

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ
«КИЇВСЬКИЙ ПОЛІТЕХНІЧНИЙ ІНСТИТУТ
імені ІГОРЯ СІКОРСЬКОГО»
Факультет соціології і права
Кафедра філософії**

«До захисту допущено»
Завідувач кафедри
_____ Роман БОГАЧЕВ
«__» _____ 2024 р.

**Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня бакалавра
зі спеціальності 231 Соціальна робота
освітньо-професійна програма
«Міжнародні соціальні проекти та волонтерська діяльність»
на тему: «Соціальна реінтеграція ветеранів з інвалідністю у центрах
реінтеграції та реабілітації ветеранів російсько-української війни»**

Виконала:
здобувачка IV курсу, групи СР-301
Коломацька Інна Григорівна _____

Керівник:
доц. кафедри філософії,
кандидат філософських наук, доцент
Гераськов С. В. _____

Рецензент:
доц. кафедри психології та педагогіки
кандидат психологічних наук, доцент
Блохіна І. О. _____

Засвідчую, що у цій кваліфікаційній
роботі немає запозичень з праць інших
авторів без відповідних посилань.
Здобувачка _____

Анотація

Коломацька І. Г. Соціальна реінтеграція ветеранів з інвалідністю у центрах реінтеграції та реадaptaції ветеранів російсько-української війни. На правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня бакалавра зі спеціальності 231 Соціальна робота, освітньо-професійна програма “Міжнародні соціальні проєкти та волонтерська діяльність”. Національний технічний університет України "Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського", кафедра філософії. – Київ, 2024. – 55 с., список джерел з 52 найменувань.

У кваліфікаційній роботі розкрита роль статусів для отримання державних гарантій та послуг, висвітлені труднощі на шляху переходу від військової служби до цивільного життя.

Досліджено сферу соціального захисту військовослужбовців, а також інновації у наданні соціальних послуг, що наразі проходять апробацію.

Ключові слова: ветерани, учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, державні гарантії, пільги, соціальні послуги.

Abstract

Kolomatska I. H. Social reintegration of veterans with disabilities in the centers of reintegration and readaptation of veterans of the Russian-Ukrainian war. Manuscript. Qualification work for a bachelor's degree in specialty 231 Social Work, educational and professional program “International Social Projects and Volunteer Activities”. National Technical University of Ukraine “Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute”, Department of Philosophy. – Kyiv, 2024. – 55 p., list of references of 52 titles.

The bachelor's thesis reveals the role of statuses for obtaining state guarantees and services, highlights the difficulties of the transition from military service to civilian life.

The sphere of social protection of military personnel has been studied, as well as innovations in the provision of social services, which are currently being tested.

Key words: veterans, combatants, veterans with disabilities, state guarantees, benefits, social services.

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. УЧАСНИКИ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ДЕРЖАВНА ВЕТЕРАНСЬКА ПОЛІТИКА	10
1.1. Типові складнощі та виклики на шляху повернення ветеранів війни до цивільного життя	10
1.2. Відмінність ПТСР від інших стресових станів	15
1.3. Державна політика підтримки ветеранів: пільги, гарантії та соціальні послуги	21
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. НОВІТНІ ПІДХОДИ У ЗАЛУЧЕНОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ	30
2.1. Законодавче регулювання роботи соціального працівника у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди	30
2.2. Діяльність соціального працівника у закладі охорони здоров'я на прикладі Центру «Лісова поляна»	36
2.3. Підсумки та рекомендації щодо ефективної залученості соціального працівника до роботи у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди в центрах реінтеграції та реадaptaції ветеранів російсько-української війни	40
Висновки до розділу 2	42
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	46
ДОДАТКИ	53

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТО – Антитерористична операція
ВЛК – Військово-лікарська комісія
ЗСУ – Збройні сили України
КМУ – Кабінет Міністрів України
МДРК – Мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
МСЕК – Медико-соціальна експертна комісія
ООН – Організація Об'єднаних Націй
ООС – Операція об'єднаних сил
ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад
ТФ-КПТ – Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) – Десенсибілізація та репроцесуалізація з допомогою руху очей

ВСТУП

Актуальність теми дослідження соціальної реінтеграції ветеранів з інвалідністю пояснюється російсько-українською війною, що триває з 2014 року, її характером й масштабністю залучення цивільного населення до лав Збройних сил. Адже, незалежно від нашого ставлення, військові та ветерани у «пікселі», з пораненнями, протезами, або зовсім без зовнішніх ознак, на довгий час лишатимуться вагомою та невіддільною частиною українського суспільства.

Спираючись на досвід попередніх років, можемо стверджувати, що більшість ветеранів матимуть певні труднощі при поверненні до цивільного життя – у когось зберігатимуться фронтові звички, а комусь бракуватиме стресових стимулів й адреналіну. Є люди, які намагатимуться впоратися з труднощами через вживання психоактивних речовин, інші ж шукатимуть допомоги, звернувшись до психотерапевта, ветеранських організацій, місцевих центрів надання соціальних послуг або через розмову з тими, кому довіряють.

Як зазначала в одному інтерв'ю військова психологиня Ольга Швець: «...70 % військовослужбовців можуть справитися з тими психологічними моментами, які вони відчували на фронті. Значно більше на них впливають соціальні питання, з якими вони стикаються після повернення – соціальна незахищеність, відчуття, ніби те, за що вони боролися, є не потрібним. І вони нікому не потрібні» [Цит. за: 22].

Багато в чому суголосні цій думці й результати нещодавнього опитування Українського ветеранського фонду Міністерства у справах ветеранів. Відповідаючи на питання щодо найбільш ймовірних негативних явищ у житті ветеранів після повернення з російсько-української війни респонденти з-поміж військовослужбовців назвали: проблеми з фізичним здоров'ям та труднощі з отриманням медичної допомоги – 55,2 % опитаних; психоемоційну нестабільність – 53,8 %; відсутність інклюзивного простору та

адаптованого робочого місця для осіб з інвалідністю – 53,2 %; незрозуміння суспільства – 46,6 %; проблеми з оформленням соціальних пільг – 44,5 %; відсутність роботи – 42,5 % [35].

Це актуалізує потребу у вивченні якості та доступності надання соціальних послуг для сприяння швидкій соціальній реінтеграції колишнім учасникам бойових дій, особливо з числа найбільш вразливої категорії – особам з інвалідністю внаслідок війни.

Стан наукової розробки проблеми. Кількість праць українських науковців, присвячених проблемам на етапі переходу учасників бойових дій від військової служби до цивільного життя, супутнім труднощам, а також запитам, істотно зросла з 2014 року. Згадаємо лише декілька з них. Так, наприклад, теоретичні аспекти соціально-психологічної реабілітації висвітлюються у праці С. Макаренка, аналізу поглядів науковців на процес соціальної адаптації військовослужбовців присвячена стаття Р. Жиленко, особливостям соціально-психологічного супроводу та працевлаштуванню військовослужбовців і ветеранів АТО/ООС приділено увагу в методичних рекомендаціях підготовлених за загальною редакцією Т. Коленіченко.

Окремо хочемо виділити видання «Охорона психічного здоров'я в умовах війни» [32], на сторінках якого розкриті потенційні причини бойового стресу, емоційних травм, вказані способи підвищення психологічної стійкості, роз'яснюються особливості підготовки до демобілізації бійців тощо; підготовлений експертами в межах Програми реінтеграції ветеранів (IREX) «Методичний посібник для соціальних працівників для надання психосоціальної підтримки ветеранам та їх сім'ям з питань психічного здоров'я», що містить авторські доробки, а також адаптовані матеріали для відпрацювання базових навичок психосоціальної підтримки; посібник «Реінтеграція ветеранів з інвалідністю» [41] від Програми розвитку ООН розроблений з урахуванням сучасних українських реалій у сфері реінтеграції ветеранів.

Також протягом останніх 9 років було проведено багато різноманітних досліджень та підготовано аналітичних звітів щодо потреб ветеранів, труднощів та успіхів реінтеграції, системи соціального забезпечення. Серед них:

- «Біла книга. Аналіз системи державної підтримки ветеранів та їхніх сімей в Україні» (2019) від громадської організації «Юридична сотня». Звіт на основі аналізу законодавчих норм і бюджетних програм дає поглиблене розуміння сфери ветеранів в Україні, зокрема системи державної підтримки та її ефективності.
- «Невидимий батальйон 2.0: повернення ветеранок до мирного життя» (2019). Даний звіт містить результати соціологічного дослідження проведеного в рамках підтримки, яку ООН Жінки надає Україні у виконанні Резолюції 1325 «Жінки, мир, безпека» й розкриває проблеми реінтеграції жінок-ветеранок. Важливість цього дослідження полягає у запропонованій дорожній карті щодо підвищення рівня доступу ветеранок до гарантованих державою послуг, а також шляхи покращення надання цих послуг з урахуванням гендерних аспектів.
- «Довга тінь Донбасу. Реінтеграція ветеранів та зміцнення суспільної єдності в Україні» (2021) від Global Public Policy Institute (Берлін). Дослідження містить ґрунтовну інформацію щодо сучасного стану реінтеграції ветеранів, проблеми, з якими вони стикаються при поверненні до цивільного життя, а також рекомендації щодо їх вирішення.

Не можемо не згадати внесок Veteran Hub – простору для ветеранів та громадських організацій, що працюють у сфері ветеранських справ. Простір робить значний внесок у поширенні новітньої інформації щодо особливості роботи з ветеранами: на його рахунку кілька курсів на освітній платформі Prometheus, розроблені гайди з рекомендаціями для Центрів зайнятості та HR-ів й багато іншого. Кілька років тому за підтримки Програми реінтеграції ветеранів (IREX) Veteran Hub запустив платформу обізнаності про психічне

здоров'я «Це ОК», яка містить багато корисної інформації як для ветеранів, так і для їхніх близьких, а також фахівців. Медики, наприклад, можуть ознайомитися з новими американськими протоколами лікування розладів і травм, інформацією щодо етичного та ефективного спілкування, а рідні – дізнатися як емоційно підтримати ветерана чи ветеранку, навчитися приймати досвід одне одного.

Суттєвий внесок для озвучення потреб, очікувань та бар'єрів, з якими стикаються воїни з пораненнями та члени їхніх родин, віднедавна робить громадська організація «Принцип», яку було створено М. Найємом з метою адвокатування реформування системи взаємодії держави із воїнами та ветеранами. Особливо заслуговують на увагу такі їхні дослідження як:

- «Від поранення до повернення» (2023), присвячене висвітленню проблем проходження ВЛК та МСЕК;
- «Соціальні послуги для ветеранів та ветеранок у громадах: виклики та потреби» (2024), у центрі уваги якого стан системи надання соціальних послуг, її спроможність успішно реінтегрувати й адаптувати до цивільного життя ветеранів та ветеранок, врахування нею їхніх особливостей.

Об'єктом дослідження є соціальна реінтеграція ветеранів з інвалідністю.

Предмет дослідження: організація надання послуг для успішної соціальної реінтеграції ветеранів з інвалідністю у центрах реінтеграції та реадаптації ветеранів російсько-української війни.

