**РОЗДІЛ 1. Засоби психологічної реабілітації військовослужбовців**

**1.1 Контузії, їх механізм фізичного та психологічного порушення**

 Нажаль на сьогодні активні бойові дії – наша буденність. Вже більш ніж три місяці потік внутрішньо переміщених осіб не зменшується. Важливо розуміти, що більшість людей, які їдуть звідти, в більшості мають різні психологічні трамви. Якщо ці травми не знаходити та не виправляти, це може значною мірою вплинути на здоров’я нації. Психологічні травми можуть не бути помітними одразу, але в подальшому стовідсотково вплинуть здоров’я людини та її оточення. Перше що можна помітити в людини яка безпосередньо знаходилась в зоні бойових дій, це контузії різної важкості. Нейротравму можуть отримати як військові, так і цивільні люди, які опинились у зоні бойових дій. Під бойовою нейротравмою розуміють ушкодження центральної нервової системи (бойова черепно-мозкова травма, травматичне ушкодження головного мозку (Traumatic Brain Injury - TBI за номенклатурою НАТО), травматичне ушкодження хребта та спинного мозку (Spinal Cord Injury - SCI) та ушкодження периферичних нервів. Ушкодження можуть бути як первинні, так і вторинні. Втім, коли ми починаємо говорити про контузію чи контужених, часто від цивільних медиків можна почути таке: «А такого діагнозу не існує…» І частково вони праві: Десята міжнародна класифікація хвороб (Х-МКХ), ставить знак рівності між контузією та струсом головного мозку. Саме контузія складає понад 80 % серед всіх бойових ушкоджень голови і носить неофіційний титул «автограф війни». Отже, тема не нова, але так мало досліджена в українському сьогоденні, хоча бойова нейротравма в сучасній війні складає понад третину всіх поранень. З власного досвіду: зі скаргами звертаються не тільки ті, хто підривався на міні, а також артилеристи, кулеметники, та всі, хто на власному досвіді під час служби зазнав, що таке постійний потік інтенсивних вібрацій.
 За механізмом ушкодження мозкову травму поділяють на первинну (внаслідок дії вибухової хвилі), вторинну (фокусовану — внаслідок дії снарядів, що ушкоджують (кулі, осколки, вторинні снаряди) та третинну (внаслідок внутрішньочерепного зрушення мозку при падіннях, ударах головою до поверхні).

Симптоматика контузії залишає можливість жити та воювати: провідні симптоми зникають протягом 7–21 днів, головний біль «списується» на інші фактори (погода, похмілля). Психоемоційні та поведінкові розлади виникають у віддаленому періоді та «списуються» на характерологічні особливості чи алкоголізацію. Механізм контузії є замкненим колом процесів, що відбуваються одразу після дії ушкоджуючого фактора на черепну коробку пацієнта. При цьому головний мозок, як субстанція, що нагадує міцні драглі (холодець, желе), починає рухатись всередині мозку з запізненням у порівнянні з рухом черепу, при цьому стінки черепа немов стають вторинним ушкоджуючим фактором. Далі запускається каскад реакцій: Через неоднорідність структур мозку («старий мозок» — стовбур, гіпоталамус, мозолисте тіло більш щільні, кора більш «м’яка», більш рухома) відбуваються розриви аксонів (відростків нервових клітин). Такі розриви призводять до первинної загибелі нейронів. При розривах синапсів (нервових з’єднань) відбувається вивільнення медіаторів, біологічно-активних речовин, що мають властивості токсинів для нейронів. Виникає вторинне ушкодження нейронів. Виникає посттравматичне запалення мозкової тканини, набряк, що призводить до зниження кровопостачання, кисневого голодування нервових клітин та третинного ушкодження. Далі коло замикається. Максимальна загибель нейронів спостерігається через 5–6 годин після отримання травми. Особливою, специфічною формою віддалених ускладнень травматичного ушкодження головного мозку є постконтузійний синдром, який проявляється переважно розладами вегетативної нервової системи (запаморочення, збліднення/почервоніння обличчя, оніміння кінцівок тощо) та порушеннями в психоемоційній сфері (роздратування, апатія, підвищена збудливість тощо), що також не сприяє повноцінному соціалізованому функціонуванню військовослужбовця чи ветерана. Важливо наголосити, що «контузити» може будь-кого (зі втратою свідомості та втратою пам’яті на події), але віддалені прояви у вигляді постконтузійного синдрому з ознаками неминаючої/наростаючої втрати слуху/зору, головних болів, зниження когнітивних процесів) можуть проявитись далеко не в усіх. Вони є приблизно у третини всіх, хто зазнав контузії. Саме тому важливо спостерігати цю проблематику у часових проявах. Встановити діагноз може та має право виключно лікар! Самостійне діагностування в себе симптомів, що можуть збігатись з описами хвороби, нівелювання значущості наслідків може призвести до втрати дорогоцінного часу, який можна використати, довірившись фахівцеві.

Симптоматика контузії залишає можливість жити та воювати: провідні симптоми зникають протягом 7–21 днів, головний біль «списується» на інші фактори (погода, похмілля). Психоемоційні та поведінкові розлади виникають у віддаленому періоді та «списуються» на характерологічні особливості чи алкоголізацію. Механізм контузії є замкненим колом процесів, що відбуваються одразу після дії ушкоджуючого фактора на черепну коробку пацієнта. При цьому головний мозок, як субстанція, що нагадує міцні драглі (холодець, желе), починає рухатись всередині мозку з запізненням у порівнянні з рухом черепу, при цьому стінки черепа немов стають вторинним ушкоджуючим фактором. Далі запускається каскад реакцій: Через неоднорідність структур мозку («старий мозок» — стовбур, гіпоталамус, мозолисте тіло більш щільні, кора більш «м’яка», більш рухома) відбуваються розриви аксонів (відростків нервових клітин). Такі розриви призводять до первинної загибелі нейронів. При розривах синапсів (нервових з’єднань) відбувається вивільнення медіаторів, біологічно-активних речовин, що мають властивості токсинів для нейронів. Виникає вторинне ушкодження нейронів. Виникає посттравматичне запалення мозкової тканини, набряк, що призводить до зниження кровопостачання, кисневого голодування нервових клітин та третинного ушкодження. Далі коло замикається. Максимальна загибель нейронів спостерігається через 5–6 годин після отримання травми. Особливою, специфічною формою віддалених ускладнень травматичного ушкодження головного мозку є постконтузійний синдром, який проявляється переважно розладами вегетативної нервової системи (запаморочення, збліднення/почервоніння обличчя, оніміння кінцівок тощо) та порушеннями в психоемоційній сфері (роздратування, апатія, підвищена збудливість тощо), що також не сприяє повноцінному соціалізованому функціонуванню військовослужбовця чи ветерана. Важливо наголосити, що «контузити» може будь-кого (зі втратою свідомості та втратою пам’яті на події), але віддалені прояви у вигляді постконтузійного синдрому з ознаками неминаючої/наростаючої втрати слуху/зору, головних болів, зниження когнітивних процесів) можуть проявитись далеко не в усіх. Вони є приблизно у третини всіх, хто зазнав контузії. Саме тому важливо спостерігати цю проблематику у часових проявах. Встановити діагноз може та має право виключно лікар! Самостійне діагностування в себе симптомів, що можуть збігатись з описами хвороби, нівелювання значущості наслідків може призвести до втрати дорогоцінного часу, який можна використати, довірившись фахівцеві.

Постконтузійний синдром - це неврологічні і психічні порушення, що виникають в пізньому або віддаленому періодах черепно-мозкової травми. Діагностичними критеріями, згідно з МКХ-10, для цієї патології є: А. Історія травми голови з втратою свідомості, що передує появі симптомів максимум на 4 тижні. Б. Наявність 3 або більше з таких категорій симптомів: головний біль, запаморочення, загальна слабкість, втома, непереносність шуму; дратівливість, депресія, тривога, емоційна лабільність; суб’єктивне відчуття зниження концентрації, пам’яті, або інтелектуальні труднощі без нейропсихологічних ознак помітного погіршення (тобто людині важко читати, запам’ятовувати прості речі, вирішувати раніше нескладні для неї завдання); безсоння; знижується толерантність до алкоголю (п’яніє навіть з невеликої дози, чого раніше не спостерігалось). За сприяння Центру травматичного ушкодження мозку Департаменту оборони США, Українською військово-медичною Академією у 2016 р. були проведені дослідження на великому масиві пацієнтів з відповідними скаргами, результати яких презентував від імені колективу дослідників у своїй роботі «Медико-психологічні аспекти легкого травматичного ушкодження мозку (контузії)», полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України Стеблюк Всеволод Володимирович, який, рятуючи поранених в Іловайському «коридорі смерті» також, до речі, отримав свій «автограф війни» у вигляді контузії. В цьому дослідженні було виявлено, що сила проявів симптоматики контузії у вигляді забудькуватості, неможливості згадати певні речі, відчуття занепокоєння, нервово-емоційного напруження знижується протягом перших трьох місяців. Інтенсивність цих проявів наростають при збільшенні терміну перебування в зоні АТО. В період 3–6 місяців після отримання контузії знижується чутливість до шуму та нормалізується апетит. Наведені характеристики мало пов’язані з терміном в АТО. У тих, хто отримав контузію понад 6 місяців тому, починаються відновлюватись сон та знижуються прояви депресії. Кількість симптомів, які залежать від терміну перебування в АТО, а саме порушення сну, висока чутливість до шуму, проблеми зі сном, відчуття депресії та пригнічення наростають у цей період. Тобто прояв фізичних симптомів зменшується (видимі рани загоюються - за аналогією), натомість з’являються психологічні проблеми [4].

Тож можемо зробити висновок про важливість раннього звернення за допомогою, задля недопущення переходу проблеми з фізичної в психологічну область. Якщо не придати гласності данній проблемі, то через декілька років ми гарантовано отримаємо десятки тисяч людей з втраченою працездатністю (хронічна безсонниця, депресії), що звісно негативно вплине на країну в цілому.

**1.2. Використання методик для покращення психологічного стану військовослужбвців**

В даний момент підтримання психічного здоров’я та морального духу носить стратегічний характер. Щоб ефективно боротися з ворогом, солдат має бути здоровим та за мотивованим. Нажаль саме знаходження на фронті, це тяжкий психологічний тягар. Постійні обстріли, смерті навколо, побутові негаразди значною мірою впливають на стан армії.

