259 15 70, (044) 259 20 37, (044) 259 24 05
9	Товариство з обмеженою відповідальністю «Санаторій «Феофанія»	03143, м. Київ, Голосіївський р-н, вул. Академіка Лебедева, 27 тел. (044) 469 56 71, (044) 526 71 12
10	Товариство з обмеженою відповідальністю санаторій «Карпатські зорі» Центр реабілітації та оздоровлення	82186, Львівська обл., Дрогобицький р-н, с. Модричі, вул. Курортна, 3, тел. (03244) 3 74 42

Інша довідкова інформація

**БЕЗКОШТОВНА ГАРЯЧА ЛІНІЯ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ АТО**  
0 800 300 021

з 8:00 до 20:00 без вихідних

**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА У СПРАВАХ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА  
УЧАСНИКІВ АТО**

**Адреса: провулок Музейний, 12, м. Київ, 01001**

**Телефони: (044) 281-08-50**

**(044) 281-08-48**

**Телефон/факс: (044) 281-08-57**

**веб-сайт: [dsvv.gov.ua](http://dsvv.gov.ua)**

**E-mail: [control@dsvv.gov.ua](mailto:control@dsvv.gov.ua)**

**Голова Дерев'яно Артур Валентинович**

**КОНТАКТ-ЦЕНТР ПЕНСІЙНОГО ФОНДУ УКРАЇНИ**

для отримання відповіді на запитання щодо пенсійного забезпечення.

Дзвонити безкоштовно 0-800-503-753

Ініціативну групу юристів та адвокатів, які безоплатно надають консультації та правову допомогу учасникам АТО, можна знайти на сторінці групи у Facebook «Юристы и адвокаты АТО» за посиланням:

<https://www.facebook.com/groups/300402363472666/>

Завантажити електронну версію брошури з нормативно-правового забезпечення учасників АТО можна за посиланням:

[http://fmi-inc.net/news/to-help-defenders-of-the-fatherland/ukraine\\_ato\\_combatants\\_rights\\_benefits\\_may2015\\_ua.pdf](http://fmi-inc.net/news/to-help-defenders-of-the-fatherland/ukraine_ato_combatants_rights_benefits_may2015_ua.pdf)

або <http://goo.gl/6nWDx7>

Також на сайті Мінсоцполітики

[http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat\\_id=107177](http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=107177)

або <http://goo.gl/vyqi0V>

**Шевчук Віктор Іванович**  
**Беляєва Наталія Миколаївна**  
**Яворовенко Оксана Борисівна**

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ТА УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

Наукове видання

*Відповідальний редактор Тетяна Довгалюк*  
*Комп'ютерна верстка Надія Іваниця*

*Обкладинка: фото із сайту: <http://news-ukr.org>*

*Здано до складання 4.11.2015 р.*

*Підписано до друку 18.11.2015 р.*  
*Формат 60x84/16. Папір офсетний.*  
*Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.*  
*Умовн. друк. арк. 14,53*  
*Тираж 500 прим.*  
*Замовлення № 385*

Видавець: ФОП Рогальська І.О.  
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145  
тел.: (0432) 43-51-39, 65-80-80  
E-mail: [dilo\\_vd@mail.ru](mailto:dilo_vd@mail.ru)  
Свідоцтво ДК № 3909 від 02.11.2010 р.

Виготовлювач ФОП Рогальська І.О.  
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145  
тел.: (0432) 43-51-39, 65-80-80  
E-mail: [dilo\\_vd@mail.ru](mailto:dilo_vd@mail.ru)  
Свідоцтво ВОЗ № 635744 від 01.03.2010 р.