Мета кваліфікаційної роботи: проаналізувати роботу соціального працівника у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди щодо сприяння соціальної реінтеграції ветеранів з інвалідністю та надати практичні рекомендації щодо покращення її якості.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні **завдання:**

- визначити ключові труднощі та потреби ветеранів під час повернення до цивільного життя;

- розглянути чинну державну політику у ветеранській сфері: гарантії, пільги та послуги;
- зробити огляд законодавчо закріплених обов'язків соціального працівника у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд;
- з'ясувати особливості роботи соціального працівника в центрах реабілітації та реінтеграції ветеранів російсько-української війни;
- розробити пропозиції та рекомендації для закладів охорони здоров'я щодо ефективного залучення соціальних працівників до мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

Методологічну основу кваліфікаційної роботи склали:

- *аналіз і синтез*, які дозволили детально розкрити труднощі при поверненні колишніх військовослужбовців з бойовим досвідом до цивільного життя;
- *системний підхід* дав можливість дослідити та узагальнити отриману інформацію щодо державних гарантій, пільг, виплат та послуг ветеранам російсько-української війни, а також ролі та обов'язків соціального працівника у складі мультидисциплінарної команди;
- *спостереження*, а також *проведення глибинних інтерв'ю та бесід* допомогли отримати додаткову інформацію й поглибити обізнаність з тематики дослідження.

Теоретичне значення роботи полягає в уточненні та узагальненні актуальної інформації щодо послуг, які надає соціальний працівник для учасників бойових дій на шляху їх реінтеграції до цивільного життя.

Практична цінність – у можливості використання закладами охорони здоров'я рекомендацій щодо ефективного залучення до мультидисциплінарних реабілітаційних команд соціального працівника.

Апробація частини даної роботи відбулася на XII Міжнародній науково-практичній конференції «Соціальна робота у глобальному та національному вимірах: виклики, загрози, перспективи розвитку» (м. Київ, 23-24 листопада 2023 року).

Тези доповіді було опубліковано у збірнику матеріалів конференції: Коломацька І. Г. Труднощі з поверненням до цивільного життя учасників російсько-української війни. Соціальна робота у глобальному та національному вимірах: виклики, загрози, перспективи розвитку: зб. матеріалів XII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 23–24 листоп. 2023 р.). Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, Вид-во «Політехніка», 2024. с. 193-195.

Кваліфікаційна робота складається зі списку умовних скорочень, вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 55 сторінок. Список використаних джерел налічує 52 найменування.

РОЗДІЛ 1. УЧАСНИКИ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ДЕРЖАВНА ВETERАНСЬКА ПОЛІТИКА

1.1. Типові складнощі та виклики на шляху повернення ветеранів війни до цивільного життя

Хоча з лютого 2022 року до військової служби залучено найрізноманітніші прошарки населення, етапи повернення до життя у цивільному суспільстві з типовими для них викликами та складнощами у більшості ветеранів війни всіх категорій виявляються спільними.

Участь у війні з огляду на досвід інших країн, що переймалися питанням адаптації військовослужбовців може відгукуватися десятиріччями. За результатами спостережень Veteran Hub, українським ветеранам АТО/ООС необхідно було щонайменше 3 роки для повернення до цивільного життя, їх вкорінення, набуття впевненості, необхідної для довгострокового планування та дотримання власних планів: 1,5 року для етапу переходу, аби відчувати себе знову частиною цивільного світу, та ще півтора – аби подбати про себе та віднайти себе наново [47, с. 48]. Нерозуміння того, що відбувається з тілом і розумом, може суттєво затягувати процес повноцінного повернення завдаючи нових психологічних травм.

І це попри те, що згідно зі статистичними даними, чисельність осіб, що беруть безпосередню участь у бойових діях, постійно зменшується. Наприклад, серед ветеранів Другої англо-бурської війни аж 77 % осіб безпосередньо брали участь у бойових діях, у Першій світовій війні таких осіб було 73,4 %, а у Другій світовій – 52 %, тоді як у війні в Перській Затоці лише 19,8 %. Тобто синдроми війни аж нікуди не зникають і можуть виникати як у тих, хто воював, так і у тих, хто зіткнувся з перспективою участі у бою [49].

Проведений аналіз опитувань різних років дозволив нам з потреб і труднощів, які мають місце під час переходу від служби до цивільного життя, та з якими так чи інакше матимуть справи соціальні працівники, сформулювати три базові групи.

Першу групу складають запити, пов'язані зі здоров'ям, з яких можна виокремити ті, що стосуються фізичного здоров'я та ті, що стосуються психічного.

Так, серед найпоширеніших проблем з фізичним здоров'ям є: а) травми, зокрема ампутація різних частин тіла; б) неврологічні захворювання внаслідок забою головного мозку або черепно-мозкових травм; в) захворювання опорно-рухового апарату, зокрема суглобів, хребта через носіння бронежилетів, військового спорядження, перебування в окопах тощо; г) стоматологічні захворювання та щелепно-лицеві травми.

Як відзначають лікарі, нині сильно зростає кількість колишніх учасників АТО/ООС з виразками шлунку, ревматоїдними артритами, цукровим діабетом та онкологічними захворюваннями [39, с. 18].

Варто зауважити, що наявні гендерні стереотипи на кшталт «чоловік має бути мужнім, сильним і не повинен скаржитися на здоров'я» часто стають на заваді своєчасному зверненню по гарантовану державою медичну допомогу. Про це свідчить той факт, що 43 % ветеранів АТО/ООС в опитуванні проведеному за сприянням Програми розвитку ООН у грудні 2021 – січні 2022 року зазначили, що не мають жодних проблем зі здоров'ям. З них 79 % – це чоловіки віком 18–39 років [Там само, с. 17].

Якщо говорити про ветеранів з інвалідністю внаслідок війни, то їх можна віднести до особливої групи ризику щодо набуття нових захворювань, оскільки вони більш схильні до розвитку таких патологій як депресія, астма, діабет, інсульт та різноманітних стоматологічних захворювань [8].

Щодо ментального здоров'я, аналіз звернень попередніх років про допомогу до психологів мобільних бригад від учасників бойових дій, дозволяє ранжувати їх наступним чином:

- конфлікти у родині – 54 %;
- психосоматичні прояви стресу (порушення сну, апетиту, тривожність) – 24 %;
- неконтрольовані приступи агресії – 12 %;

- думки про суїцид / самоушкодження – 6 %;
 - проблеми з надмірним вживанням психоактивних речовин – 4 %
- [15, с. 23].

Цікаво, що тут є певна гендерна відмінність. Жінки-ветеранки частіше, в порівнянні з ветеранами-чоловіками, повідомляли про відчуття страху або тривожності (37 % проти 29 %, відповідно), а також про поодинокі думки про те, щоб заподіяти собі шкоду (15 % проти 9 %) [50, с. 4].

Загалом спеціалістам, що працюють з учасниками бойових дій та ветеранами російсько-української війни варто зважати на те, що поточна війна виокремлюється серед сучасних війн надзвичайною жорстокістю. Лінії фронту розташовані близько одна від одної й постійно обстрілюються важкою артилерією та авіацією, а ротації не є частими. Голова Федерації «Глобальна Ініціатива в Психіатрії» Роберт ван Ворен вважає, що «... ми спостерігаємо за війною, яка, по суті, є повторенням Першої світової. Люди не можуть воювати з психологічних причин. Вони занадто довго перебувають на передовій й просто ламаються психологічно...» [Цит. за: 51].

Наслідком цього можуть бути безліч станів, починаючи від дезадаптації чи проявів якихось невротичних реакцій й закінчуючи реактивними психозами, глибина та тяжкість яких залежать від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації; індивідуальних характерологічних особливостей; додаткових обтяжливих факторів [29, с. 26].

Не секрет, що для успішного переходу колишнім військовослужбовцям необхідно навчитись позитивно ідентифікувати себе з цивільною соціальною групою та інтегруватись з цією ідентичністю таким чином, щоб вона стала важливою складовою особистості [47, с. 25], тому до другої групи ми відносимо труднощі, що виникають при взаємодії з суспільством. Найбільше в цій групі виокремлюються скарги щодо упередженого та несправедливого ставлення, про що, наприклад, заявляють 54,5 % опитаних у минулорічному дослідженні «Повертаємось з війни!» EU4Youth. Найчастіше таке ставлення ветерани та ветеранки відчують у громадському транспорті, коли заявляють

про своє право на безоплатний проїзд згідно з державною пільгою. На це вказують 84,3 % опитаних, які стикалися з такими випадками. На другому та третьому місці – сфера медичних послуг (34,5 %) та установи соціального захисту, де надаються адміністративні послуги (14,5 %). Значно рідше респонденти зазначали про дискримінацію при працевлаштуванні (6,6 %), при реєстрації на отримання пільг (5,4 %), при зверненні до центрів зайнятості чи подачі документів на навчання (по 2,4 %) [3, с. 176].

Тут, на нашу думку, з огляду на тематику нашого дослідження, доречно згадати про шкідливість стереотипів щодо осіб з інвалідністю, які панують в українському суспільстві, як-от сприйняття інвалідності як чогось несумісного з «якісним» життям, демонстрація надмірного жалю та патерналістської поведінки, звичка ставитись до таких людей як до невидимої частини суспільства або, навпаки, надмірна увага, витріщання, недоречні питання [21]. Подібне часто пригнічує гідність ветеранів і збільшує відчуття їхньої ізоляції.

У контексті труднощів, які ми віднесли до даної групи, важливими є свідчення респондентів-ветеранів одного з опитувань Міжнародної організації з міграції про те, що їхнє життя розділилося на дві частини – до та після служби на Сході України. Деякі з опитаних зазначали, що почали відчувати себе відірваними від суспільства [40, с. 21].

Частково це можна пояснити тим, що частою проблемою є постійне уникання розмов про травму і віддалення від інших через те, що спілкування «запускає» неприємні спогади, емоції або породжує відчуття того, що тебе не розуміють й не бажають слухати. Наслідком такого уникання можуть стати труднощі з переживанням позитивних емоцій або загальне притуплення емоційного фону з подальшим розвитком емоційного оніміння та почуття загального відчуження. Ветерани та ветеранки скаржаться, що після перебування у зоні бойових дій їм стало набагато складніше переживати багато почуттів, встановлювати близькі та дружні зв'язки з оточенням,

недоступними виявляються творчий підйом, грайливість і спонтанність [1, с. 24].

До того ж члени сімей ветеранів зауважували, що досвід перебування в зоні бойових дій подекуди поглинає всю увагу ветеранів і відриває їх від повсякденного життя, що лише посилює непорозуміння у родині, підвищує ймовірність розлучення та може стати додатковим психологічним фактором емоційного занепаду [40, с. 25].

З розповіді солдата російсько-української війни: «Буває, що інколи дружина говорить зі мною, а потім зупиняється й питає: «Ти чув, що я сказала?». А я дійсно інколи не чую. Всі думки обертаються навколо того, що було на фронті: цілий екіпаж, мої друзі, згоріли в танку. Пам'ятаю їх імена, рідні міста, посади, імена їх дружин...» [Цит. за: 51].