У військовій історії відомо безліч прикладів виняткової ролі моральнопсихологічного фактора в досягненні перемоги, коли результат бою залежав не від кількісної переваги живої сили, озброєння і техніки, а від моральнопсихологічного стану особового складу. Військовий досвід яскраво підтвердив правило: “Не можна вести в бій війська, які не впевнені в перемозі”. Протягом всієї історії розвитку людства використовувались різні форми і методи впливу на свідомість і психіку військової людини, саме тому в теорії та практиці морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України також неможливо обійтись без аналізу й врахування історичного досвіду формування морально-психологічного стану військ. Ще до нашої ери у Давньому Китаї у філософських вченнях були закладені основи того, що сьогодні називають морально-психологічним забезпеченням. Так, у 206 р. до н. е. у трактаті “Шість таємних вчень” Тайгуна наголошувалось, що полководець повинен мати апарат виховання воїнів, який складався б із чиновників “кігтів та зубів”, “пір’я та крил”, які “відповідають за відбір талановитих та сильних людей, підвищення бойового духу, надихання та піднесення армії, яке розпалює та несе їх на ворога; за залякування дальніх земель...” У давній Греції також розробляли питання пізнання та розуміння значення духовних сил народу й армії в рабовласницьких республіках. Найбільш концентровано виклав погляди з цього питання представник воєнно-теоретичної думки давньої Греції Ксенофонт, який спробував комплексно охарактеризувати деякі моральні фактори, зокрема повагу до старших, витривалість, фізичну та духовну стійкість, одностайність, взаємну підтримку, хоробрість, знання військової справи, обмеження своєї волі, дисципліну та покірливість, особливо необхідні для армії. На особливості пізнання морально-психологічних явищ у військовій справі в ті часи вагомо вплинули праці видатних мислителів: Демокрита, Арістотеля, Платона, Еврипіда, Фукідіда. Суспільно-історична і військова практика рабовласницького суспільства, а також рівень розвитку науки слугували джерелом досить обмеженого підходу до пізнання духовних та психологічних процесів, уявлень про сутність і зміст морального фактора. Сучасники Ганнібала, Цезаря, Олександра Македонського, Чингізхана, дослідники діяльності цих полководців вважали, що їх перемоги – це передусім результат правильного розуміння та використання моральнопсихологічного фактора. Цікавими є дослідження французького воєнного теоретика і практика полковника А. де Піка, який стверджував, що знання людини, її духовних якостей створило римську тактику, визначило успіхи Ганнібала і Цезаря. В епоху феодалізму, особливо на ранніх стадіях його розвитку, не було внесено нічого принципово нового у процес дослідження моральнопсихологічного фактора. Феодальний спосіб виробництва майже не змінив соціально-політичного характеру війн, системи комплектування армії, способів ведення бойових дій. Економічна і політична роздрібненість в епоху феодалізму спричиняла і військову роздрібненість, що відображалось на чисельності військ, які брали участь у війнах та битвах. У багатьох великих битвах, не враховуючи піших воїнів, брали участь від однієї до двох тисяч кінних рицарів. Фактично результат бою визначався індивідуальною підготовкою кожного бійця, високим вишколом рицаря, його бойовою майстерністю. Недооцінювання ролі групового бойового порядку було пов’язане із послабленням уваги до морально-психологічного фактора, дисципліни, організованості, злагодженості. Загальний розвиток науки, виробництва та військової практики вимагав постійного, всебічного усвідомлення структури морально-психологічного фактора, вивчення його впливу на перебіг та кінцевий результат збройної боротьби. Якісно нові умови ведення війн викликали необхідність удосконалення підготовки особового складу. Талановитий військовий діяч, полководець О. В. Суворов (1729–1800) не тільки творчо узагальнив все краще, чого досягла військова наука того часу, а й зробив суттєвий внесок у розвиток системи навчання і виховання військ. Будучи ще командиром піхотного полку, О. В. Суворов сформулював важливе положення, яке стосується підготовки особового складу: “...успіх бою залежить не стільки від кількості солдатів, скільки від їх морального духу”. Суворов вважав, що основною силою на війні є людина з відмінною бойовою виправкою та знанням таємниць “побиения неприятеля”, а також властивими їй високими моральними та бойовими якостями. Суворов зумів набагато глибше, ніж його попередники - мислителі, відобразити складові морально-психологічного фактора. Так, керуючи морально-психологічним станом військ, полководець активно спирався на почуття патріотизму: кожній битві передувала моральна та психологічна підготовка солдатів, якою він займався особисто. У своїй праці “Наука перемагати” Суворов сформулював відомий принцип: навчати війська тому, що необхідно на війні, та визначив, які морально-бойові якості необхідно мати воїну. Поряд із вихованням сміливості, хоробрості, мужності, стійкості, безстрашності полководець відводив значне місце вихованню у воїна ініціативи, кмітливості та впевненості у своїх силах. Суворов був великим майстром формування високого бойового духу військ. Система його виховання базувалась на правильному розумінні головної постаті війни – людини. Суворовські заповіти були продовжені в діяльності М. І. Кутузова (1745–1813), який особливу увагу звертав на формування високого бойового духу військ і зазначав, що “як би не були озброєні війська, вони можуть залишитися безсилими, якщо не будуть пожвавлені бойовим духом, адже війна найпереконливіше довела, що головною зброєю у бою є не що інше як людина, а тому для успіху в бою необхідно мати добре навчений, сильний духом особовий склад і якісно підготовлений командний склад”. Постійне звернення уваги на моральний фактор, проблеми навчання і виховання військ відобразилися лише в наказах, розпорядженнях, інструкціях і настановах і були не стільки теоретичними, скільки повчальними. Це було закономірно для того часу, оскільки військово-наукові дисципліни, у тому числі воєнна педагогіка та психологія, лише зароджувалися. Воєнні теоретики кінця XIX – початку XX ст. аналізуючи зміст і структуру морально-психологічного фактора, з’ясовували вплив його структурних компонентів на бойові можливості військ. У наукових працях цих воєнних теоретиків було зроблено крок до розмежування та визначення моральних і фізичних факторів збройної боротьби. Так, П. О. Язиков висунув ряд думок про основні фактори (називав їх елементами), які впливають на вирішення стратегічних завдань. Розглядаючи теорію стратегії, Язиков поділив фактори на дві частини: “1) вищу, або моральну частину ... яка ґрунтується на моральному і політичному елементах; 2) нижчу, або механічну частину, що ґрунтується на всіх інших елементах, тобто на елементах фізичних. У теорії ці частини мають бути розділені для зрозумілості дослідження. На практиці ці дві частини сукупно впливають на весь хід війни, і тому разом вони досить важливі”. Прогресивні воєнні теоретики минулого, обґрунтовуючи у своїх працях ідею значущості морально-психологічного фактора у війні, не обмежувались загальною характеристикою його структурних елементів, а й розглядали взаємопов’язаність його елементів, робили спроби встановити залежність різних сторін бойової діяльності від моральних сил військ. Наприклад М. П. Міхнєвич зробив спробу визначити вплив бойових втрат на моральнопсихологічний стан військ, широко застосовуючи соціальну статистику, намагався визначити “Коефіцієнт енергії, тобто цифрове вираження стійкості армії у складні хвилини”. У своїх працях О. О. Незнамов мав намір сформулювати деякі принципи управління морально-психологічним станом військ. Значний внесок у розвиток воєнної науки зробив К. Клаузевіц, який всебічно, глибше, ніж його попередники, показав взаємозв’язок моральних і психологічних сил та їх значення на війні [6, с.74]

Важко переоцінити роль капеланів у збройних силах. Якнайменш люди які несуть віру та покаяння під обстрілами, гідні поваги. Як не дивно, можливість вірити, та звертатись до бога у молитвах, у деяких військовх, значно піднімає моральний дух, збільшує впевненість в завтрашньому дні.

Також великий вклад, в моральний стан армії роблять діти, відсилаючи свої малюнки та побажання на фронт, вони мотивують захисників на нові подвиги, заради добробуту наступних поколінь.

* 1. **Проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців**

Психологічне відновлення особового складу після прибуття до пунктів постійної дислокації – здійснюється психологами МОУ та інших взаємодіючих структур за планами відновлення бойової готовності (боєздатності) військових частин (підрозділів). Заходи медико-психологічної реабілітації проводять офіцери-психологи, психологи, медичні працівники, військові психологи зі складу позаштатних груп психологічного забезпечення, у разі потреби та відповідної можливості можуть залучатися представники громадських та волонтерських психологічних організацій та представники духовенства. Метою проведення заходів з психологічного відновлення військовослужбовців після виконання завдань за призначенням (бойових дій) є:

1. Комплексне використання ресурсів органів військового управління, командувань військових частин, медичної та психологічної служб Збройних Сил України, державних, релігійних, громадських та волонтерських організацій для запобігання негативним соціальним, медичним та психологічним наслідкам після перебування військовослужбовців в районі проведення бойових дій.

2. Інформування військовослужбовців та членів їх сімей про особливості адаптації до умов мирного життя та можливостей психологічної, медичної та соціальної підтримки у разі необхідності після виконання завдань за призначенням (бойових дій).

3. Виявлення осіб, що за своїми медичними, психічними та психологічними показниками непридатні (обмежено придатні) продовжити службу в Збройних Силах України.

4. Психологічна допомога та відновлення можливостей військовослужбовців до подальшого виконання завдань за призначенням та мирного життя [8, c.19].

Заходи медико-психологічної реабілітації на етапі відновлення включають:

1. Медичний огляд військовослужбовців та складання списку військовослужбовців, за наявності відповідних показань, для надання поглибленої медичної, наркологічної, психологічної допомоги; сортування військовослужбовців, які постраждали, за регістрами порушення – непсихотичним та психотичним.

2. Психодіагностика поточних психофізіологічних станів військовослужбовців з метою виявлення осіб, які потребують психологічної та/або психіатричної допомоги (виявленням гострих реакцій на стрес, посттравматичних стресових розладів, ознак фізичної і розумової перевтоми, вираженої астенізації, психічної дезадаптації тощо; оцінка наявних адаптаційних резервів для визначення їх подальшої придатності до виконання поставлених завдань).

3. Надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям, які її потребують.

4. Проведення відповідних заходів з виявленими особами: психокорекційних (за умови, якщо психічний розлад ще не сформувався) – зазначеними штатними силами із залученням позаштатних груп; психотерапевтичних (за наявності сформованого психічного розладу) – силами позаштатних груп.

5. Профілактика психологічної деформації особистості військовослужбовців.

6. Оцінювання рівня боєздатності військових частин (підрозділів).

7. Аналіз результатів впливу бойових стресових чинників на морально-психологічний стан військових колективів, що дозволяє здійснювати прогнозування можливості розвитку віддалених наслідків впливу бойового стресу.

8. Надання керівному складу військових частин (підрозділів) узагальнюючих рекомендацій щодо подальшого раціонального використання особового складу під час виконання службових (бойових) завдань з урахуванням поточних психофізіологічних станів військовослужбовців.

9. Проведення індивідуального консультування військовослужбовців. Кризове короткотермінове консультування (застосовується при таких кризових станах, як суїцидальний намір, тривожність, ворожість, агресія, спрямована на себе, чи на інших, тощо).

10. Психологічна допомога (консультування) при таких кризових станах, як тривожність, сором, провина, ворожість, переживання втрати, страх смерті, депресія, тощо.

11. Сприяння психосоціальній стабілізації, кращому розумінню себе (своєї ситуації та людей зі свого оточення).

12. Сприяння оптимізації психоемоційного стану, забезпеченню психологічного комфорту у ставленні до самого себе, свого оточення та світу в цілому.

13. Кризове консультування по телефону, в окремих випадках – за місцем проживання (щодо кризових станів, які можуть загрожувати життю, таких як суїцидальний намір, ворожість, переживання, пов’язані з повідомленням про ВІЛ-інфікування, наявність гепатиту, втратою, агресією, спрямованою на себе чи на інших, тощо.

14. Проведення заходів емоційного та психологічного розвантаження. Навчання прийомам емоційного і психологічного розвантаження, саморегуляції й самокорекції (самоконтроль, фізичні вправи, дихальні практики та аутогенне тренування, візуалізація).

15. Бесіди, спілкування, мотивація до активності та позитивного мислення, спрямовані на поліпшення відносин і взаємодії із соціальним середовищем.

16. Формування відповідальності за власну поведінку, навчання продуктивному спілкуванню, яке не принижує інтереси інших – без конфронтації та агресії.

17. Надання допомоги військовослужбовцям в отриманні нових навичок поведінки, нових стилів міжособистісних та внутрішньоколективних відносин.