Як зазначає експертка з соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій Анастасія Мельниченко: «...під час війни найближчими людьми для бійця стали бойові побратими. Дружина вже не має в його очах такого статусу. Він із нею не воював, не ходив на завдання, вона не прикривала його від смерті. Дружина продовжує жити на рівні побутових справ: приготувати їжу, оплатити комуналку, зібрати дитину в школу, їх роз'єднує занадто великий пласт переживань і подій...» [Цит. за: 24].

До речі зміни у стосунках між ветеранами та іншими людьми сприймаються по-різному в різних вікових групах. Так, молоді люди віком від 18 до 24 років частіше відзначали покращення стосунків, ніж представники інших вікових груп: 34 % повідомляли про покращення стосунків у сім'ї та 32 % – у стосунках із друзями. І навпаки, ветерани у віці від 35 до 44 років повідомляли про погіршення стосунків у порівнянні з іншими віковими групами [40, с. 25].

Третя група – труднощі, пов'язані з бюрократією та розумінням юридичних аспектів пільг і гарантій. Особливо нагальними є проблеми з отриманням статусу учасника або учасниці бойових дій та особи з інвалідністю внаслідок війни. Подекуди процедура оформлення даних

документів триває кілька місяців, а за довідками доводиться їздити в штаб на території, які межують з зоною проведення воєнних операцій.

Так у дослідженні 2023 року «Від поранення до повернення» проведеного спільно громадською організацією «Принцип» і Veteran Hub одна респондентка розповіла наступне: «<...> Я надала усі документи, які від мене були необхідні. Військкомат мав оформити витяг з журналу бойових дій. Проте працівник відділу кадрів спочатку сказав, що нам УБД «не положено», бо ми не бачили в приціл ворога. І що взагалі немає інструкцій. Потім працівниця військкомату після отримання мною довідки про безпосередню участь сказала мені самотійно збирати витяги з наказів. <...> Після моїх багаторазових консультацій з юристами, написанням рапортів і т. ін. вони прийняли в мене документи. Але все повторюється, як з ВЛК. Кажуть прийдіть за два тижні і ніякої інформації <...>» [Цит. за: 4, с. 97–98].

Дуже болючим для ветеранів є питання щодо процесу проходження медико-соціальної експертної комісії. Часто вони просто не знають до кого треба звертатися, а відповідні інстанції не можуть у зрозумілий спосіб цього пояснити, таким чином знімаючи з себе відповідальність. Особливо багато людей застрягають на етапі збору документів, бо немає єдиного списку необхідної документації, тому перелік може відрізнятися від МСЕКУ до МСЕКУ [10, с. 7].

Час після поранення до одужання або отримання групи військові описують як перебування у стані постійного очікування і невизначеності. Це додає додаткового стресу та розчарування. В опитуваннях з разючою регулярністю у відповідях респондентів звучить вислів «списаний матеріал», яким вони здаються собі в очах армії, держави та суспільства [4, с. 25].

1.2. Відмінність ПТСР від інших стресових станів

Оскільки інвалідність встановлюється не лише через відсутність кінцівок, неспроможність пересуватися без допоміжних засобів або через проблеми з зором чи слухом, але й через посттравматичний стресовий розлад

(далі – ПТСР), який часто демонізується в нашому суспільстві, ми вирішили приділити проблемі ПТСР трохи більше уваги в даній роботі.

Опис станів воїнів схожих з ПТСР зустрічається з давніх давен, наприклад, є історичні свідчення про те, що асирійські воїни після кількарічних безперервних воєнних кампаній бачили привидів і «розмовляли» з людьми, яких вбили в бою, а Гомерівські «Іліада» та «Одіссея» є ледь не першим художнім описом травмованих війною ветеранів (Джонатан Шей). Але ґрунтовно цей стан почали вивчати лише у другій половині минулого століття, після того як у 1980 році Американська психіатрична асоціація вперше виділила «посттравматичний стресовий розлад» як окремий офіційний діагноз і склала детальний опис його симптомів [34].

ПТСР тісно пов'язаний з поняттям психотравми, яка розглядається в межах теорії стресу. Проте між стресом і психотравмою є відмінність.

Стрес – це захисна реакція організму на різні подразники, яка допомагає людині адаптуватися до умов, що часто змінюються [31, с. 34].

Процес адаптації коротко можна описати наступним чином: у відповідь на стан тривоги, викликаной стресором, організм реагує фізіологічними змінами, спрямованими на мобілізацію захисних сил організму. В цей час людина знаходиться в стані напруження та настороженості, проте фізично і психологічно почувається добре – зникають симптоми хвороб, зростає витривалість. Мобілізація розвивається впродовж 6 годин після впливу стресора і триває 24–48 годин [Там само]. Далі настає стадія опору, тривалість якої багато в чому залежить від особливостей організму та специфіки ситуації. Саме під час неї або відбувається поступова адаптація до стресової ситуації, або настає виснаження з різким зниженням розумової і фізичної працездатності, що може тривати до 3-х діб. Людина в стадії виснаження потребує допомоги, що полягає або в психологічній підтримці, або в усуненні стресора. Якщо цього не сталося, то виснаження може перейти у хронічний стрес, що характеризується песимізмом, пригніченням, в'ялістю; порушенням сну й апетиту; дратівливістю, невдоволенням; тривожністю,

агресивністю; зниженням працездатності, погіршенням здоров'я [Там само, с. 35].

Зазначимо, що говорячи про військових ми маємо на увазі не просто стрес, а бойовий стрес – сукупність станів, що їх переживають військовослужбовці у процесі адаптації до несприятливих і загрозливих для життєдіяльності умов бойової ситуації [Там само, с. 48], як-от під час перебування у зоні бойових дій, навчань та всіх етапів відправки на виконання бойових завдань різного рівня складності [32, с. 126].

Численні дослідження американських вчених свідчать, що після повернення додому солдати продовжують долати негативні симптоми саме бойового стресу подекуди до року [Там само, с. 129].

Як зазначає Н. Тарабріна, стрес стає психотравмою, коли внаслідок дії стресора відбувається порушення у психічній сфері людини. Стресором у таких випадках виступає травмівна подія, що характеризується раптовістю, руйнівною силою та інтенсивністю [31, с. 36]. У DSM-5 психотравма визначається як «безпосереднє зіткнення зі смертю або загрозою життю, серйозним ушкодженням, або сексуальним насильством в один (чи більше) з таких способів: 1) безпосереднє переживання травмівної події (подій); 2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; 3) знання того, що травмівна подія (події) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом <...>; (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (подій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки)» [Цит. за: Там само, с. 36].

Знову ж таки, говорячи про учасників бойових дій ми маємо на увазі бойову психічну травму, яку трактують як сильне переживання, викликане короточасним чи тривалим впливом психотравмівних чинників бойової обстановки, що призводить до розладів психіки і руйнування психологічної структури дій [Там само, с. 48].

Відзначається, що серед емоційних реакцій на травмівну подію домінують почуття страху, горя, депресії, а серед фізичних та поведінкових –

нудота, запаморочення, зміни апетиту та сну, а також відмова від повсякденної діяльності. І все це може тривати від кількох тижнів до місяців, перш ніж людина знову почне почуватися нормально [26, с. 27].

Згідно теорії Стефана Поджерса, нервова система реагує на виклики реального світу за принципом ієрархії, що складається з трьох циклів і один цикл може домінувати над іншим. Зазвичай ми спочатку реагуємо на зовнішні подразники за допомогою найновішої системи – неокортексу, а якщо та не спрацьовує, то організм «включає» старшу систему – архікортекс, а потім найдавнішу – палеокортекс. При стресі домінує найновіша гілка нервової системи, а якщо це психотравма – то одна зі старіших систем [31, с. 38].

Якщо спробувати описати це більш простою мовою, то ситуація виглядатиме наступним чином. Ми сприймаємо навколишній світ за допомогою своїх органів чуття, і вся отримана інформація передається до області мозку під назвою таламус, а з нього до мигдалини, яка є своєрідним «охоронцем»: якщо все добре і небезпеки немає, інформація переходить до гіпокампу (архів пам'яті, де все має свою мітку часу та місця – коли? де? з ким?); якщо ж є небезпека, то мигдалина починає надсилати сигнал про небезпеку, який відключає свідомі аналітичні функції мозку та активує захисну систему, відому під назвою «бий-біжи» [28, с. 15]. Це запускає каскад хімічних реакцій, які вивільняють гормони стресу (зокрема, адреналін, норадреналін) для того, щоб організм був готовий впоратися із небезпекою. Вони потрапляють у кров, частота дихання прискорюється, серце починає битися частіше – збагачена киснем кров доноситься швидше до основних груп м'язів (головним чином до рук і ніг), потові залози також працюють активніше. М'язи напружуються, і ми готові до швидких рухів – можемо бігти або бити так сильно, як ніколи не могли цього робити. І саме цей сигнал у людей, які знаходяться в зоні бойових дій, може не вимикатися цілими днями [Там само, с. 16], тому поступово надалі їхній мозок, розум і тіло автоматично починають використовувати те, чому вони навчилися. Так зберігається їхня гіперчутливість до загрози, яка ніби прив'язує їх до минулого. Чіткі образи,

які були «сфотографовані» в момент травми, у несвідомому, роздробленому вигляді залишаються в пам'яті (яку вчені називають травматичною) й коли травма не повністю оброблена, легко запускаються навіть через місяць або роки, щоб нагадати про пережите та знову вберегти життя [Там само, с. 19]. Це може стати основою запуску ПТСР.

Зазначимо лише, що Джудіт Герман, яка понад двадцять років досліджувала питання психічного травмування та здійснювала психотерапевтичну роботу з жертвами насилля, вважає, що реакції на травмівну подію потрібно трактувати не як окремі розлади, а як спектр станів, що коливаються від гострої реакції на стрес (до 48 годин після початку події), яка може минути сама собою і не досягти рівня діагнозу, до кризового стану, психічного шоку та ПТСР (звичайного, ускладненого або відтермінованого) [31, с.43].

За даними МОЗ, симптоми гострої травми виявляють у 60–80 % військовослужбовців, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих. Симптоми ж ПТСР розвиваються приблизно у 12–20 % військовослужбовців, які перенесли бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою через побоювання зневаги за прояви слабкості, боягузтва, загрозу військовій кар'єрі [26, с. 28].

Центр профілактики та контролю захворювань США дає таке визначення посттравматичного стресового розладу: ПТСР — це інтенсивна фізична та емоційна реакція на думки та нагадування про подію, які тривають протягом багатьох тижнів або місяців після травматичної події [Там само, с. 27].

За МКХ-10 ПТСР є результатом відтермінованої або тривалої відповіді (коли основні психотравмувальні переживання, здавалося б, давно лишилися позаду, а загрози втратили актуальність.) на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру [31, с. 46].

Серед основних клінічних ознак ПТСР виділяють:

- *напливи афективно забарвлених спогадів* (флешбеки, ремінісценції або кошмари), що можуть супроводжуватися неконтрольованим тремтінням, ознобом, головними болями від напруги;
- *поведінка уникнення*: утримання від місць, думок або почуттів, пов'язаних із травмою, загальне відчуття відчуженості.

Офіційний діагноз ставиться лише через півроку після пережитої стресової ситуації спеціально підготовленим медичним працівником [32, с. 130].

Щодо лікування, то на сьогодні найефективнішими психотерапевтичними тактиками вважають травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) й десенсибілізацію та опрацювання травми за допомогою рухів очей (EMDR). ТФ-КПТ є короткостроковою інтервенцією, покликаною тамувати інтенсивність посттравматичних переживань та спрямованою на роботу з фізичними реакціями й іншими труднощами, асоційованими з травматичним досвідом. Вона передбачає індивідуальну або групову роботу протягом 12–16 сеансів, присвячених психоосвіті, поступовій експозиції, моделюванню поведінки, виробленню копінг-стратегій і тренінгам щодо регулювання особистої поведінки [6].

У той же час, EMDR – це комплексний багатокомпонентний психотерапевтичний підхід, що є рекомендованим ефективним інструментом втручання при ПТСР, асоційованому з бойовим стресом.

Один її сенс триває від 60 до 90 хвилин і складається з декількох етапів, які мають реалізовуватися у чіткому порядку. А стандартна процедура виглядає наступним чином: терапевт просить пацієнта, не повертаючи голови, слідкувати очима за рухами пальців лікаря, які здійснюються в полі його зору з одного боку до іншого. При цьому пацієнт має згадувати минулий травматичний досвід. Мета EMDR-терапії полягає у конфронтації та подальшому примиренні з отриманим травматичним досвідом, а також зменшенні рівня дистресу завдяки підсиленню адаптивних переконань [Там само].

1.3. Державна політика підтримки ветеранів: пільги, гарантії та соціальні послуги

До початку антитерористичної операції в Україні не існувало ані державної ветеранської політики, ані міністерства у справах ветеранів, та й самі ветерани уявлялися суспільством радше як люди досить літнього віку, які мало чого потребують і з'являються в інформаційному просторі переважно з нагоди святкування 9 травня. Та й потім назагал все робилося не так вже й швидко. Але пропонуємо не вдаватися у надмірну критику й поглянути на те, яка ситуація склалась на сьогодні.

Так, 2018 року, наслідуючи кращі світові практики, в Україні було створено Міністерство у справах ветеранів, що, як стверджується, не лише має покращити координацію роботи у цій сфері, але й працювати за принципом не «для ветеранів», а «з ветеранами». Саме при ньому з 2021 року діє як інформаційний координаційний центр для реінтеграції ветеранів у цивільне життя, Український ветеранський фонд, який фінансується як з державного бюджету, так і завдяки підтримці українських і міжнародних партнерів. Головне його завдання – підтримка громадських організацій, що працюють з ветеранами, а також сприяння бізнесу ветеранів, їхніх родин та сімей загиблих захисників. Окрім того при Фонді діє гаряча лінія кризової підтримки, надаються юридичні консультації, проводяться дослідження, інформаційні кампанії [7].

Не менш значимою подією став запуск онлайн-платформи «e-Ветеран», яка діє на базі Єдиного державного реєстру ветеранів війни. На ресурсі зібрано інформацію про доступні державні послуги й пільги – від надання медичної та психологічної допомоги, забезпечення житлом до послуг із поховання. Також тут можна подати заявку на участь у відборі до складу національної збірної для спортивних змагань «Ігри нескорених» [Там само].

Щодо чинної системи підтримки ветеранів, то вона й надалі лишається спадкоємицею радянського пільгового підходу забезпечення ветеранів, а основний Закон «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»

прийнятий у 1993 році, до сьогодні так і не було піддано смислового осучасненню після 2014 року [19, с. 14]. Тому не дивно, що частина пільг втратила свою актуальність, інша не є дієвою, а ті послуги, що сприяють успішній реінтеграції, лишаються недофінансованими та недостатньо прокомунікованими [42].

Ключовими документами у цій сфері, окрім згаданого Закону, є:

- Закон України «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб»;
- Закон України «Про поліпшення матеріального становища учасників бойових дій та осіб з інвалідністю внаслідок війни»;
- Закон України «Про судовий збір»;
- Податковий кодекс України;
- окремі профільні постанови Кабінету Міністрів [43, с. 18].

Що ж саме пропонує держава?

Перш за все зазначимо, що військовослужбовці, які є офіційно оформленими у складі ЗСУ, отримують заробітну плату, мають доступ до державного страхування, медичної та юридичної (оформлення документів, проходження комісій) допомоги, програм реінтеграції та пенсій [21]. Щоправда, попри схожий статус, їм доступний різний обсяг пільг і соціальних гарантій: найбільший – для осіб з інвалідністю внаслідок війни, найменший – для учасників війни [23].

Під пільгами ми розуміємо встановлену законодавством перевагу, що надається визначеним категоріям осіб [45], а під соціальними гарантіями – встановлені законом мінімальні розміри оплати праці, доходів громадян, пенсійного забезпечення, соціальної допомоги, розміри інших видів соціальних виплат, які забезпечують рівень життя не нижчий від прожиткового мінімуму [9].

Перелік пільг для всіх категорій міститься у Розділі III Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», серед яких найважливішими для осіб з інвалідністю внаслідок війни є:

- право на одноразову грошову допомогу у зв'язку зі встановленням інвалідності внаслідок поранення чи захворювання, отриманих під час участі в бойових діях;
- отримання виплат підвищеного розміру: залежно від групи інвалідності до призначеного розміру виплати додається від 30 % до 50 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;
- 100 % знижка плати за користування житлом та на житлово-комунальні послуги у межах норми;
- безкоштовний проїзд усіма видами міського пасажирського транспорту та залізничним транспортом приміського сполучення;
- безкоштовне отримання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів;
- першочерговість в отриманні безоплатного зубопротезування та обслуговуванні в медичних інституціях — аптеках, лікувально-профілактичних закладах, — а також під час госпіталізації;
- виплата допомоги по тимчасовій непрацездатності в розмірі 100 % середньої заробітної плати незалежно від стажу роботи;
- освітні пільги, у тому числі для дітей (повна або часткова оплата навчання, пільгові довгострокові кредити, соціальні стипендії та інше);
- першочергове забезпечення житлом тих, хто потребує поліпшення житлових умов та відведення земельних ділянок для індивідуального житлового будівництва, садівництва і городництва тощо [13].

Щодо соціальних послуг, то основним нормативним актом у даній сфері є Закон України «Про соціальні послуги», який визначає права й обов'язки надавачів та отримувачів послуг, а також органів місцевої та центральної влади.

Соціальні послуги Законом визначаються як дії, спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, подолання таких обставин або мінімізацію їх негативних наслідків для осіб чи сімей, які в них перебувають

[12]. Так серед складних життєвих обставин, в яких можуть опинитися ветерани з інвалідністю та члени їхніх сімей, є:

- часткова або повна втрата рухової активності, пам'яті;
- невиліковні хвороби або хвороби, що потребують тривалого лікування;
- психічні та поведінкові розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин [41, с. 34].

Як показує практика надання соціальних послуг ветеранам АТО/ООС [17], найбільш популярними серед них є:

- *Інформування*: надання інформації з питань соціального захисту населення, у тому числі переліку та адрес надавачів соціальних послуг, умов їх отримання; надання інформації щодо отримання медичної, правової допомоги, адміністративних послуг та інших видів допомоги, робіт, послуг;
- *Консультування*: допомога в аналізі життєвої ситуації, визначенні основних проблем, шляхів їх вирішення, складання плану виходу зі складної життєвої ситуації; психологічне консультування; надання інформації про соціально безпечну поведінку;
- *Представництво інтересів*: ведення переговорів від імені отримувача соціальних послуг за його дорученням; допомога в оформленні або відновленні документів; сприяння в реєстрації місця проживання або перебування; допомога у розшуку рідних та близьких, відновленні родинних та соціальних зв'язків; сприяння у забезпеченні доступу до ресурсів і послуг за місцем проживання/перебування, встановленні зв'язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами тощо; допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації;
- *Соціальна інтеграція та реінтеграція*: допомога в оформленні документів; корекція психологічного стану та поведінки в повсякденному житті; надання психологічної підтримки; допомога у зміцненні/відновленні родинних та суспільно корисних зв'язків; сприяння організації та діяльності груп самодопомоги;

- *Соціально-психологічна реабілітація*: проведення психологічного консультування; здійснення трудової адаптації; інформування та/або консультування; представництво інтересів; розвиток, формування та підтримка соціальних навичок; надання допомоги в отриманні медичних послуг [Там само].

Сьогодні в Україні сфера надання соціальних послуг перебуває на етапі формування й супроводжується тестуванням нових ідей у вигляді запровадження пілотних проєктів у відібраних громадах. Розглянемо деякі з них:

1. Експериментальний проєкт щодо запровадження інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя. Координується Міністерством у справах ветеранів.

Пілотний проєкт стартував 1 липня 2023 року у Львівській, Вінницькій, Дніпропетровській і Миколаївській областях. Згодом до цих регіонів доєдналися Закарпатська, Київська, Сумська, Полтавська, Харківська області та місто Київ [30].

У 2024 році очікується на працевлаштування близько 15 000 осіб [20].

Ідея проєкту полягає в забезпеченні ветеранів та ветеранок індивідуальними помічниками, які б всебічно допомагали та сприяли їхній адаптації до цивільного життя, виступали б посередниками у спілкуванні з органами влади, сприяли б реалізації їх можливостей, прав, отриманню соціальних гарантій, пільг та послуг [30].

Серед основних функцій помічника ветерана:

- інформування щодо державних програм підтримки для ветеранів та ветеранок;
- супровід в отриманні соціальних гарантій, пільг та послуг;
- надання допомоги в оформленні документів;
- консультування щодо можливості отримання психологічних послуг;

- допомога з працевлаштуванням та пошук можливостей для перепрофілювання/підвищення кваліфікації;
- допомога в переїзді або пошуку житла [Там само].

Стати помічником ветерана можуть лише особи, які перебувають в реєстрі ветеранів війни. Тобто це учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасники війни, постраждалі особи Революції гідності, особи із особливими заслугами перед Батьківщиною, члени сімей загиблих і померлих ветеранів війни [Там само].

2. Експериментальний проєкт щодо участі соціального працівника в мультидисциплінарних реабілітаційних командах. Ініціатива реалізується за підтримки Програми розвитку ООН в Україні у межах проєкту «Підтримка реабілітації людей з інвалідністю, спричиненою війною», за фінансової підтримки урядів Республіки Корея та Німеччини, а також у співпраці з Офісом Президента, Міністерством соціальної політики та Міністерством охорони здоров'я України.

Метою проєкту є сприяння ранньому виявленню складних життєвих обставин пацієнта та підвищення ефективності роботи з їх подолання, мінімізація наслідків [33].

Згідно з інформацією на сайті МОЗ, першочергова функція соціального працівника полягатиме у наданні вичерпної інформації щодо:

- соціального захисту, в тому числі щодо механіки забезпечення допоміжними засобами реабілітації, призначення соціальної допомоги та виплат, отримання соціальних послуг тощо;
- проходження військово-лікарської комісії чи медико-соціальної експертної комісії для встановлення групи інвалідності;
- отримання безоплатної правової допомоги через мережу центрів правової допомоги;
- алгоритму звернення до центрів зайнятості, можливості соціального супроводу під час працевлаштування та на робочому місці;

- діяльності реабілітаційних закладів чи фахівців та можливості отримання психологічної допомоги за місцем проживання [Там само].