18. Адаптування до нової життєвої ситуації через активізацію сильних сторін особистості, самореалізацію у військовій діяльності чи творчості, розширення кругозору та світогляду, подолання екзистенціальних проблем.

19. Допомога в зміцненні / відновленні родинних і суспільно корисних зв’язків.

20. Відновлення соціальних контактів, особистісного статусу та соціальної ролі в сім’ї, військовому колективі, референтних групах тощо, втрачених в результаті складних життєвих обставин.

21. Допомога в аналізі проблем сімейного спілкування, виявлення конфліктогенних зон, знаходження альтернативних шляхів виходу та прийняття рішень [8, c. 22].

22. Корекція сімейної ситуації, розроблення заходів, спрямованих на підтримку сім’ї в різних сферах її життєдіяльності.

23. Оцінка ефективності проведених заходів психологічної реабілітації.

24. Направлення військовослужбовців на реабілітацію до лікувальних закладів за наявності відповідних показань.

* 1. **Проведення заходів психопрофілактики, формування груп посиленої психологічної уваги**

З метою диференційованого розподілу заходів психопрофілактики утворюється група посиленої психологічної уваги (ГППУ). За результатами обстеження, наявності повної інформації про особливості поведінки особового складу в районі виконання завдань за призначенням, пережитих ними екстремальних подій, військовослужбовці розподіляються на три групи.

*Перша група* - військовослужбовці без істотних відхилень психічного стану, які зберегли здатність повноцінної соціальної адаптації та працездатність, справляються зі своїми службовими обов’язками, мають нормальні взаємини в сім’ї. Такі військовослужбовці не вимагають пильної уваги психолога, вони здатні виконувати професійні завдання, самостійно справляючись з психологічними проблемами, пов’язаними з перебуванням в районі виконання службових завдань.

 *Друга група* - військовослужбовці, які мають функціональні відхилення, знижений рівень працездатності, відчувають труднощі в повсякденному житті, але зберігають контроль над своєю поведінкою за допомогою значного напруження сил і ресурсів, які потребують проведення реабілітаційних, відновлювальних заходів.

*Третя група* - військовослужбовці, які мають виражені прояви посттравматичної стресової симптоматики, порушення соціальної та професійної адаптації, проблеми в родині, вимагають постійного спостереження. На підставі результатів психодіагностичного тестування, аналізу анамнестичних даних і критеріїв індивідуального клінікопсихологічного обстеження військовослужбовців, повинні бути виділені наступні групи:

1. Психічно здорові особи, які мають стійке психічне здоров’я (СПЗ) і не виявляють в процесі обстеження тих чи інших ознак зниження психічного здоров’я або психоемоційного напруження. В цілому стан їх психічного та фізичного здоров’я характеризується як стан динамічної рівноваги індивіда з навколишнім середовищем, коли всі закладені в його біологічній та соціальній сутності здібності виявляються найбільш повно - і всі життєво важливі підсистеми функціонують з оптимальною інтенсивністю.

2. Особи з ознаками передневротичних розладів за типом психоадаптаційного стану (ПАС). В результаті динамічного спостереження в цю групу потрапляють респонденти, у яких присутні такі фактори ризику, як спадкова схильність до психічних розладів і алкоголізму, стану тривалого психоемоційного напруження, поєднаний вплив ситуаційних психогенних факторів.

3. Особи, які мають власне донозологічні розлади - ПДАС (психодезадаптаційні стани), респонденти, які виявляють “передхворобливі” психічні та психосоматичні порушення, що відрізняються нестабільністю, короткочасністю і фрагментарністю цих проявів. Також присутні такі фактори ризику, як спадкова схильність до психічних розладів і алкоголізму, наявність епізодів вживання наркотичних і психоактивних речовин, стану тривалого психоемоційного напруження, поєднаний вплив ситуаційних психогенних факторів [8, c. 70].

4. Військовослужбовці з ознаками граничного психічного розладу (ГПР). Це військовослужбовці, які мають явні клінічні ознаки психічної патології непсихотичного рівня, що складають так звану “нозологічну групу” граничних психічних захворювань (неврози, неврозоподібні й психопатоподібні стани різного ґенезу, невротичні та приховані “замасковані”, соматизовані депресії, екзогенно-органічні і соматогенно обумовлені нервово-психічні розлади та ін.). Про фактори, що впливають мова піде нижче. Також впливає наявність аномалій і акцентуацій особистості. Дана група розладів передбачає значне зниження або навіть тимчасову втрату працездатності, а особи з ГПР потребують своєчасної висококваліфікованої медичної (психіатричної та психотерапевтичної) допомоги.

**Висновки до розділу 1**

Стабільний психічний стан військовослужбовців, це один з найважливіших аспектів ефективності армії. Яким би добрим не було спорядження, техніка, фізична підготовка, без психологічного благополуччя та вмотивованості це нічого не означає, адже в першу чергу все залежить від людини, та її можливостей. Розуміння цього фактору дає безкрайні можливості для розробки та проведення психологічної реабілітації військовослужбовців. Що в свою чергу має величезний вплив навіть на соціум в цілому. Питаннями комплексної реабілітації займається мультифункціональна команда, на даному етапі найбільша відповідальність падає на психолога. Психолог не тільки займається заповненням стандартизованого інтерв’ю, а й веде бесіду на всіх етапах психологічного дослідження, в ході якої висуває або перевіряє гіпотези про особливості і причини поведінки клієнта. Дані, отримані в ході бесіди, фіксує або сам психолог, або асистент. Психолог також може записувати інформацію після бесіди з пам’яті. Однак, і той, й інший способи фіксації інформації мають свої недоліки. Якщо запис ведеться в ході бесіди, може порушитися довірливий контакт зі співбесідником. У цих випадках допомагає прихований аудіо- і відеозапис, але це породжує етичні проблеми. Запис із пам’яті призводить до втрати частини інформації через неповноту і помилки запам’ятовування, які виникають внаслідок коливання уваги, інтерференції та інших причин. Частина інформації втрачається або спотворюється через те, що психолог іноді не може оцінити деякі повідомлення досліджуваного як більш значущі, а іншими знехтувати. Якщо запис бесіди проводиться вручну, то доцільно кодувати мовну інформацію. Необхідно відзначити, що будь-яка індивідуальна бесіда не повинна зводитися до безпредметної розмови. Вона є цілеспрямованою формою вивчення особистості і вимагає дотримання певних умов проведення. Однією з перших умов високої ефективності бесіди є ретельна підготовка до її проведення. До початку бесіди потрібно чітко визначити основну мету, продумати послідовність постановки запитань, вивчити всю наявну інформацію, в тому числі результати психодіагностичного обстеження. Друга вимога бесіди – її невимушеність. Необхідно потурбуватися про те, щоб бесіда проходила в спокійній і довірчій обстановці, за умови відсутності сторонніх осіб і не переривалася. Всі питання повинні бути простими і зрозумілими, задавати їх потрібно так, щоб вони сприяли розгортанню єдиної цілісної розповіді респондента про себе, свою життєдіяльність.

Бесіда не повинна перетворитися в просте опитування. Попередньо намічені запитання не можуть обмежити зміст розмови, вони - лише основні орієнтири її загальної спрямованості. Разом з тим, доцільно дотримуватися певного плану, особливо психологу-початківцю. Всю отриману інформацію про особливості особистості обстежуваного, свої висновки слід записувати тільки після проведення бесіди. Необхідно пам’ятати, що в результаті бесіди важливо не тільки узнати потрібну інформацію про клієнта, а й забезпечити позитивний психологічний вплив. На завершення бесіди доцільно висловити побажання, дати корисні поради, рекомендації. Бесіда, умовно може мати декілька етапів (від 4 до 7). В ході бесіди локус скарги клієнта повинен бути перекладений з інших на себе. Без вирішення цього завдання досягнення яких-небудь реальних результатів неможливе. Тільки в тому випадку, якщо людина відчуває свою відповідальність за те, що відбувається, вона дійсно прагнутиме змінитися і змінить свою ситуацію, у протилежному випадку вона лише чекатиме допомоги і змін з боку оточуючих.

**РОЗДІЛ 2. Засоби реабілітації**

**військовослужбовців**

**2.1 Масаж та самомасаж як ефективні методи реабілітації**

Масаж ‒ одне з чудових відкриттів людства. Протягом багатьох віків він приносить користь людям: зміцнює їх здоров’я, підвищує життєвий тонус, звільняє від хвороб. Як лікувальний, гігієнічний і косметичний засіб він був відомий стародавнім китайцям, індусам, єгиптянам та іншим народам [5, с. 6].

Вплив масажу на шкіру. Масаж не обмежується очищенням її від злущених клітин епідермісу, пилу, мікробів, покращанням функції сальних та потових залоз. Він підсилює кровопостачання і кровообігу шкірі, стимулює лімфообіг, обмінні процеси, активізує шкірне дихання і шкірно-м'язовий тонус. Внаслідок цього шкіра стає більш пружною, еластичною, щільною, що позитивно впливає на її стійкість до дії несприятливих чинників. З масажу шкіри починаються всі вищезгадані позитивні зміни в організмі, які рефлекторно змінюють функціональний стан органів і систем, в залежності від прийомів, різновиду лікувального масажу, характеру захворювання або травми, загального стану хворого. Вплив масажу на м'язову систему. Дія масаж на м'язову систему полягає у збільшенні скорочувальної здатності, сили і працездатності м'язів, швидкості перебігу відновних процесів у них, нормалізації їх тонусу, розсмоктуванні крововиливів і набряків, прискоренні процесів регенерації; відновленні еластичності м'язів. Основою цих змін є подразнення рецепторів, покращання кровообігу і окислювально-відновних процесів у м'язах за рахунок більшого притоку до них кисню і вилучення продуктів обміну, місцевих і загальних рефлекторних реакцій. Вплив масажу на зв'язково-суглобовий апарат. Цей вплив масажу полягає в тому, що він сприяє поліпшенню еластичності і міцності зв'язок і сухожилок, рухливості в суглобах. Покращуючи кровопостачання суглобів і навколишніх тканин, масаж стимулює утворення і циркуляцію синовіальної рідини, попереджуючи набряк і зморщення суглобових сумок, зміни і пошкодження хрящів. Все це прискорює розсмоктування крововиливів і випотів, допомагає ліквідувати патологічні змінну суглобах і відновити його функції. Вплив масажу на кровоносну і лімфатичну системи. Вплив масажу проявляється, в першу чергу, у розширенні і збільшенні числа функціонуючих капілярів. Кількість розкритих капілярів у 1 мм2 поперечного січення м'язу зростає у 45 разів, а загальна місткість їх - у 140 разів. Швидкість просування крові прискорюється, покращується венозний кровообіг, зменшується периферичний опір. Паралельно з цим йде збільшення кількості витікаючої лімфи з ділянки, що масажується, прискорюється п пересування по судинах, підвищується лімфотоку 6-8 разів. Все це сприяє ліквідації набряків, застійних явищ, покращанню крово- і лімфообігу не тільки у певному місці тіла, але і у віддалених від ділянки масажу тканинах і органах. За рахунок нервово-рефлекторних і гуморальних шляхів регуляції гемодинаміки підвищується кровопостачання серця, активізується його скорочувальна функція, зменшується число застійних явищ у великому і малому колі кровообігу, поліпшується доставка до клітин кисню і поглинання його тканинами, що стимулює окислювальновідновні процеси. Вплив масажу на дихальну систему. Вплив масажу пов'язується як з загально-рефлекторними впливами, які зменшують або збільшують частоту дихання, його глибину, покращують легеневу вентиляцію і газообмін, так і місцевою дією на дихальні м'язи. Масаж інтенсифікує кровообіг в малому колі, сприяє ліквідації застійних явищ у легенях і у зв'язку із загальним підсиленням кровообігу, покращує доставку газів кров'ю. Вплив масажу на обмін речовин. Вплив масажу полягає в інтенсифікації доставки тканинам поживних речовин і кисню, виведення продуктів розпаду і вуглекислого газу, активізації окислювально-відновних і обмінних процесів, вилучення з потом мінеральних солей, а з сечею азотистих органічних речовин. Масаж сприяє швидкому видаленню з організму молочної кислоти після фізичного навантаження. Підсилюючитрофічні і обмінні процеси в тканинах, він прискорює розсмоктування продуктів запалення і стимулює регенеративні процеси, зростання тканин, у тому числі і кісткової Отже, масаж діє на різноманітні системи і органи хворої людини і, що важливо, - цілеспрямовано змінює їх функціональний стан, сприяючи відновленню нормальної діяльності організму. Тому масаж, як ефективний метод функціональної терапії, застосовується при різних захворюваннях і травмах в лікарняному і післялікарняному періодах реабілітації хворих як дорослих, так і дітей. Протипоказання до застосування лікувального масажу у більшості такі ж, як і для ЛФК, але є деякі додаткові, а саме: захворювання і пошкодження шкіри, алергія з висипаннями, запалення лімфатичних судин, гнійний процес, венеричні захворювання. Не роблять масаж живота при грижі, наявності каменів в жовчному і сечовому міхурах, в періоди менструації і вагітності.

В основі механізму впливу масажу на організм лежить складний процес, зумовлений нервово-рефлекторним, гуморальним та механічним впливом. Всі вони між собою взаємопов’язані, так що відокремити практично один від одного неможливо. Пусковим моментом впливу масажу на організм є механічне подразнення, що наноситься тканинам спеціальними прийомами. Різноманітність використовуваних прийомів дає можливість здійснювати вплив від дуже слабкого до надзвичайно інтенсивного. Прийоми масажу, діючи на тканини, викликають збудження механорецепторів, що призначені для перетворення енергії механічного подразнення в специфічну активність нервової системи ‒ сигнали, які несуть інформацію до нервових центрів. Механорецептори розміщені по всьому тілі. До них належать рецептори шкіри та м’язів, що подразнюються дотиком, натискуванням, вібрацією; рецептори внутрішніх органів (інтерорецептори), які збуджуються при зміні тиску на органи і стінки судин. Механічне подразнення, деформуючи капсулу механорецепторів, призводить до зміни проникності її для іонів натрію, що, в свою чергу, сприяє зниженню мембранного потенціалу спокою і виникненню рецепторного потенціалу, який передається на аферентне нервове волокно. У результаті процесів сумації рецепторних потенціалів на нервовому волокні виникає потенціал дії, який у вигляді доцентрових[2 C 60]

(аферентних) імпульсів передається по чутливих шляхах в центральну нервову систему, де аналізується, синтезується в загальну складну реакцію, яка і викликає різні функціональні зміни в організмі. Нервово-рефлекторний механізм впливу масажу на організм є основним, але далеко не єдиним. У літературі описаний гуморальний та механічний вплив масажу на капіляри, трофіку шкіри, газообмін, м’язову систему, функцію суглобів та сухожилково-зв’язкового апарату, серцево-судинну систему, систему дихання, систему травлення та ін. При вивченні механізмів фізіологічного впливу масажу необхідно мати на увазі його комплексний вплив на організм, тобто будь-яке механічне подразнення, що наноситься одним із прийомів масажу, діє як на місці його нанесення, так і завдяки наявності нервово-рефлекторних зв’язків цієї ділянки з центральною нервовою системою, впливає на функціональний стан всього організму. Тому для більш детального вивчення фізіологічного впливу на організм ми розглянемо його вплив на органи та системи і їх функцію окремо, пам’ятаючи про комплексний механізм дії масажу на весь організм [5, c. 8].

Масаж та самомасаж можуть бути застосовані, для покращення загального стану, як при реабілітації, так і безпосередньо на фронті. Простота засвоєння базових прийомів самомасажу, робить його доступним та ефективним засобом у боротьбі з напруженістю м’язів і тд. Масаж може застосовуватись всюди, для покращення крово-лімфо обігу, зняття напруження тощо [1, с. 272].

Навіть сам факт виконання загального масажу, сприятливо впливає на емоційний стан пацієнта, під час сеансу декому вдається ненадовго залишити зовнішні проблеми та розслабитись, що дуже важливо в цей не простий час, аби не допустити емоційного вигорання та спустошеності.

**2.2 Засоби фізичної терапії та праце терапії у реабілітації військовослужбовців**

Працетерапія - лікування працею. Вона націлена на відновлення порушених функцій і працездатності хворих, тобто на досягнення основної мети реабілітації. Працетерапія концентрує у собі досягнення медичної і соціальної реабілітації, у тому числі ЛФК, масажу, фізіотерапії і механотерапії. Основні завдання відновлення працездатності згідно з рекомендаціяліи Комітету експертів ВООЗ (1964) такі: повернути хворому самостійність у повсякденному житті; повернути його до колишньої роботи, якщо це можливо; підготувати хворого до виконання іншої роботи з повним робочим днем, відповідно до його працездатності, або, якщо це неможливо, підготувати до роботи з неповним робочим днем, або до праці в спеціальному закладі для інвалідів, або, нарешті, до неоплачуваної діяльності [7, c. 62].

Реалізація завдань реабілітації буде залежати від характеру ураження або травми, функціональних можливостей хворого, фізичної здатності реалізувати визначені трудові операції, ефективності професійної та попередніх видів реабілітації; кваліфікації, стажу роботи, посади, статі, віку і прагнення хворого робити координованої роботи лікарсько-консультативної комісії, медикосоціальної експертної комісії, органів соціального забезпечення, профспілкових організацій, керівництва підприємств та державних установ.

 Засобом ерготерапії є трудові рухи і різноманітні трудові процеси, а не рухи і гімнастика взагалі. Підбирають їх з урахуванням професії і побутових дій. Вони мають бути відомі хворому, природні та звичайні для нього і повинні втягувати у роботу пошкоджені травмою або хворобою м'язи чи ослаблені за час тривалого ліжкового режиму. Наслідком ерготерапії є цілеспрямована розбудова якогось продукту праці чи то виконання робочого завдання. Це відрізняє, головним чином, ерготерапія та її механізми від ЛФК.

Ерготерапія стимулює фізіологічні процеси, відновлює або збільшує рухомість у суглобах і силу м'язів, покращує координацію рухів, а у випадках залишкових функцій пристосовує і тренує хворого для використання їх з максимально можливим ефектом. При незворотному випаданні рухів трудові операції розвивають постійні компенсації, які заміщують функціональний ефект. Працетерапія с потужною психотерапевтичною дією. Вона мобілізує волю, зосереджує увагу при роботі і її наслідках, відвертає хворого від неприємних відчуттів і думок пов'язаних з хворобою, дає надію на одужання. Праця збуджує психічну активність, направляє її на цілеспрямовану, усвідомлену, результативну діяльність, яка приносить вигоду людині і суспільству.  Єдність розумових,

 фізичних зусиль під час роботи разом з соціальною доцільністю її повертає людині впевненість у своїх силах, робить її повноцінним членом суспільства.

 Показання до застосування ерготерапії: травми і ураження опорно-рухового апарату, ураження м'яких тканин, опіки, контрактури, хірургічні втручання і реконструктивні операції; хвороби серцево-судинної, дихальної, нервової системи, обміну речовин; захворювання в гострій стадії, запальні захворювання в фазі загострення, схильність до кровотечі, злоякісні новоутворення.

 Використовують ерготерапію, у переважній більшості в «реабілітаційних центрах, відділеннях фізичної терапії та ерготерапії лікарень, центрах професійної реабілітації і комбінованих (медичних і професійних) центрах. деяких травм, хірургічних втручань, в педіатрії, можуть призначатися елементи ерготерапії у лікарняному періоді реабілітації.

Комплексне лікування передбачає застосування різноманітних засобів і методів, які націлені на досягнення в напкоротші терміни максимального ефекту. Однак не завжди їх чисельність сприяє скорішому видужанню, нерідко вони можуть  обтяжувати хворого, ставити опір один одному або бути зовсім несумісними. через те в процесі відновного лікування реабілітологу треба знати як поєднуються і яка послідовність використання  засобів фізичної реабілітації, щоб вони доповнювали і підсилювати дію один одного і сполучались з іншими методами лікування.

Лікувальна фізична культура сполучається з усіма засобами фізичної реабілітації і комбінується найбільш часто з лікувальним масажем і фізіотерапією, як у лікарняному, так і післялікарняному періодах реабілітації [3, с. 265]. Для більшості хворих застосовується два типи комбінування цих лікувальних засобів : перший - спочатку провіяться фізичні вправи, потім - масам- і через 30-90 ха - фізіотерапевтична процедура; другий - першою проводиться фізіотерапевтична процедура, через 2-3 год - фізичні вправи і потім -масаж. Під час деяких захворювань вказані засоби фізичної реабілітації комбінують по-іншому. Так. при лікуванні травм і захворювань опорно-рухового апарату та периферичної нервової системи спочатку застосовуються теплові процедури, а потім прогріта ділянка масажується і після цього застосовуються фізичні вправи. У серцево-судинних хворих рекомендується спочатку зробити масаж, через 30-60хв - лікувальну гімнастику. Лікувальний масаж органічно поєднується з фізичними вправами. В процесі його проведення виконуються рухи, властиві для гою чи іншого суглоба. Використовуються пасивні і акцизні рухи, вправи з опором, на розтягнення, розслаблення. Пасивні рухи виконуються масажистом з вихідного положення, яке забезпечує максимальне розслаблення м'язів. Напрямок і амплітуда пасивних рухів визначається анатомічною будовою суглоба і станом його функції. Рухи виконуються повільно, без ривків і силового тиску, не доводячи до болю. поступово збільшуючи амплітуду до максимально можливої. Вона сприятливо діє на м'язи, сумковозв'язковий апарат суглоба, циркуляцію синовіальної рідини, крово і лімфообіг ; добре лікують малорухомість. контрактури, крововиливи, набряки. Активні рухи виконує той, хто масажується. У тих випадках, коли хворий не здатний це зробити, застосовуються активні рухи з сторонньою допомогою. Реабілітолог попередньо розробляє суглоби і м'язи, комбінуючи масаж з пасивними рухами, підбирає полегшені для них умови і вихідні положення і потім разом з пацієнтом робить рух. Під час виконання цих рухів треба враховувати швидке виснаження ушкодженого м’язового апарату і тому форсувати процес відновлення не рекомендується. Вправи з опором вводяться у процедуру масажу з метою впливу на окремі м'язові групи, для відновлення їх функції і зміцнення м'язів. Чинячи опір, реабілітолог повинен слідкувати за зусиллям пацієнта на цю вправу і вносити відповідні корективи. Вправи на розтягнення проводяться з метою збільшення рухливості вкорочених і зморщених м'язів, зв'язок, сухожилок і функціонально вигідного формування рубців та спайок. Виконуються вони хворим, використовуючи силу інерції активних рухів чи з допомогою масажиста, який у кінцевій фазі руху збільшує його амплітуду. Вправи на розтягнення повинні обмежуватись появою болю тому, що він викликає рефлекторно-захисне напруження м'язів і зменшує амплітуду руху. Вправи на розслаблення протидіють скутості і загальмованості рухових реакцій, знімають напругу і стомлення м'язів та підвищують їх еластичність, інтенсифікують кровопостачання і обмінні процеси, позитивно впливають на ЦНС [7, с. 65].