Зазначається, що залучені до проєкту соціальні працівники та працівниці проходили додаткове навчання, яке стосувалося навичок психосоціальної підтримки пацієнтів з видимими та невидимими травмами війни, мотиваційного консультування та етичної комунікації, юридичного супроводу під час оформлення допомоги, запитів [43, с. 34].

3. Експериментальний проєкт щодо програми декомпресії та соціальної підтримки для військовослужбовців та їхніх близьких. Як повідомляється, Міністерство оборони України спільно з Міністерством соціальної політики успішно здійснили пілотування програми у трьох областях – Полтавській, Львівській та Хмельницькій [29], до якої залучили 40 військовослужбовців разом з їхніми родинами.

Ідея програми полягала в напрацюванні алгоритмів супроводу даної категорії клієнтів командою фахівців: психологів, соціальних працівників, кейс-менеджерів, юристів та фізіотерапевтів, – з метою психологічного та фізичного відновлення ветерана, його адаптації до цивільного життя та налагодження взаєморозуміння з близькими.

Найближчим часом очікується масштабування напрацьованих послуг на всій території України [Там само].

4. Експериментальний проєкт щодо забезпечення соціального супроводу військових та їхніх сімей на базі підрозділів Збройних Сил.

Ключова мета даного проєкту – допомога військовим у цивільних питаннях.

Тестується ефективність надання соціальними працівниками безпосередньо у військових частинах/підрозділах допомоги та здійснення супроводу на етапах призову під час мобілізації, а також консультацій щодо психосоціальної підтримки.

Згідно з планами, пілотний проєкт до кінця 2023 року мав охопити 5 військових частин, у 2024 – очікується впровадження у 35 [25].

5. Експериментальний проєкт щодо навчання соціальних працівників при територіальних центрах комплектування та соціальної підтримки. За інформацією на сайті Міністерства соціальної політики України [48], у рамках проєкту минулого року було організовано навчання для 500 фахівців щодо забезпечення якісного процесу надання соціальних послуг для цільових груп у всіх підрозділах територіального центру комплектування та соціальної підтримки.

Наразі ж спільно з Міноборони та громадською організацією «Простір можливостей» розробляються алгоритми посилення діяльності територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки, а у двох пілотних регіонах планується опрацювати систему поглибленого навчання, супервізії та взаємного зв'язку з надавачами соціальних послуг [Там само].

6. Експериментальний проєкт щодо створення інституту ветеранського кейс-менеджера: «Система підтримки та супроводу ветеранів у громадах». Головними партнерами реалізації цього проєкту є: громадська організація «Простір Можливостей», USAID, Ініціативний центр сприяння активності та розвитку громадського почину «Єднання» та Міністерство соціальної політики.

Зазначається, що програма розроблена для навчання представників місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також представників неурядового сектору, які планують працювати з ветеранами й ветеранками, їхніми родинами у частині їх супроводу й реалізації потреб. Регіональне охоплення: Львівська, Рівненська та Хмельницька області [38].

Головна мета – навчання потенційних ветеранських кейс-менеджерів сучасним підходам в обслуговуванні ветеранів та напрацюванню алгоритмів запровадження системи ветеранського супроводу на рівні громад.

Унікальність даної програми полягає в тому, що вона являє собою баланс теоретичних і практичних основ роботи з ветеранською спільнотою [Там само].

Висновки до розділу 1

Як бачимо, по поверненню ветерани потребуватимуть фізичної реабілітації, а також психологічної та соціальної реадaptaції, аби навчитися жити з набутим новим досвідом і статусом. Зважаючи на те, що за поточних обставин вони повертаються до цивільного, але не мирного життя, можемо говорити про цей етап як про додатковий виклик для них. Тому вкрай важливо аби спеціалісти, які працюють з військовослужбовцями, інформували тих з них, хто звільняється зі служби, а також членів їхніх сімей про всі потенційні труднощі й зміни, які відбуваються з людиною, що має бойовий досвід.

Можна зробити припущення, що процес реадaptaції точно не буде лінійним, особливо в учасників бойових дій з інвалідністю, оскільки вони потребуватимуть часу для усвідомлення своїх можливостей та обмежень. Тому дуже важливо, аби держава якнайшвидше напрацювала дієву ветеранську політику, яка б забезпечила ефективну підтримку учасників російсько-української війни.

Наразі ж українська система соціального захисту ветеранів являє собою своєрідне поєднання патерналістських підходів радянських часів і соціальних послуг, націлених на сприяння самостійності клієнтів. До її суттєвих мінусів можна віднести нераціональність у розподілі бюджетних коштів, низьку ефективність, а також відсутність комплексності та узгодженості.

РОЗДІЛ 2. НОВІТНІ ПІДХОДИ У ЗАЛУЧЕНОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Законодавче регулювання роботи соціального працівника у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Мультидисциплінарні команди у сфері охорони здоров'я не є винаходом останніх років. Дана практика зародилася ще на початку XX століття у США завдяки лікарю загального профілю Річарду Кларку Кеботу, який змінив спосіб управління амбулаторним відділенням Массачусетської загальної лікарні. У той час в цьому відділенні перебували люди, які не могли собі дозволити стаціонарне лікування важких або невиліковних хвороб, як-от туберкульоз або діабет. Тобто це були особи, які сьогодні відносяться до тих, що перебувають у складних життєвих ситуаціях. Молодий лікар поступово помітив, що багато запитів, з якими до нього звертаються пацієнти, лежать поза сферою його компетенції й тому запросив доєднатися до своєї практики соціального працівника та педагога, які мали зосередитися саме на соціальному здоров'ї пацієнтів відділення [51, с. 6].

Назагал, мультидисциплінарна команда – це група фахівців, які об'єднуються для мінімізації впливу хвороби або особливої потреби на повсякденну діяльність клієнта/пацієнта. Зазвичай склад такої команди є динамічним і залежить від поточних потреб або запитів.

Основними принципами мультидисциплінарного ведення випадку є:

- *Професіоналізм і висока кваліфікація членів МДРК*: члени команди повинні мати досвід та навички роботи саме з цільовою групою клієнтів/пацієнтів, знати її специфіку, особливо соціально-психологічні, економічні, медичні, культурні та гендерні аспекти.
- *Пріоритет інтересів клієнта/пацієнта та добровільність отримання послуг*. Цей принцип передбачає формування та періодичну зміну пріоритетів у наданні послуг, якщо вони не відповідають реальним запитам клієнта/пацієнта, а також застосування мотивування [52].

- *Активна участь клієнта/пацієнта у мультидисциплінарному веденні випадку, розвиток його власного потенціалу.* Це передбачає, що клієнт/пацієнт робить внесок у формування цілей, завдань та заходів сервісного плану із визначенням відповідальності, у тому числі і його самого.
- *Ефективний обмін інформацією за випадком:* для забезпечення злагодженої роботи всіх членів МДРК всі спеціалісти повинні отримувати однакову інформацію про клієнта/пацієнта і періодично аналізувати динаміку розвитку випадку. Це досягається за рахунок ведення відповідної документації та проведення регулярних робочих зустрічей [Там само].
- *Конфіденційність отриманої інформації:* будь-яка інформація про клієнта/пацієнта може бути надана іншим співробітникам проєкту, а тим паче – представникам інших організацій лише за згоди особи, яка отримує послуги, або її законного представника. Тому під час підписання клієнтом сервісного плану передбачається висловлення дозволу на надання необхідної інформації про особу всім членам мультидисциплінарної команди, які надалі надаватимуть допомогу.

Зважаючи на цей принцип МДРК повинна мати чітку політику та процедури відносно таких питань:

- 1) яку інформацію про клієнта/пацієнта можна надавати і кому;
 - 2) яка інформація про клієнта/пацієнта підлягає запису, в якій формі;
 - 3) хто має право доступу до інформації і на яких підставах;
 - 4) яким чином забезпечується точність записаної інформації;
 - 5) за яким принципом зберігаються та знищуються документи, що містять інформацію про особу, яка отримує послуги.
- *Послідовність та поетапність надання послуг:* незалежно від тривалості ведення випадку, всі кроки у процесі надання допомоги повинні бути логічними та послідовними: кожний етап має впливати з попереднього і бути основою для наступних [Там само].

- *Індивідуальна відповідальність фахівця за ведення випадку.* Цей принцип вказує на те, що кожен випадок закріплюється за окремим спеціалістом, що стає відповідальним за його ведення.

Він несе індивідуальну відповідальність за:

- 1) ведення обліку роботи з клієнтом/пацієнтом та контроль за дотриманням термінів виконання плану надання послуг;
 - 2) презентацію випадку на робочих зустрічах з аналізу випадку (мультидисциплінарному консилиумі);
 - 3) координацію дій членів мультидисциплінарної команди та клієнта/пацієнта під час виконання індивідуального плану;
 - 4) направлення особи, яка отримує послуги, у разі потреби до інших організацій та установ.
- *Повноцінне використання суспільних ресурсів і мінімізація витрат.* Надання допомоги клієнтові/пацієнту відбувається із залученням державних установ, закладів охорони здоров'я та соціального захисту, комерційних структур та недержавних неприбуткових організацій, що мають необхідні ресурси. Але будь-яка організація має обмежені ресурси, тому спеціаліст, який веде випадок, має визначати, яким чином розподілити ці ресурси між клієнтами/пацієнтами, керуючись двома принципами: принципом пріоритетності інтересів клієнта/пацієнта та принципом мінімізації витрат. МДРК повинна здійснювати свою діяльність у рамках ясного та прозорого бюджету, щоб співробітники знали, якими ресурсами вони володіють і що можуть запропонувати клієнту/пацієнту. Наприклад, приймаючи на консилиумі рішення про оплату дорогого лікування для клієнтки/пацієнтки або члена її родини, команда повинна усвідомлювати, які ресурси можуть втратити інші клієнти/пацієнти, і в такий спосіб зважувати всі «за» і «проти» [Там само].
 - *Постійна оцінка якості й ефективності МДРК:* здійснюється на основі документації з ведення випадку, а також під час обговорення

відповідності досягнутих результатів поставленим цілям і завданням, які були визначені планом ведення випадку.

- *Оптимізація навантаження на членів МДРК.* Кількість співробітників команди мультидисциплінарного ведення випадку має відповідати обсягу та складності поставлених перед командою цілей та завдань, а також залежить від особливостей клієнтів/пацієнтів. Зазвичай, один спеціаліст може вести паралельно 10 – 12 випадків [Там само].

В Україні в закладах охорони здоров'я лише починає запроваджуватися дана практика і в попередньому розділі ми згадували як раз про запуск експериментального проєкту щодо участі фахівця із соціальної роботи в мультидисциплінарних реабілітаційних командах (МДРК), який реалізується у 14 закладах охорони здоров'я у межах проєкту «Підтримка реабілітації людей з інвалідністю, спричиненою війною». Зараз же пропонуємо поглянути на те, що вже напрацьовано в законодавстві для впровадження даної практики, а також що потребує врегулювання.

Отже, базовими документами, що дозволяють та заохочують долучати соціального працівника до роботи у складі МДРК є:

1. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», де у статті 18 пункті 7 чітко вказано, що «до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка надає реабілітаційну допомогу в реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, входить соціальний працівник» [14];
2. Закон України «Про соціальні послуги», в якому у статті 13 пункті 2 зазначено, що соціальні послуги можуть надавати в закладах охорони здоров'я [12].

Серед інших нормативних актів важливою є Постанова КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» № 1268, до якої в грудні 2023 року за результатами пілотного проєкту були внесені деякі зміни, закріплені у нормативних актах:

- У «Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я» додано окремий розділ «Організація залучення соціального працівника до роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди», у пункті 29¹ якого прописано, що соціальний працівник долучається до МДРК «з метою своєчасного забезпечення особи допоміжними засобами реабілітації, медичними виробами, інформування про потребу в розумному пристосуванні приміщення, в якому особа, яка потребує реабілітації, буде проживати після надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах», і для своєї роботи використовує як базовий метод ведення випадку. А у пункті 29² визначено, що одна ставка навантаження соціального працівника становить не більше 30 осіб [38];
- У «Типовому положенні про мультидисциплінарну реабілітаційну команду» в підпункті 10 пункту 8 ретельно прописано функціональні обов'язки. Серед них: проведення оцінювання індивідуальних потреб, інформування з питань соціального захисту, консультування, у тому числі надання психосоціальної підтримки, встановлення зв'язків та надсилання повідомлення про отримувача послуг, який перебуває в складних життєвих обставинах, до центрів соціальних служб/центрів надання соціальних послуг за місцем його проживання з метою організації безперервного процесу надання соціальних послуг [Там само].

Найбільш проблемними питаннями на сьогодні лишаються умови залученості такого спеціаліста та його доступ до Єдиної системи охорони здоров'я. За словами Олени Кульчицької, радниці Міністра соціальної політики України, при залученні соціального працівника:

- за трудовим договором постає питання наявності у відділенні визначеного нормативним актом навантаження на одну ставку, оскільки якщо воно буде меншим, мова буде йти про неповне залучення

- спеціаліста і, відповідно, неспроможність забезпечити йому гідну оплату праці;
- за договором про співпрацю з надавачем соціальних послуг проблемним виглядає питання узгодження навантаження у закладі охорони здоров'я та за основним місцем роботи, а також питання оплати праці й відображення залученості такого соціального працівника у внутрішній документації;
 - за договором про надання послуг (або договором цивільно-правового характеру) не врегульованими є питання щодо його статусу, чіткого обліку годин та розміру грошової винагороди й, відповідно, навантаження [27].

Щодо існуючого алгоритму щодо залученості соціального працівника до МДРК, то він наразі виглядає наступним чином. Перше, що має зробити соціальний працівник – встановити первинний контакт та надати консультацію щодо своїх послуг. Робиться це впродовж перших двох днів після прибуття пацієнта до відділення. Головними документами тут є: Форма первинних контактів та консультацій соціального працівника з клієнтами, Пам'ятка про роль соціального працівника та візитка. Далі протягом тижня, якщо клієнт надає згоду на співпрацю, проводиться його психосоціальне оцінювання. Усі отримані дані мають бути зафіксовані у Формі психосоціального оцінювання та особистих нотатках соціального працівника з подальшою презентацією на зборах МДРК. Наступний крок – планування роботи за активної участі клієнта і ведення випадку. На цьому етапі ключовим документом буде Індивідуальний реабілітаційний план. По завершенню роботи спеціаліст за згодою клієнта перенаправляє його або її для отримання комплексу послуг до надавачів у його/її громаді. Також за згодою клієнта соціальний працівник може у телефонному форматі зв'язатися з ним/нею через два тижні після його/її виписки з метою розуміння що працює, а що ні, та за потреби скоординувати його/її наступні кроки. Визначений рекомендаціями документ на цьому етапі – Форма моніторингу [Там само].

2.2. Діяльність соціального працівника у закладі охорони здоров'я на прикладі Центру «Лісова поляна»

Під час роботи над обраною темою було прийнято рішення сконцентруватися на діяльності конкретного центру для ветеранів та учасників російсько-української війни, де до команди вже є залучений соціальний працівник. І, оскільки вдалося налагодити контакт з фахівцем із соціальної роботи у Центрі «Лісова поляна», фокус дослідницької уваги було зупинено саме на ньому.

Повна назва закладу – Державний заклад «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України». Центр розрахований на 220 пацієнтів і знаходиться на околиці Києва у мальовничому лісі за адресою: 7-а лінія, 30.

Саме цей Центр є піонером в Україні у лікуванні психотравм, наслідків легкої черепно-мозкової травми, а також допомоги тим, хто пережив полон та тортури.

Цільові групи закладу:

- ветерани;
- військовослужбовці;
- особи, що пережили полон та катування або перебували в окупації;
- члени родин загиблих, полонених, зниклих безвісти;
- інші особи з травморелевантними розладами, спричиненими війною [26, с. 58].

У Центрі їм можуть запропонувати лікування у таких відділеннях як: відділення реабілітації, стрес асоційованих розладів, ортопедо-травматичному, терапевтичному та неврологічному. Підставами для прийому пацієнтів є направлення лікаря, ВЛК, начальника медичної частини або командування військового підрозділу, а також самозвернення [Там само, с. 67].

У своїй роботі заклад дотримується біосоціальної моделі (Енгель – Романо), яка на противагу біомедичній моделі не зводить здоров'я людини

лише до фізіологічних характеристик, а розглядає його як взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних чинників. Впровадження цієї моделі у систему охорони здоров'я можливе лише за умови спільної роботи психологів, психіатрів, психотерапевтів, лікарів різного профілю, медсестер і медбратів, соціального працівника, а також пацієнтів та їхніх родин [29].

Як пояснювали лікарі, ця модель була обрана в першу чергу тому, що і розлади психіки, і травми їхніх пацієнтів є набутими, а це означає, що вони можуть бути або вилікованими, або з ними можна навчитися повноцінно жити.

Також зауважимо, що саме ця модель є одним із керівних принципів взаємодії з людьми з непрацездатністю, обмеженням життєдіяльності чи інвалідністю й лежить в основі Конвенції про права осіб з інвалідністю ООН [Там само].

Соціальний працівник, Оксана Сафронова, у Центрі закріплена за відділенням реабілітації, але допомогу надає усім, хто цього потребує. Алгоритм її взаємодії з клієнтами/пацієнтами трохи відрізняється від запропонованого МОЗ, оскільки завдяки грантовій підтримці фонду «Відродження» в лікарні вдалося за американським зразком запровадити посаду клінічного кейс-менеджера. Клінічний кейс-менеджер є свого роду помічником, з одного боку, для фахівців, а з іншого – для пацієнтів закріпленого за ним відділення. Тут саме до його повноважень, а не соціального працівника, входить встановлення контакту з новоприбулим пацієнтом, введення його у діяльність закладу, інформаційні та мотиваційні консультавання, а також психосоціальне оцінювання з урахуванням сильних та слабких сторін.

Саме кейс-менеджер за згодою пацієнта передає інформацію соціальному працівнику про наявні у нього потреби у сфері відповідальності цього фахівця. Далі вже соціальний працівник починає роботу з ведення випадку.

За нашими спостереженнями, типовими запитами клієнтів до соціального працівника є:

- допомога у відновленні втрачених документів;
- надання інформації (про алгоритм проходження МСЕК чи ВЛК; оформлення групи інвалідності, певного статусу чи одноразової грошової допомоги, чинні програми протезування, а також умови та алгоритм участі в них; гарантовані на рівні держави пільги);
- сприяння у забезпеченні пацієнтів допоміжними засобами реабілітації;
- сприяння у забезпеченні постійним доглядом та місцем проживання після виписки із закладу;
- сприяння у відновленні заблокованого банківського рахунку (наприклад, під час перебування пацієнта у полоні);
- допомога в оформленні субсидій та інших соціальних виплат.

Це цілком узгоджується обов'язками фахівця визначеними Посадовою інструкцією (Див. Додаток 1), де серед іншого також вказано:

- Надання послуг з соціальної адаптації ветеранам, жертвам тортур, звільненим з полону під час походження курсу медико-психологічної реабілітації: допомога в аналізі життєвої ситуації, визначенні основних проблем, шляхів їх вирішення, складання плану виходу із складної життєвої ситуації після завершення курсу медико-психологічної реабілітації; залучення отримувача до вирішення власної ситуації.
- Надання послуг соціального супроводу пацієнтам з числа ветеранів, звільнених з полону, осіб, що зазнали тортур та членів їх родин: обстеження умов життя, організація надання медичних послуг, оздоровлення, гуманітарної допомоги за рахунок переадресації клієнта до партнерських організацій.
- Налагодження результативного партнерства з представниками соціальної сфери державної форми власності, центрами зайнятості, закладами охорони здоров'я, освіти, культури для задоволення потреб клієнтів.

- Організація та проведення навчань, семінарів, тренінгів, вебінарів згідно з планом реабілітаційної програми госпіталю для вирішення питань соціальної підтримки.
- Формування та подання звітної інформації щодо реалізації плану проєкту на кожен календарний місяць.
- Оформлення робочої документації.
- Прийняття активної участі в робочих зустрічах мультидисциплінарної команди госпіталю [52].

Як бачимо, всі ці запити вимагають від соціального працівника наступних компетентностей:

- Комунікативних – здатність встановлювати й підтримувати контакт, бути зрозумілим та ефективним у спілкуванні;
- Професійних – володіння технологіями та методами соціальної роботи;
- Управлінських, зокрема організаційних вмінь та здатності до самостійного прийняття рішень на основі отриманої інформації з урахуванням потенційно можливих ризиків та наслідків;
- Соціальних – вміння встановлювати та розбудовувати мережу професійних контактів з іншими спеціалістами та надавачами соціальних послуг.

Насамкінець додамо, що при спілкуванні багато лікарів неодноразово наголошували на важливості роботи соціального працівника у складі МДРК, оскільки саме його робота надає відчуття підтримки їхнім пацієнтам, а це своєю чергою сприяє швидкому одужанню, зменшенню кількості осіб з хронічними станами або тих, хто потребуватиме періодичної підтримки.

2.3. Підсумки та рекомендації щодо ефективної залученості соціального працівника до роботи у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди в центрах реінтеграції та реадптації ветеранів російсько-української війни

Проаналізувавши всю отриману інформацію, можемо стверджувати, що у закладі охорони здоров'я соціальний працівник під час ведення випадку має запити на такі послуги як консультування, інформування, представництво інтересів та соціальний супровід.

Робота проводиться індивідуально, але й може відбуватися із залученням членів родини клієнта/пацієнта. Тому важливо аби соціальний працівник був забезпечений окремим робочим кабінетом, аби з одного боку гарантувати збереження отриманої конфіденційної інформації, а з іншого, у клієнтів/пацієнтів було відчуття комфорту.

Якщо говорити про час необхідний на роботу з одним клієнтом/пацієнтом, то все залежить від запитів та тяжкості випадку. Вона може тривати як 6–7 годин, так і кілька днів або тижнів. Тому при великому навантаженні на фахівця з соціальної роботи було б добре, аби заклад розглянув варіант залучення клінічних кейс-менеджерів, які б допомогли звузити посадові обов'язки такого фахівця.