**2.3. Використання технічних засобів реабілітації**

Нажаль важкі травми на війні, це реальність. Люди отримують важкі ураження, які не можливо повністю відтворити. З найочевиднішого це втрата кінцівок, травматична втрата слуху та зору. Рівень розвитку світової медицини поки що не дозволяє відтворити втрачену кінцівку, а може лише частково компенсувати її технічними засобами реабілітації (ортези, протези).

До технічних та інших засобів реабілітації, якими забезпечуються люди з інвалідністю, діти з інвалідністю та інші окремі категорії населення через структурні підрозділи соціального захисту населення, належать:

-протезні вироби (включаючи протезно-ортопедичні вироби (ортези, протези), ортопедичне взуття);

-засоби для пересування (крісла колісні);

-спеціальні засоби для самообслуговування та догляду (допоміжні засоби для особистого догляду та захисту: 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 проти пролежневі та інші);

-допоміжні засоби для особистої гігієни: крісла-стільці, 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 (столи, меблі для сидіння, ліжка, матраци проти пролежневі, перила та поручні, брусся, опори);

-спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією (магнітофони, диктофони, годинники, мобільні телефони для письмового спілкування)[9]

Та все ж недостатньо, просто видати людині те чи інше технічне устаткування. Важливо навчити її повноцінно жити з цим. Протезування людини, не зводится лише до виготовлення та налаштування протезу, перш ніж людина сможе його використовувати, проходять виснажливі тренування, і не лише в фізичному плані. У багатьох людей, які потребують протезування, спостерігаються певні психологічні проблеми. Людині важко змиритись з тим, що їй тепер доведеться якось існувати без частини себе. Тому в купі з фізичними тренуваннями реабілітолог також проводить роботу з психологічної підтримки, аби показати пацієнту, що він зможе займатися нормальною життєдіяльністю не дивлячись ні на що.

**2.4. Принципи фізичної реабілітації, та функції мультифункціональної команди**

Під час проведення відновлювальних заходів потрібно дотримуватися принципів фізичної реабілітації для травматологічних хворих.

*Принцип перший* - своєчасне надання допомоги. Досить часто ендопротезування виконується після складних травм, які не підаються остеосинтезу. Травма - потужний емоційний і больовий стрес, що призводить до розвитку у постраждалих зміни у всіх системах, органах і тканинах (психоемоційному стані, роботі центральної і вегетативної нервової системи, серця і легень, травлення, процесах метаболізму, іммунореактивності, гомеостазі, ендокринних реакціях) та відбувається порушення гомеостазу. Лікування хворих з переломами, особливо шийки стегна має будуватися напринципах невідкладної хірургії, щоб уникнути тромбоемболії. До числа таких невідкладних заходів, крім хірургічних втручань і лікувальних маніпуляцій з приводу розривів внутрішніх органів, шоку, відносяться первинна хірургічна обробка рани, знеболення місця перелому, накладання постійного витягнення, вправлення та співставлення кісткових уламків. Все це попереджає виникнення вторинних ускладнень, усуває больовий синдром і виводить хворого з важкого психологічного стану. Поряд з цим в порушенні функції відіграє роль рефлекторна гіпотрофія м'язів пошкодженої кінцівки і особливо пошкодженого сегмента її, яка зазвичай настає спочатку, вже в перші дні після травми, і є основною причиною зниження скорочувальної здатності, тонусу, сили і зменшення об'єму м'язів при переломах кінцівки. Прогресування рефлекторної гіпотрофії підтримується болем в зоні пошкодження. Нерухомість кінцівки погіршує крово- і лімфообіг, сприяє утворенню набряку, призводить до додаткової гіпотрофії м'язів, остеопорозу кісток і тугорухливості суглобів. Тому не можна обмежуватися лікуванням тільки самого перелому. З перших днів перш за все необхідно дбати про повне відновлення функції кінцівки і працездатності хворого за допомогою засобів фізичної реабілітації.

*Принцип другий* - ранній початок визначається тим, що до і після оперативного лікування виникають ряд ускладнень, багато в чому зумовлених гіпокінезією (тромбофлебіт нижніх кінцівок з подальшою тромбоемболією легеневої артерії, застійні явища в легенях, пролежні та ін.), а також існує небезпека розвитку контрактур. Ранній початок фізичної реабілітації сприяє більш повному і швидкому відновленню порушених функцій, перешкоджає розвитку соціальної і психічної дезадаптації, виникнення та прогресування астенодепресивного стану.

*Принцип третій* - систематичність і тривалість активної фізичної реабілітації. Відновлення обсягу рухів і сили хворої кінцівки проходить від 2-5 місяців в залежності від травми. Систематичність фізичної реабілітації може бути забезпечена тільки добре організованим процесом відновлення хворого.

*Принцип четвертий* - етапність надання допомоги з обов'язковим рішенням мети і завдань поточного періоду.

 *Принцип п'ятий* - комплексність відновлювальних заходів. Фізична реабілітації при ендопротезуванні суглобів може включати наступні методи: лікувальну гімнастику, лікування положенням, механотерапію, лікувальний і лімфодренажний масаж, фізіотерапевтичні методи, ерготерапію та при необхідності інші засоби. Повернення пацієнта до активного способу життя дуже складний процес, а стан інтегрованих пацієнтів в суспільство з усіма наслідками у вигляді побутових, професійних навантажень, психологічних і соціальних проблем може в будь-який час дестабілізуватися. Тому діяльність такої бригади, для реалізації програми відновлення, повинна бути суворо координована.

Мультидисциплінарна команда об'єднує фахівців, які працюють, як єдине ціле з чіткою узгодженістю дій, що забезпечує цілеспрямований підхід до реалізації завдань фізичної реабілітації. В неї входять: лікар травматолог, фахівці різного профілю, в тому числі і фахівці з фізичної терапії, масажист, ерготерапевт, психолог та медична сестра. Вона забезпечує прийняття збалансованих рішень і ведення хворого на багатопрофільній основі: ставить цілі, розробляє індивідуальну програму фізичної реабілітації, здійснює поточне медичне спостереження і проведення комплексу реабілітаційних заходів, визначає необхідність, тривалість, послідовність і ефективність участі кожного фахівця в кожен конкретний момент часу реабілітаційного процесу. Закінчується програма тоді, коли стабілізується фізичний, психологічний і соціальний статус хворого і відбудеться його інтеграція в суспільство [10, с. 46].

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітації забезпечує взаємодопомогу окремих учасників команди. Медична сестра є основною опорою лікаря-травматолога, фізичного терапевта та ерготерапевта. Фахівець з фізичної терапії звертає увагу молодшого медичного персоналу на необхідність правильного позиціонування травмованих кінцівок пацієнта, вчить медичнихсестер правильно переміщати пацієнта у ліжку, коли пацієнт знаходиться на скелетному витяжінні, після оперативного лікування допомагають саджати, ставити і водити пацієнта за допомогою додаткових засобів пересування, бинтувати нижні кінцівки еластичним бинтом, одягати компресійні панчохи для профілактики тромбоутворення - це дозволяє цілодобово забезпечувати правильні підходи до проведення відновлювального процесу для кожного пацієнта індивідуально. Вона несе відповідальність за навчання і контроль: за всіма функціями з самообслуговування, які пацієнт не може виконувати або потребує на будь-яку допомогу для цього. Чи виконує адекватно і безпечно: догляд за шкірою, умивання, чищення зубів, догляд за волоссям, їжа, користування туалетом та інше. Проводить огляд, оцінку і спостереження за фізичним і психологічним станом хворого, прийняття необхідних заходів і своєчасне інформування інших фахівців команди. Постійно надає фізичну і психологічну підтримку [10, с. 46].

*Принцип шостий* - адекватність фізичної реабілітації передбачає складання індивідуальних програм з урахуванням:

 • травми, на яку спрямовані програми відновлення, їх вираженості та індивідуальних особливостей;

• дня фізичної реабілітації;

• перспективи відновлення функції;

• стан серцево-судинної, дихальної, нервової та інших систем;

• віку, статі;

• стану емоційної і когнітивної сфери, психологічних особливостей хворого, його сімейного і соціального статусу.

*Принцип сьомий* – диференційованості методик– припускає адекватне поєднання засобів фізичної реабілітації в залежності від характеру травми і статодинамічних порушень, раціональне поєднання засобів, що враховують особливості оперативного втручання на всіх етапах відновлення.

*Принцип восьмий* – активна участь хворого, його рідних і близьких в процесі фізичної реабілітації. Активну участь хворого його рідних і близьких в процесі фізичної реабілітації, сприяє швидкому відновленню порушених функцій і в більш повному обсязі. Це пояснюється в значній мірі тим, що заняття лікувальною гімнастикою ведуться досить обмежений час і тільки в робочі дні. Фізичний терапевт дає завдання хворому, і від його активності, його рідних багато в чому залежить якість їх виконання, роз'яснює необхідність таких додаткових занять у другій половині робочого дня і вихідних. Велику роль в подоланні гіпоактивності відіграє поведінка рідних і близьких хворого. Крім додаткових занять лікувальною гімнастикою на самих ранніх етапах велика роль сім'ї в навчанні навичкам самообслуговування (якщо вони втрачені): прийняття їжі, особистої гігієни, користування туалетом, одягання. Іноді зустрічається неадекватна реакція по відношенню до хворого з боку близьких в одних випадках спостерігається гіперопіка, попередження кожного кроку хворого, що робить його пасивним, а не активним учасником відновлювального процесу, знижує його самооцінку.

Робота з сім'єю повинна:

• сприяти тому, щоб в ситуації, що змінилася хворий зміг зайняти гідне місце в сім'ї;

• коригувати взаємини родичів з хворим;

• зацікавити членів сім'ї в участі в реабілітаційному процесі.

Головним завданням фізичного терапевта є повне і докладне інформування членів сім'ї про перспективи відновлення хворого і їх роль в процесі реабілітації

*Принцип дев'ятий* – необхідність фізичної реабілітації в колективі. Проходження її разом з іншими хворими або інвалідами формує у пацієнта почуття члена колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний з наслідками травми. Добре ставлення оточуючих додає впевненості в своїх силах і сприяє швидкому одужанню.

*Принцип десять* – використання методів контролю адекватності навантажень і ефективності фізичної реабілітації. Для оцінки кожного з рівнів наслідків травми для кожного суглоба використовується безліч різних шкал і опитувальників, оскільки оцінити ефективність застосовуваних заходів фізичної реабілітації можна лише застосовуючи адекватні заходи оцінки.

*Принцип одинадцять* – повернення хворого або інваліда до активної роботи є основною метою фізичної реабілітації її досягнення робить людину матеріально незалежною, морально задоволеним, психічно стійким, активним учасником громадського життя.

За реабілітацією після протезування слідкує мультидисциплінарна команда:

- Травматолог. Завданнями травматолога в мультидисциплінарної команди є: оцінка тяжкості стану і прогноз ступеня відновлення пацієнта після лікування перелому; контроль за функціональним станом пацієнта, вибір оптимальних методів лікування перелому, рівня і характеру пошкодження, зі щоденною корекцією застосовуваних методик в залежності від динаміки процесу відновлення, адекватне медикаментозне лікування.