При роботі у МДРК важливо аби були чітко розписані ролі та обов'язки кожного спеціаліста, а також була поінформованість всіх учасників щодо різних аспектів справи. Тому тут як ніде є запит на посадові інструкції, а також доброю є практика видачі протоколів з обговорюваними питаннями та прийнятими рішеннями.

Для успішного впровадження такої практики в Україні важливо серед іншого подолати упередженість та в дечому авторитарність медичних працівників, бо це може стати суттєвою перешкодою для ефективної залученості інших спеціалістів. Як зазначали лікарі досліджуваного закладу оскільки медична професія виступає традиційно за збереження життя, а не за

його якість, то їм для зміни та перефокусування своєї точки зору дуже корисним був досвід співпраці з соціальним працівником. Саме він за їх словами допоміг їм стати більш орієнтованими на потреби та розуміння пацієнтів.

Також за свідченнями соціального працівника Центру важливо аби під час роботи з такою категорією клієнтів/пацієнтів заклад передбачив регулярне проведення супервізій – індивідуальних та групових, оскільки це допомагає не вигоріти й розвантажитися від проблем клієнтів/пацієнтів.

Висновки до розділу 2

В Україні робляться перші кроки до впровадження практики надання соціальних послуг, які є протилежністю традиційному соціальному забезпеченню, адже роблять акцент на сильних сторонах клієнтів і їх взаємній співпраці з соціальним працівником. Мета впровадження таких програм: зменшення видатків з державного бюджету та профілактика соціальних втрат.

Залученість соціального працівника до складу МДРК є за своєю суттю інноваційною діяльністю соціального працівника, яка потребує від нього досконалого знання методик та технік соціальної роботи, обізнаності в можливостях надавачів соціальних послуг в громадах, уміння читати закони, а також гарних комунікативних навичок.

Держава має допрацювати прогалини наявні у законодавстві щодо залученості такого фахівця до роботи у закладах охорони здоров'я і добре попрацювати над інформуванням керівників цих закладів щодо ролі соціального працівника.

Проаналізувавши всю отриману інформацію, нами виділено для закладів охорони здоров'я найбільш важливі моменти у залученості фахівця із соціальної роботи, які можуть бути використані як невеличкий додатковий гайд.

ВИСНОВКИ

Отже, проведені дослідження дозволяють виокремити наступне:

1. У кожного ветерана та ветеранки свій досвід війни. Але тривале перебування у стані екстремального психоемоційного стресу дає про себе знати по поверненню майже у кожного. Як демонструє досвід, найважчим є перший місяць, оскільки тіло та психіка ще живуть за звичаями війни. Коли є тісний зв'язок із побратимами та посестрами, які прикривають та оберігають сон, а бойові завдання окреслює командир. Ветерани та ветеранки найчастіше скаржаться на неодноразові повторні переживання травмуючих подій на фронті (інтрузії, флешбеки, нічні жахіття), відчуття ізольованості та власної чужості, підвищену збудливість, страх від несподіваних подразників тощо, які до того ж мають тенденцію до посилення через труднощі у спілкуванні з рідними та друзями, негативне й стереотипне ставлення співгромадян.

За належної підтримки, більшість ветеранів мають позитивний досвід повернення та успішно відбудовують цивільне життя. Але у деяких випадках тривале ігнорування того, що відбувається з учасником або учасницею бойових дій може призвести до їхньої антисоціальної поведінки.

2. Чинна система соціального захисту осіб зі статусом ветеранів війни має дві складові: 1) різні форми матеріального забезпечення, пільги та виплати; 2) соціальні послуги.

Перше регулюється Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», який не було переосмислено з 1993 року. Це робить його не надто ефективним в сьогоденнішніх реаліях, особливо зважаючи на те, що він багато в чому реплікує ідентичний радянський закон.

На переконання експертів, багато пільг та виплат не є узгодженими між собою, наявні дублювання, до того ж подекуди доступні пільги з однієї сфери життя перебувають у різних нормативно-правових актах. Це ускладнює розуміння ветеранами всіх гарантій, які вони мають [44, с. 21].

Щодо сфери соціальних послуг, яку регулює Закон України «Про соціальні послуги», то вона є досить молодого та перебуває на шляху становлення.

Як демонструє практика попередніх років, найбільш запитуваними у ветеранів АТО/ООС були такі послуги, як: інформування, консультування, представництво інтересів, соціальна інтеграція та реінтеграція, соціально-психологічна реабілітація.

Наразі в Україні тестуються кілька нових проєктів з надання соціальних послуг для військовослужбовців та ветеранів, які, за очікуваннями держави, мають зменшити їх вразливість і сприяти успішній реінтеграції до цивільного життя. Найбільш перспективним на нашу думку є включення соціального працівника до мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

3. Залученість фахівця з соціальної роботи до складу МДРК реалізується в межах пілотного проєкту «Підтримка реабілітації людей з інвалідністю, спричиненою війною». На основі напрацювань минулого року було внесені зміни до певних нормативних актів і сьогодні робота такого спеціаліста регулюється: Законами України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та «Про соціальні послуги», а також Постановою КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» №1268.

Законом передбачено, що основний метод роботи соціального працівника у складі МДРК – ведення випадку. А алгоритм роботи може бути наступним: установлення контакту з отримувачем послуг – здійснення оцінки його потреб з визначенням сильних та слабких сторін – складання плану ведення випадку, який є частиною індивідуального реабілітаційного плану клієнта/пацієнта – аналіз результатів та за потреби корекція втручань.

Очікується, що це буде високопрофесійний та емпатійний фахівець, співпраця з яким наснажуватиме клієнтів\пацієнтів, даруватиме відчуття підтримки та поновить почуття гідності.

Наразі ще лишається низка невирішених питань, які є на заваді повноцінній практиці залученості соціального працівника до закладів охорони здоров'я.

4. Центр «Лісова поляна» – є першим закладом, який впровадив посаду штатного соціального працівника і став поштовхом для ініціації реалізації подібної практики Міністерством в інших закладах охорони здоров'я, особливо тих, що надають допомогу учасникам бойових дій та ветеранам російсько-української війни.

Типовими запитами клієнтів/пацієнтів у практиці соціального працівника закладу є: допомога у відновленні втрачених документів та/або оформленні субсидій, соціальних виплат; різного роду інформування; сприяння у забезпеченні пацієнтів допоміжними засобами реабілітації або постійним доглядом та місцем проживання після виписки із закладу.

В розмовах лікарі Центру неодноразово наголошували на важливості та ефективності залучення такого спеціаліста до складу МДРК, як для пацієнтів, так і для них самих.

5. На основі отриманої інформації від працівників закладу нами було розроблено кілька рекомендацій, які можуть стати корисними для впровадження практики залучення соціального працівника до роботи МДРК закладів охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акименко Ю. Ф., Сила Т. І. Як допомогти родині учасника бойових дій: методичний посібник для соціальних працівників і психологів. Чернігів: Десна Поліграф, 2017. 144 с.
2. Аналіз системи соціального захисту ветеранів. URL: <https://legal100.org.ua/analytics/analiz-sistemi-sotsialnogo-zahistu-veteraniv/>
3. Аналітичний звіт за результатами кабінетного дослідження у рамках операційного дослідження «Повертаємось з війни!» // викон. Н. Тілікіна, О. Яцура. Київ: EU4Youth, 2023. URL: <https://drive.google.com/file/d/1FMFcgFfhXZb81NOytNUwH0d0tsnwvUIV/view>
4. Від поранення до повернення. Етнографічне дослідження шляху ветеранів та їхніх близьких / [Тіна Полек, Євген Лисенко, Олексій Москаленко, Денис Султангалієв, Любов Галан]; За заг. ред. Л. Галан., Д. Султангалієва. Київ, 2023. 139 с.
5. Відсутність можливостей для працевлаштування ветеранів з інвалідністю: ризики для держави та суспільства. Український ветеранський фонд (Урядова організація) URL: https://veteranfund.com.ua/analytics/vidsutnist_mozhlyvostei_dlja_pratsevla_shtuvannia_veteraniv_z_invalidnistiu/
6. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад / Л. О. Герасименко // НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2021. № 8. С. 27– 32. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/8%28129%29/pages-27-32/posttravmatichniy-stresoviy-rozlad#gsc.tab=0>
7. Давліканова О. Тернистий шлях реінтеграції. Чи дбає Україна про ветеранів, як вони про неї. Український тиждень (ЗМІ). 22.05.2024. URL: <https://tyzhden.ua/ternystyj-shliakh-reintehratsii-chy-dbaie-ukraina-pro-veteraniv-iak-vony-pro-nei/>

8. Дашківська І. 2041 військовослужбовець оформив статус людини з інвалідністю з початку повномасштабного вторгнення, – Мінсоцполітики. Інфографіка. ЦЕНЗОР.НЕТ. (25.04.2023). URL: https://censor.net/ua/news/3414364/2041_viyiskovoslujbovets_oformyv_status_lyudyny_z_invalidnistyu_z_pochatku_povnomasshtabnogo_vtorgnennya
9. Державні соціальні стандарти. Міністерство соціальної політики України (Інтернет-сайт). URL: <https://www.msp.gov.ua/content/socialni-standarti.html>
10. Досвід ветеранів та ветеранок: моніторинг установ / [Євген Лисенко, Поліна Липова, Любов Галан]. Київ, 2023.
11. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»: Редакція від 01.01.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>
12. Закон України «Про соціальні послуги»: Редакція від 23.12.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
13. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Редакція від 01.01.2024 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>
14. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Редакція від 07.09.2023 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
15. Звіт за результатами аналітичного дослідження «Ефективність моделей допомоги мобільних бригад соціально психологічної допомоги на шляху реінтеграції учасників бойових дій в АТО/ООС та членів їх родин до мирного життя у Миколаївській та Київській областях за методикою RBM». – Березень, 2020. URL: https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub_pdf/mt_jfo_report_final_compressed_1.pdf

16. Кількість громадян, на яких спрямована політика Мінветеранів, після війни може збільшитись у 4 рази, до 5 млн осіб – Лапутіна // Interfax-Україна (Інформаційне агентство). 08.05.2022. URL: <https://interfax.com.ua/news/general/830513.html>
17. Класифікатор соціальних послуг: прийнятий від 23.06.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text>
18. Конвенція про права осіб з інвалідністю: Редакція від 19.06.2023. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
19. Концепція політики щодо ветеранів та їхніх сімей: Експертні рекомендації до формування оновленої державної політики щодо ветеранів та їхніх сімей. Київ: жовтень, 2023. URL: <https://www.pryncyp.com/wp-content/uploads/2024/01/veteranpolicy.pdf>
20. Куницький О. Як в Україні реінтегрують ветеранів у цивільне життя. Deutsche Welle. 04.12.2023. URL: <https://www.dw.com/uk/veterani-rosijskoukrainskoi-vijni-ak-ih-reintegruut-u-civilne-zitta/a-67594023>
21. Лавренюк С. і Одусанво В. «За пандус тобі треба рвати зубами». Реінтеграція українських військових після поранення. Спільне (Інтернет-ресурс). 16.03.2023. URL: <https://commons.com.ua/ru/reintegraciya-poranenih-vijskovih/>
22. Лиховій Д., Шовкун Л., Лиховій Б. Війна за ветерана. Як суспільство й держава борються за психологічну адаптацію учасників АТО. Новинарня (Інтернет-видання). 30.12.2016. URL: <https://novynarnia.com/2016/12/30/viyna-za-veterana-yak-suspilstvo-y-derzhava-boryutsya-za-psihologichnu-adaptatsiyu-uchasnikiv-ato/>
23. Медведенко Л. УБД, учасник війни, особа з інвалідністю внаслідок війни: відмінності між статусами. Армія Inform (Онлайн-медіа Міністерства оборони України). (14.07.2023) URL: <https://armyinform.com.ua/2023/07/14/ubd-uchasnyk-vijny-osoba-z-invalidnistyu-vnaslidok-vijny-vidminnosti-mizh-statusamy/>