- Психолог оцінює установку хворого на відновлення і участь в реабілітаційному лікуванні, враховує особливості психологічного та соціального статусу. Психолог сприяє полегшенню сприйняття і адаптації до інвалідизації, якщо її не уникнути.

- Фахівець з фізичної терапії детально оцінює порушення рухових і чутливих функцій, дає рекомендації по догляду за хворим молодшому персоналу та навчає пацієнта і родичів методам правильного переміщення, вертикалізації і ходьбі, вирішує питання, щодо використання допоміжних засобів. Проводить комплекс лікувальної гімнастики з використанням спеціальних вправ, які дозволяють впливати на конкретні м'язи або групи м'язів, збільшуючи силу і полегшуючи діяльність пацієнта в повсякденному житті. Виконує той чи інший рух за пацієнта або разом з ним. Проводить оцінку результатів фізичної реабілітації в застосування інструментальних методів діагностики, що відображають функціональний стан опорно-рухового апарату, так і активність пацієнта в побуті, а також якість життя.

- Ерготерапевт - допомагає з різними фізичними та психічними порушеннями активно виконувати повсякденні справи, обслуговувати пацієнту себе (одягатися, роздягатися, митися, приймати їжу та інше) брати участь у продуктивній діяльності - грати, працювати, а також проводити дозвілля і бути максимально незалежним у всіх аспектах повсякденному житті. Завдання ерготерапевта спрямоване на максимальну адаптацію людини до навколишнього середовища з втраченими або збереженими функціями [10, с. 45].

Досвід останніх років дає можливість говорити про високу ефективність упровадження активних форм навчання, серед яких найефективнішими танайпоширенішими ми визнаємо тренінг. В. Могильов вважає, що серед труднощів спілкування у ветеранів й інвалідів військової служби є відстрочені реакції на психотравмувальний стрес і особливо той, який стався в бойовій обстановці або в ситуації, яка була пов’язана із ризиком для життя. Саме для того, щоб зняти, або частково послабити труднощі у спілкуванні для військовослужбовців під час проведення реабілітаційних заходів доцільно використовувати тренінг.

Головні переваги тренінгу К. Рудестам пов’язує з наступними чинниками:

– на тренінгу відбувається прийняття цінностей і потреб інших людей;

– існує можливість для отримання ефективного зворотного зв’язку і підтримки від усіх військовослужбовців, які мають спільні проблеми та переживання;

– в тренінговій групі військовослужбовець оточений турботою, має змогу адекватно сприймати своїх колег, користується довірою і сам довіряє, отримує допомогу і може сам таку допомогу надати своїм колегам; – усі учасники тренінгу можуть ідентифікувати себе з іншими, на основі використання сталого емоційного зв’язку, а також під час оцінки власних відчуттів і поведінки;

– групова тренінгові робота може полегшити процес інтроспекції, саморозкриття та самодослідження;

– як метод психологічної допомоги групова робота є більш економічно доступна для військовослужбовців.

У науково-довідковій літературі тренінг розуміють по-різному. Так, у словник сучасної української мови тренінг представлено як тренування, а також спеціальний режим, навчання, виховання, тренування. З точки зору психології – як систематичне тренування або вдосконалення певних навичок і поведінки учасників тренінгу; сукупність психотерапевтичних, психокорекційних і навчальних методів, спрямованих на розвиток навичок самопізнання і саморегуляції, спілкування і міжперсональної взаємодії, 197 комунікативних та професійних умінь. Коло методик, що базуються на різних теоретичних засадах; сфера практичної психології, яка орієнтована на використання активних методів групової психологічної роботи для розвитку психічних властивостей. У соціологічному контексті тренінг (від англ. train – навчати, виховувати) – це спеціальний тренувальний режим, тренування; процес отримання умінь і навичок у певній галузі.

З позиції педагогіки тренінг передбачає «інтенсивне навчання з практичною спрямованістю. На відміну від навчання в рамках освітніх програм, орієнтованого на формування системи знань, тренінг спрямований на розвиток навичок, освоєння учасниками нового досвіду».

Науковці по-різному трактують тренінг. Зокрема, у розумінні С. Макшанова, тренінг – це багатофункціональний метод спеціальних змін психологічних феноменів людини, групи й організації з метою гармонізації професійного й особистісного буття людини.

Особливістю тренінгу А. Осипова визначає цілеспрямоване використання групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи тренера. Доволі креативно представляє тренінг Л. Бондарєва, підкреслюючи, що це «уніфікований процес, спрямований на відпрацювання однотипних і передбачуваних схем поведінки засобами стандартних інструкцій та багаторазового повторення і тренування здобувачів».

 У контексті нашого дослідження цікавими є визначення тренінгу практиками. Так, у розумінні І. Вачкова, тренінг є сукупністю активних методів практичної психології. Його використовують з метою формування навичок самопізнання і саморозвитку. Тренінг, як доводить О. Ситников, являє собою синтетичну антропотехніку, «що поєднує навчальну й ігрову діяльність, яка проходить в умовах моделювання різних ігрових ситуацій». На думку А. Грецова, тренінг – це «група методів розвитку здібностей до навчання і оволодіння будь-яким складним видом діяльності, зокрема спілкуванням». Нам імпонує визначення тренінгу, яке запропонував В. Пузіков. Так, аналізуючи технологію ведення тренінгу, вчений трактує його як будь-яку навчальну програму, або набір процедур, що розроблені з метою отримання кінцевого продукту у вигляді організму, здатного на деяку певну реакцію (реакції) або участь у деякій складній діяльності.

На думку Б. Паригіна, тренінг доцільно віднести до методів групового консультування (group-counseling) через те, що вони передбачають активне групове навчання навичок спілкування і життя в суспільстві: від навчання професійно корисним навичкам до адаптації до нової соціальної ролі з відповідною корекцією Я-концепції та самооцінки. У баченні О. Сороки, тренінг – це «нетрадиційна форма організації навчання, спосіб організації активності його учасників з метою здобуття спеціальних знань, вироблення на цій основі умінь і навичок, необхідних для професійної діяльності».

На думку В. Лефтерова «тренінгові технології – це науково обґрунтована і практично доцільна сукупність знань і засобів проведення тренінгів із персоналом організації, що сприяє високопродуктивному виконанню організаційних цілей і завдань. Це – унікальна соціально-психологічна реальність, що забезпечує соціальний прогрес у постіндустріальному суспільстві».

 Нині, в залежності від мети, завдань, учасників груп, науковцями виокремлено різноманітні види тренінгів. Проте, варто наголосити, що загальноприйнятої класифікації ще не вироблено. До прикладу, за критерієм спрямованості впливів виділяють тренінги формування навичок, бізнестренінги, управлінські тренінги, соціально-психологічні й психотерапевтичні тренінги тощо. За напрямом тренінги поділяють на три основних категорії, а саме: Ғ по-перше, комунікативні тренінги (планування часу, уміння вести переговори, розстановка пріоритетів при вирішенні задач), які позитивно впливають на розвиток індивідуальних ділових якостей людини; по-друге, спеціалізовані або професійні тренінги (менеджмент, маркетинг, логістика тощо) сприяють удосконаленню професійної діяльності; Ғ по-третє, тренінги особистісного зростання (розвиток уваги, пам’яті, лідерських якостей, формування стресостійкості тощо). Їх головна мета спрямована на розкриття потенціалу учасників тренінгу та передбачає формування впевненості у своїх силах, мотивування на нові досягнення.

У нашому розумінні тренінгове заняття має бути націлене на вдосконалення спілкування. Так, у цьому контексті, серед різноманіття тренінгів, В. Пузіков виокремлює такі види тренінгів, як тренінг переговорів та впевненості в собі, тренінг формування команди, тренінг розвитку безконфліктної поведінки тощо. Наголосимо, що в основу цих програм покладено соціально-психологічний тренінг – це «галузь практичної психології, що зорієнтована на використання активних методів групової психологічної роботи для розвитку компетентності в спілкуванні».

На переконання В. Ортинського, саме соціально-психологічний тренінг треба розглядати як своєрідний спосіб «формування знань та окремих навичок у сфері спілкування, а також форм їхньої відповідної корекції через групову практику психологічного впливу, основану на активних методах групової роботи».

 У роботі І. Вачкова зроблено основний наголос на груповому психологічному тренінгу, який передбачає сукупність активних методів практичної психології, що «використовують, по-перше, в рамках клінічної психотерапії при лікуванні неврозів, алкоголізму і соматичних захворюваннях; по-друге, для роботи з психічно здоровими людьми, які мають психологічні проблеми, з метою надання їм допомоги в саморозвитку».

Психологічний тренінг, у розумінні М. Бітянової – це форма активного навчання, що дає змогу людині «самоформувати» вміння та навички будувати позитивні міжособистісні відносини, продуктивну професійну діяльність, аналізувати ситуації зі своєї точки зору і з позиції свого опонента чи партнера, розвивати в собі здібності пізнання і розуміння себе та інших у процесі спілкування та діяльності. Ми повністю підтримуємо О. Євтіхова в тому, що «психологічний тренінг не просто дає змогу виробити і проаналізувати новий досвід, він орієнтує людину на «відчуття себе, свого «Я», дає можливість «доторкнутися» і частково усвідомити в собі те, що зазвичай приховано».

 Тобто на основі участі у психологічному тренінгу людина має змогу відкрити у собі нові можливості для того, щоб вступити в спілкування з самим собою, з тією вирішальною «частиною себе», яка в повсякденному житті частіше не помічається, або відверто ігнорується, тією «частиною себе», яка ховається за зовнішніми масками і ролями. Окрім цього, «психологічний тренінг активізує прагнення учасників до самопізнання і самовдосконалення, даючи можливість бути «скульпторами» власної особистості. Ще одним цікавим видом тренінгу для роботи з військовослужбовцямиучасниками бойових дій є адаптивний тренінг. Ідея цього виду тренінгу виникла у контексті вивчення проблем соціально-психологічної адаптації людини до навколишнього ціннісно-нормативного середовища. Аналізуючи загальну логіку і конкретні технології адаптивного соціально-психологічного тренінгу, О. Кравченко представив його головну сутність та проаналізував особливості.

По-перше, теорія є необхідною ланкою психотерапії, оскільки саме засвоєння військовослужбовцем закладеного в теорії образу людини і несподіване трактування його проблеми ведуть до реабілітації.

По-друге, безумовна пріоритетність особистості людини і зосередження основних зусиль для підвищення її задоволеності від різних сторін життя і сфер соціальної взаємодії.

По-третє, застосування «трифакторної моделі значимості іншого» (за О. Петровським) для структурування суб’єктоб’єктних відносин з різними сферами соціальної взаємодії.

Ця модель екстраполюється, у розумінні О. Кравченко, у вигляді моделі значимості різних сфер спілкування у вигляді наступних показників: А – атракції, Б – влади, статусу влади, Р – референтності, авторитетності. Організація тренінгової роботи з виділенням в особистісному полі світосприймання названих показників, дасть змогу будувати стратегію модифікації поведінки військовослужбовців-учасників бойових дій на особистісно-індивідуальному рівні, а також і на соціально-психологічному рівні.

По-четверте, потрібна наявність чіткого алгоритму адаптивного тренінгу. Саме на цих моментах зосередимося більш ґрунтовніше.

1. Існують потреби військовослужбовців (особистісні й соціальні), що є рушійною силою їхніх спонукань, соціальної активності, що, як правило, конфліктують між собою.

2. Виникає проблема необхідності гармонізувати особистісно-соціальну взаємодію військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях.

3. Розв’язання проблеми за рахунок створення у внутрішньому світі військовослужбовців адекватних механізмів, які дозволяють комфортно будувати взаємини з навколишнім середовищем.

4. Стратегія роботи в межах адаптивного тренінгу безпосередньо охоплює сферу самопізнання і сферу само здійснення, яка відбувається на основі особливостей взаємодії на різних рівнях:

– особистості ↔ загальнолюдської культури; – особистості ↔ ціннісно-нормативного середовища сучасного українського суспільства;

– особистості ↔ ціннісно-нормативного середовища соціального інституту (насамперед професійного, військового);

– особистості ↔ найближчого сімейно-родинного оточення.

5. Випробування різних стратегій адаптивної поведінки.

6. Якісний та кількісний вимір ходу реабілітаційної діяльності у цілому та підведення конкретних підсумків тренінгу:

– самозвіти учасників тренінгу – відчуття психологічного комфорту під час вирішення завдань соціально-психологічної взаємодії;

– експертні оцінки учасників консультативно-методичних груп – оцінка можливостей окремих методик, які використовувалися на тренінговому занятті;

– експертні оцінки психологів, які здійснювали супервізорські функції, щодо релевантності тренінгу задекларованим цілям.

 Варто враховувати той факт, що при розробці тренінгу, що буде використано під час організації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій необхідно враховувати послідовність його структурних елементів, а саме:

1) вступну частину – початок тренінгу, вступне слово тренера, обговорення правил роботи, формування очікувань;

2) основну частину – визначення рівня інформованості та актуалізація проблеми, надання теоретичної інформації, формування практичних умінь та навичок;

3) заключну частину – підведення підсумків та коментування отриманих результатів.

У дослідженні О. Сороки структурні елементи тренінгу представлені дещо по-іншому.

Так, авторка доводить, що тренінг буде більш ефективним, коли матиме такі складові:

1) привітання – знайомство учасників між собою;

2) спільне вироблення правил роботи в тренінговій групі;

3) оголошення теми тренінгового заняття;

4) розминку;

5) основну частину: вступне слово тренера (міні-лекцію, інформаційні повідомлення, інструкції тощо), різноманітні практичні вправи, ігри з подальшим обговоренням і рефлексією;

6) підбиття підсумків роботи – резюме ведучого;

7) прощання.

Організація та проведення тренінгу з військовослужбовцями-учасниками бойових дій передбачає виважену діяльність, яка базується на аналізі невербальної комунікації.

Зокрема, до невербальних форм спілкування відносять характеристику мови (ритм, темп, інтонацію, паузи), а також проксеміку (взаємне розташування, дистанція і пози).

Причому у практичному аспекті було з’ясовано, що найкращим варіантом вважається розташування учасників під кутом від 45 до 90 градусів, що дасть змогу сидіти дуже близько і не тиснути на співрозмовника, в той же час завжди можна зустрітися поглядом і при необхідності доторкнутися до співрозмовника. Доволі вагомими є рухи і жести, за допомогою яких учасники тренінгу можуть висловити своє позитивне чи негативне ставлення до конкретної події. Виокремлюють два типи жестів і рухів: перші – це ті, що описують поведінку, другі – ті, що підсилюють її.

Значний вплив має й міміка, за якою важливо стежити і правильно аналізувати. На основі мімічної реакції можна вчасно змінити чи підкоригувати хід тренінгового заняття. Зоровий контакт також є доволі значним чинником невербальної комунікації під час проведення тренінгу.

Отже, при організації тренінгових занять увага до невербальної поведінки військовослужбовців-учасників бойових дій дає змогу тренеру (ведучому) контролювати і оцінювати поведінку.

Дослідження особливостей комунікативної поведінки інвалідів дало змогу Л. Лабунській виділити характеристики, що перешкоджають налагодженню ефективного спілкування. Вважаємо, що при проведенні тренінгу з військовослужбовцями-учасниками бойових дій тренер повинен враховувати експресивно-мовні характеристики (мову, міміку тощо); соціально-перцептивні явища (помилки у визначенні настрою, стереотипи розуміння іншої людини); види відносин (невідповідність емоційного стану); форми звернення (такт, почуття, ритм); умови звернення (часте звертання).

У нашому баченні з метою більш ґрунтовного розуміння сутності тренінгу доцільно розглянути його специфічні риси, серед яких основними І. Вачков називає такі:

1) врахування принципів групової роботи;

2) психологічна допомога учасникам групи в саморозвитку;

3) наявність більш-менш постійної групи (від 7 до 15 осіб), яка систематично збирається або працює безперервно протягом двох-п’яти днів (так звані групи-марафони);

4) просторова організація (робота в зручному ізольованому приміщенні, де усі учасники сидять у колі);

5) акцент на налагодженні позитивних взаємин між учасниками групи, які відбуваються в ситуації «тут і тепер»;

6) використання активних методів організації групової роботи;

7) об’єктивація суб’єктивних почуттів та емоцій усіх учасників групи, проведення невербалізованої рефлексії;

8) атмосфера розкутості й свободи під час спілкування, налагодження позитивного клімату, який гарантує психологічну безпеку.

У своєму дослідженні ми виходили з тих позицій, що обов’язковими елементами для проведення тренінгів є застосування адекватних принципів. Розглянемо найвагоміші з них.

Наприклад, Г. Бакірова доводить, що до обрання принципів ефективності тренінгу слід підходити дуже виважено та слідкувати, щоб вони:

1) відображали цілі, завдання і методи тренінгу;

 2) характеризували комплекс ефектів, що досягаються за допомогою тренінгу;

3) базувалися на вимірі ефектів тренінгу; 4) використовувалися у якості суб’єктивних оцінок учасників і враховували об’єктивні показники змін у поведінці й діяльності.

У дослідженні А. Осипової виокремлено такі конкретні принципи проведення тренінгових занять:

– принцип активності: усі без винятку члени групи постійно залучаються до ділових ігор, дискусій, виконують тематичні вправи;

– принцип партнерської взаємодії: характеризується рівністю позицій учасників, визнанням цінності іншої людини, прагненням до співпереживання та розуміння інтересів свого співрозмовника;

– принцип безумовного прийняття учасників, який полягає у безоцінювальному сприйнятті одне одного;

– принцип творчої позиції учасників: постійно створюються ситуації, в яких учасникам доводиться проявляти самостійність у розв’язанні завдань, знаходити конструктивні рішення;

– принцип об’єктивізації поведінки: провідним засобом об’єктивізації є зворотній зв’язок, що отримує людина від інших учасників та від тренера, стосовно власної поведінки.

З’ясовано, що ефективність тренінгу залежить від комплексу методів і технік, що використовують під час його розробки. У навчальному посібнику під авторством В. Пахальяна, метод – це «спосіб досягнення мети; система способів, за допомогою яких людина пізнає світ, освоює і перетворює об’єкти дійсності, що містить загальні принципи і конкретні прийоми поводження з тими чи іншими предметами».

 До тренінгових методів відносять різноманітні засоби навчання – ділові та рольові ігри, ситуаційні завдання, семінари, мозковий штурм, групову дискусію, доповідь, інформаційні повідомлення тощо. До базових методів тренінгу традиційно відносять групову дискусію і ситуаційно-рольові ігри.

Так, у роботі І. Вачкова цей список доповнено корекційними, психотерапевтичними та навчальними методами. Цікавою у практичному плані є класифікація тренінгових методів, розроблена І. Вачковим, яка представлена п’ятьма групами, а саме: групова дискусія (структурована, неструктурована; тематична, біографічна, інтеракційна); ігрові методи (ситуаційно-рольові, дидактичні, творчі, організаційно-діяльнісні, ділові та імітаційні ігри); методи, спрямовані на розвиток соціальної перцепції (вербальні й невербальні техніки); методи тілесної терапії; медитативні техніки.

Розглянемо детальніше названі вище методи. Так, групова дискусія – це один із провідних тренінгових методів, що передбачає безперервний, нерегламентований обмін думками, судженнями між військовослужбовцями всередині групи, у ході якого створюється можливість рефлексії своїх неусвідомлених проблем, внутрішніх протиріч, які є причинами труднощів у спілкуванні.

Тематика дискусій у своїй основі підбирається з урахуванням того, щоб вона занурювала в світ проблем життя й діяльності військовослужбовців. Разом з тим, у ході цієї роботи важливий не стільки результат вироблення якоїсь підсумкової точки зору з обговорюваного питання, скільки сам процес участі, у ході якого шліфується техніка комунікації, підбираються індивідуальні способи поведінки в групі.

Використання ігрових методів у тренінгу, у нашому переконанні є надзвичайно продуктивним. Їх можливо застосовувати на першій стадії групової роботи для подолання скутості й напруженості військовослужбовців, безболісного зняття «психологічного захисту». Крім того, ігри можуть бути чудовим інструментом діагностики і самодіагностики, що дасть змогу ненав’язливо, м’яко та легко виявити труднощі у спілкуванні та встановити серйозні психологічні проблеми.

Слід враховувати той факт, що ігри допомагають «закріпити» нові поведінкові вміння й навички, набути нові способи оптимальної взаємодії з іншими людьми. Учасники групи розвивають уміння адекватно сприймати, розуміти й оцінювати інших людей, самих себе, свою групу. У ході тренінгових занять вони отримують вербальну і невербальну інформацію про те, як їх сприймають інші учасники групи, наскільки точно вони сприймають самих себе. При цьому розвиваються вміння глибокої рефлексії, смислової й оцінювальної інтерпретації об’єкта сприйняття. Цікавими у практичному плані є методи тілесно-орієнтованої психотерапії, автором яких вважається В. Райх. Виділяють три основні підгрупи прийомів: робота над структурою тіла (техніка Ф. Александера, метод Фельденкрайза), чуттєве усвідомлення і нервово-м’язова релаксація, східні методи (хатха-йога, тайчи, айкідо). Дамо їм характеристику.

Так, техніка Ф. Александера – це комплекс вправ, що допомагає людям правильно використовувати власне тіло, гармонійно задіювати власні м’язи. В основі цього методу лежить думка про те, що у кожної людини протягом життя виробляються звички неправильного використання свого тіла, що виражається в манері тримати поставу і здійснювати такі рухи, які неминуче призведуть до додаткового надмірного навантаження на опорно-руховий апарат, що є однією з основних причин порушення функціонування організму в цілому. Головна небезпека цих звичок криється в тому, що людина з часом до них звикає і починає сприймати їх як звичайні природні процеси. Ця техніка дає людині можливість насолоджуватися життям так, як вона сама цього хоче, а не так, як дозволяє їй власне тіло, адже незалежно від того, усвідомлює людина це чи ні, стан її тіла є дзеркальним відображенням якості її життя. Метод М. Фельденкрайза не є різновидом лікувальної фізкультури, або масажною технікою, оскільки він передбачає процес навчання, що має терапевтичний ефект. В основі методу покладено науковий підхід і комплексне розуміння функціонування і розвитку нервової системи людини. При роботі з тілом і рухами він перегукується зі східними практиками, проте є більш функціонально-орієнтованим. Роботу за методом М. Фельденкрайза можна здійснювати в двох формах – індивідуальній і груповій. У процесі індивідуальної або функціональної інтеграції тренер-практик допомагає людині по-новому відчути своє тіло, знайти найбільш раціональні способи руху і прояву комплексних функціональних змін на рівні нервової системи (рух використовується як «мова мозку»). Під час групової (уроків усвідомленням через рух або «трансформувальні уроки руху») інструктор голосом скеровує учасників за допомогою спеціально розробленої серії рухів на різні теми. При цьому рухи мають бути м’якими, повільними. Особливим тренінговим методом, який користується популярністю як серед тренерів, так і серед військовослужбовців, є психогімнастика – це ігрові психологічні вправи, використання яких в ході тренінгу носить багатоцільовий характер. Рольова гра – ігровий метод, предметом вивчення якого є закономірності міжособистісного спілкування військовослужбовців.