24. Мельниченко А. «Кохана, я вдома!» Як вижити бійцю після війни. Життя після АТО (Інтернет-ресурс). 04.02.2018. URL: <https://life-after-ato.com.ua/post/273>
25. Мінсоцполітики та Міноборони успішно реалізували пілотування програми соціальної підтримки для військовослужбовців і їхніх близьких. Урядовий портал (Інтернет-сайт органів виконавчої влади України). 19.04.2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/minsotspolityky-ta-minoborony-uspishno-realizuvaly-pilotuvannia-prohramy-dekompresii-ta-sotsialnoi-pidtrymky-dlia-viiskovosluzhbovtziv-i-ikhnikh-blyzkykh>
26. Модель центру відновлення психічного здоров'я для постраждалих від війни: ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України» // К. Возніцина, Т. Сіренко, М. Грудій. Київ, 2023. 173 с.
27. Національна служба здоров'я України. (26 квітня 2024). Законодавче регулювання роботи соціальних працівників мультидисциплінарних реабілітаційних команд [Відео] Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=Sh_XEWDC5JE
28. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2023. 164 с. 2е видання, доповнене. Загальна редакція: К. Возніцина, Л. Литвиненко.
29. Оксана Жолнович розповіла про проекти реабілітації та соціального супроводу для ветеранів, військових та їхніх родин. Міністерство соціальної політики України (Інтернет-сайт). 11.07.2023. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/22952.html>
30. Опис проекту «Помічник ветерана: дорожня карта для громад, кандидатів та родин Захисників і Захисниць». Міністерство у справах ветеранів України (Інтернет-сайт). 30.06.2023. URL: <https://mva.gov.ua/ua/pomichnik-veterana/opis-proyektu>

31. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
32. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К.: Наш формат, 2017. 1068 с.
33. Пацієнтів, які проходять реабілітацію, забезпечать допомогою соціального працівника. Міністерство охорони здоров'я України (Інтернет - сайт). 20.09.2023. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/pacient-iv-jaki-prohodjat-reabilitaciju-zabezpechat-dopomogoj-socialnogo-pracivnika>
34. Пивоваров С., Спірін Є. ПТСР відомий з прадавніх часів, його описував Шекспір і досліджував Фройд, солдатів із ним цькували як боягузів, але в 1970-х на допомогу прийшли феміністки. Згадуємо історію вивчення цього розладу. Бабель. 02.03.2023. URL: <https://babel.ua/texts/91098-ptsr-vidomiy-z-pradavnih-chasiv-yogo-opisuvav-shekspir-i-doslidzhuvav-freyd-soldativ-iz-nim-ckuvali-yak-boyaguziv-ale-v-1970-h-na-dopomogu-priyshli-feministki-zgaduyemo-istoriyu-vivchennya-cogo-rozlad>
35. Портрет ветерана: вересень – жовтень 2023 року. Український ветеранський фонд (Інтернет-сайт). URL: <https://veteranfund.com.ua/analitics/portrait-of-veteran/>
36. Посібник з інклюзивності осіб з інвалідністю в операціях з надання гуманітарної допомоги, що фінансуються ЄС. Лютий, 2019. URL: https://ec.europa.eu/echo/files/policies/disability_inclusion/doc_echo_og_inclusion_ukr_liens_bd_ua.pdf
37. Постанова КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» №1268 від 3 листопада 2021 року. Редакція від 06.04.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-p#n262>
38. Презентація пілотного навчального проєкту «Система підтримки та супроводу ветеранів у громадах». УКРІНФОРМ (Інформаційне агенство). 17.02.2023. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric->

- presshall/3670854-prezentacia-pilotnogo-navcalnogo-proektu-sistema-pidtrimki-ta-suprovodu-veteraniv-u-gromadah.html
- 39.Результати дослідження «Оцінка доступності та задоволеності медичною допомогою в Україні екскомбатантами/екскомбатантками АТО/ООС» (коротка версія). Київ, 2022. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/otsinka-dostupnosti-ta-zadovolenosti-medychnoyu-dopomohoyu-v-ukrayini-ekskombatantamy/kamy-ato/oos>
- 40.Реінтеграція ветеранів в Україні. Національне опитування. Міжнародна організація з міграції (офіційний сайт). 20.10.2022. URL: <https://ukraine.iom.int/uk/resources/reintehratsiya-veteraniv-v-ukrayini-natsionalne-opytuvannya>
- 41.Реінтеграція ветеранів з інвалідністю: Методичний посібник. Київ, 2022. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/reintehratsiya-veteraniv-z-invalidnistyu>
- 42.Соціальні політики щодо ветеранів, людей з інвалідністю та пенсіонерів // Ю. Сачук, М. Звягінцева, І. Федорович та ін. URL: <https://uareforms.org/pages/new-page-657>
- 43.Соціальні послуги для ветеранів та ветеранок у громадах: виклики та потреби // Н. Ломоносова, А. Хелашвілі, Ю. Назаренко. Київ, 2024. URL: <https://cedos.org.ua/researches/soczialni-poslugy-dlya-veteraniv-ta-veteranok-u-gromadah-vyklyky-ta-potreby/>
- 44.Соціальний супровід військових та їх родин: уряд підтримав пілотний проєкт Мінсоцполітики. Міністерство соціальної політики України (Інтернет - сайт). 03.10.2023. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/22952.html>
- 45.Субсидія та пільга: що спільного та в чому різниця? Урядовий портал (Інтернет-сайт органів виконавчої влади України). 12.10.2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/subsydiia-ta-pilha-shcho-spilnoho-ta-v-chomu-riznytsia>

46. Шлях ветерана. Візуальне зображення досвіду ветеранів АТО / ООС. Вересень 2019 – листопад 2020. Veteran Hub. Листопад 2020. URL: <https://drive.google.com/file/d/1IUE3DIdxl4sEOupx2SSmPUjVG1zgA5kv/view>
47. Шлях ветеранів та ветеранок: Дослідження про досвід війни і повернення до цивільного життя. Veteran Hub. URL: <https://drive.google.com/file/d/1gSlkhpMoJHDFNgO6FV0o-убоA99ieq6a/view>
48. Якісна міжсекторальна взаємодія – ключовий елемент побудови ефективної системи соціальної підтримки військовослужбовців та ветеранів, – Наталія Кавецька. Міністерство соціальної політики України (Інтернет - сайт). 09.08.2023. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/23007.html>
49. Jones, Edgar. Historical Approaches to Post-Combat Disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 361, no. 1468 (2006): 533 – 542. doi:10.1098/RSTB.2006.1814
50. Veteran Reintegration Program (Analytic Report July 14, 2021). URL: [https://www.irex.org/sites/default/files/IREX_Female%20Veterans\(3\)_11.pdf](https://www.irex.org/sites/default/files/IREX_Female%20Veterans(3)_11.pdf)
51. Voices From Pavlivka. Text by Ellen Barry // The New York Times Magazine (3MI). March 14, 2023. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2023/03/14/magazine/ukraine-soldiers-psychiatric-hospital.html>
52. Державний заклад «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна». Методичні матеріали.

Посадова інструкція

для соціального працівника ДЗ Госпіталь ветеранів війни « Лісова поляна»
МОЗ України

Цільова група проекту: учасники АТО, ВПО, військові та цивільні особи, що перебували в полоні та потерпіли від катувань, а також члени їх родин.

Географія проекту: м. Київ, м. Дніпро.

Опис посади:

Надання соціальних послуг клієнтам в рамках виконання проекту.

Основні завдання соціального працівника проекту:

- Здійснення первинної оцінки потреб пацієнтів з числа ветеранів, осіб, що зазнали катування, розробка індивідуальних планів для роботи з випадком, визначення пакету необхідних соціальних послуг для пацієнта та членів його родини.
- Надання послуг з соціальної адаптації ветеранам, жертвам тортур, звільненим з полону під час походження курсу медико-психологічної реабілітації: допомога в аналізі життєвої ситуації, визначенні основних проблем, шляхів їх вирішення, складання плану виходу із складної життєвої ситуації після завершення курсу медико-психологічної реабілітації; залучення отримувача до вирішення власної ситуації.
- Надання послуг соціальної інтеграції та реінтеграції ветеранам, звільненим з полонену, жертвам тортур: надання інформації з питань соціального захисту; представництво інтересів; допомога в оформленні документів; допомога в працевлаштуванні.
- Надання послуг соціального супроводу пацієнтам з числа ветеранів, звільнених з полону, осіб, що зазнали тортур та членів їх родин: обстеження умов життя, організація надання медичних послуг,

оздоровлення, гуманітарної допомоги за рахунок переадресації клієнта до партнерських організацій.

- Налагодження результативного партнерства з представниками соціальної сфери державної форми власності, центрами зайнятості, закладами охорони здоров'я, освіти, культури для задоволення потреб клієнтів.
- Здійснення супроводу в оформленні документів для отримання державних соціальних виплат та допомоги, субсидій;
- Організація та проведення навчань, семінарів, тренінгів, вебінарів згідно з планом реабілітаційної програми госпіталю для вирішення питань соціальної підтримки.
- Формування та подання звітної інформації щодо реалізації плану проекту на кожен календарний місяць.
- Оформлення робочої документації.
- Прийняття активної участі в робочих зустрічах мультидисциплінарної команди госпіталю.
- Здійснення кейс-менеджменту складних випадків пацієнтів госпіталю з числа ветеранів, звільнених з полону, жертв тортур.

Основні вимоги:

Освіта за освітньо-кваліфікаційним рівнем спеціаліст, бакалавр за спеціальностями «Соціальна робота», «Соціальна педагогіка», «Соціологія» або сертифікат про проходження відповідного навчання.

- Досвід роботи за фахом не менше 3 років.
- Досвід роботи з клієнтами, що мають симптоми посттравматичного розладу.
- Орієнтація в сучасних видах соціальних послуг, здійсненні ведення випадку (онлайн та офлайн).
- Володіння методикою кейс-менеджменту у складі мультидисциплінарної команди.

- Дотримання Етичного кодексу соціального працівника.
- Досконалі навички командної роботи.
- Вміння встановлення контактів та представництва інтересів клієнта.
- Досконалий користувач ПК.