Кожному з учасників рольової гри пропонується виконати роль відповідно до їхніх власних уявлень про характер і манери поведінки персонажа, а також ситуацію, яку пропонується розіграти за ролями. При цьому інші учасники тренінгу виступають як глядачі-експерти, яким належить обговорити, хто був достовірніше, чия лінія поведінки була більш правильною (адекватною), хто був переконливішим. Після розігрування сюжету проводиться обговорення побаченого (реалізованого в ігровій формі вирішення ситуації). Ще одним методом є релаксаційні вправи – це система прийомів саморегуляції, спрямованих на різні функції організму з профілактичною метою.

У стані релаксації краще використовувати методи аутогенного тренування, що дає змогу активно управляти вищими психічними функціями (наприклад, зміцнювати силу волі, поліпшувати увагу), регулювати частоту скорочень серця, нормалізувати дихальний ритм, зменшувати й навіть знімати больові відчуття, у короткий термін відновлювати духовні й фізичні сили. Окремо хотілося б зупинитися на тренінгових методах, що використовують у роботі з військовослужбовцями, які відчувають страхи – деструктивні емоційні стани, які несуть негативне забарвлення. Зокрема, психологи наголошують, що поруч із негативним соматичним впливом вони, через свій астенічний вплив на емоційно-вольову сферу особистості, ускладнюють виконання професійної діяльності. Будучи за своєю сутністю дезадаптивним астенічним явищем, яке може набувати критичної інтенсивності, професійний страх перешкоджає оптимальному здійсненню суб’єктом професійної діяльності, інколи навіть унеможливлюючи її. Окрім цього, важливим аспектом негативного впливу зазначеного психологічного феномену, на думку О. Скрипкіна, є його сприяння розвитку психічної неспроможності військовослужбовців продовжувати свою фахову діяльність, зокрема, розвитку синдрому професійного вигоряння, що призводить до їх подальшої професійної дискваліфікації. Йдеться про метод систематичної десенсибілізації, розроблений Дж. Вольпе. Сутність цього методу полягає у профілактиці неадаптивної (у тому числі невротичної) поведінки особистості, шляхом виключення страху або тривоги, яке має відбутися через поєднання за часом рефлексу відчування страху й протилежного рефлексу (заспокійливого), тобто реципрокність (взаємне виключення) емоцій.

**Висновки до розділу 2**

Фiзiотерапiя, що у перекладi з грецької означає лiкування природними силами, широко застосовується у комплексi засобiв фiзичної реабiлiтацiї пiд час лiкування рiзноманiтних захворювань та з профiлактичною метою. Важко переоцiнити значимiсть сучасної фiзiотерапiї, у реабiлiтацiї вiйськовослужбовцiв, з найрiзноманiтнiшими травмами та порушеннями. За допомогою комбiнацiї найбiльш пiдходящих методiв та технiчного устаткування, можна досягти вражаючих результатiв реабiлiтацiї. Методика лiкувальної фiзичної культури визначається завданнями, що ставляться перед цим методом лiкування та засобами i формами лiкувальної фiзичної культури, якi пiдбираються для їх вирiшення на етапах реабiлiтацiї. Методика може видозмiнюватись в залежностi вiд загального стану хворого, перебiгу захворювання, рухового режиму, вiдповiдних реакцiй органiзму на фiзичне навантаження, що поступово збiльшується. Величина його залежить вiд характеру, загальної кiлькостi вправ i числа їх повторень, вихiдних положень, темпу, ритму, амплiтуди рухiв, складностi i ступеня силових напружень, iнтенсивностi фiзичних вправ, щiльностi i тривалостi занять, емоцiйного рiвня їх проведення Застосовуючи фiзичнi вправи, слiд дотримуватись основних дидактичних принципiв (свiдомостi i активностi, наочностi, доступностi i iндивiдуалiзацiї, систематичностi i поступового пiдвищення вимог). Особливо ретельно слiд дотримуватись принципу розподiлу навантаження мiж: рiзними м 'язовими групами, чергувати напруження з розслабленням м 'язiв i поєднувати рухи з фазами дихання. Пiд час дихання потрiбно звернути увагу на те, щоби вдих вiдповiдав випрямленню чи прогинанню тулуба, розведенню або пiдняттю рук i моменту найменшого зусилля у вправi, а видих - згинанню тулуба чи нiг, зведенню або опусканню рук i моменту найбiльшого зусилля у вправi. Методика передбачає пiдбiр вправмалої, помiрної, великої i максимальної iнтенсивност i, що залежить вiд рухового режиму, перiоду використання лiкувальної фiзичної культури на етапах реабiлiтацiї. До вправ малої iнтенсивностi вiдносяться рухи невеликих м'язових груп, що виконуються переважно у повiльному темпi, статичнi дихальнi вправи i вправи на розслаблення м'язiв. Фiзiологiчнi зрушення пiд час виконання цих вправ незначнi. У вправах помiрної iнтенсивностi залучаються до роботи середнi i великi м'язовi групи кiнцiвок, тулуба, застосовуються динамiчнi дихальнi вправи, ходьба в повiльному i середньому темпi, малорухливi iгри. При цьому фiзiологiчнi параметри серцево-судинної та дихальної систем вiдновлюються до стану норми через 5-7 хв. Вправи великої iнтенсивностi змушують працювати велику кiлькiсть м'язових груп i виконуються вони у середньому i швидкому темпi. Це, в першу чергу, гiмнастичнi вправи на приладах, з медицинболами, швидка ходьба, бiг, руховi i спортивнi iгри i т.iн. Пiсля виконання цих вправ тривалiсть вiдновного перiоду в показниках частотне серцевих скорочень (ЧСС), артерiального тиску, легеневої вентиляцiї становить бiльше 10 хв. Вправи максимальної iнтенсивностi характеризуються одночасною роботою великої кiлькостi м'язiв, якi виконуються у швидкому темпi, що викликає iстотнi змiни у дiяльностi серцево-судинної i дихальної систем, обмiну речовин. Цi вправи переважно використовуються у реабiлiтацiї спортсменiв.

**Висновки**

1. Узагальнення результатів теоретичного аналізу дало можливість розкрити загальні підходи до трактування основних понять дослідження. У соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров’я людини, її соціального статусу, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до складної ситуації. У медичному розумінні реабілітація спрямована на відновлення фізичних і духовних сил людини, її професійних навичок. У вузькому сенсі реабілітація означає відновлення здоров’я, а у широкому розумінні передбачає покращення фізичного та функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками. Реабілітація є системою наукової та практичної діяльності, спрямованою на відновлення особистісного та соціального статусу військовослужбовців через комплексний вплив на їх особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів.

2. Представлено реабілітацію військовослужбовців як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення їх здоров’я, психоемоційного стану, працездатності, покращення процесу соціалізації та адаптації до умов мирного життя. Встановлено, що їх реабілітація передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічної, медичної/фізичної, соціальної та педагогічної, які можуть поєднуватися між собою, утворюючи нові підвиди (соціально-психологічну, соціально-педагогічну, медико-психологічну, професійно-психологічну тощо) в залежності від об’єкта реабілітації, його психоемоційного стану, факторів та умов, що впливають на проведення реабілітаційних заходів.

3. Визначено загальнонаукові принципи при проведенні реабілітаційних заходів із військовослужбовцями, а саме принципи комплексності, наступності, етапності, послідовності, безперервності, диференційованості. Встановлено спектр та досліджено ефективність специфічних засобів фізичної терапії та ерготерапії й принципів організації реабілітаційної діяльності, пов’язаних із певним видом реабілітації. Обґрунтовано можливості засобів фізичної терапії та ерготерапії у реабілітаційній діяльності військовослужбовців, що брали участь у бойових діях.

Встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації високоефективними є різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні з виокремленням алгоритму структурних елементів, специфічних рис, принципами і правилами проведення, комплексом методів (вербальні й невербальні техніки, методи тілесної терапії) і технік (активного слухання, інформаційні техніки, медитативні техніки).

Особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних взаємин та усунення емоційних розладів у сім’ях військовослужбовців, які повернулися після виконання бойових завдань до мирного життя. Увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної психотерапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне консультування, групову психотерапію.

4. Обґрунтовано систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців та розроблено графічну модель її реалізації. Для дослідження процесу організації комплексної реабілітації військовослужбовців було реалізовано системний підхід, що передбачав розробку відповідної системи та експериментальну перевірку її дієвості.

Розроблена система реалізувалася через взаємопов’язані блоки, які забезпечили основу для її організації та впровадження: методологічний мета, моделі реабілітації, методологічні підходи (системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний) і принципи (загальнонаукові та специфічні для кожного виду реабілітації); змістовий – реабілітаційні установи різного рівня, профілю, та функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної/фізичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, забезпечуючи здійснення реабілітаційних заходів; процесуальний – технологія реабілітації військовослужбовців, що передбачає етапи (діагностувальний, розробка індивідуальної програми реабілітації, робочий, післяреабілітаційний супровід); результативний – компоненти (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості (низький, середній, достатній, високий) і результат – позитивна динаміка реабілітованості військовослужбовців.

Надані за результатами дослідження рекомендації передбачають ознайомлення фахівців мультидисциплінарної команди з системою комплексної реабілітації військовослужбовців з відповідним розподілом функціональних обов’язків.

**Список використаної літератури**

1. Біла Н.А. Лікувальна фізкультура і масаж: Навчально-методичний посібник для медичних працівників. - 2-ге вид. - М.: Спорт, 2004.
2. Бірюков А.А. Масаж в боротьбі з недугами – Ч.: Спорт, 2001.
3. Васічкин В.І. Довідник з масажу. - М.: Медицина, 1990.
4. Контузії та її наслідки [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу <https://life-after-ato.com.ua/post/972> (дата звернення 29.05.2022)
5. Корольчук А.П. Масаж загальний і самомасаж: навчально-методичний посібник для студентів факультету фізичного виховання і спорту / А.П. Корольчук, А.С. Сулима. – Вінниця, 2018.
6. Морально-психологічне забезпечення у Збройних Силах України: Підручник: у 2 ч. Ч.1. / колектив авторів; за заг. ред.. В. В. Стасюка. – К.: НУОУ, 2012.
7. Основи фізичної реабілітації / Магльований А., Мухін В., Магльована Г. - Львів, 2006.
8. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В.. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017.
9. Технічні засоби реабілітації [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу <https://naiu.org.ua/useful/katalog-tekhnichnikh-zasobiv-reabilitatsiji> (Дата звернення 16.06.2022)
10. Фізична реабілітація при ендопротезуванні органів та суглобів: навч. посібник для студ. спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія» О.О. Глиняна, Ю.В. Копочинська, І.Ю. Худецький; КПІ ім. Ігоря Сікорського. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2020.
11. Алещенко В. І. Військова психологія: ретроспективний аналіз та подальший розвиток. Теорія і практика управління соціальними системами. 2015. Т. 2. С. 46–53.
12. Алещенко В. І. Соціальна політика в Збройних Силах України: проблеми та шляхи їх розв’язання. Наука і оборона. 2005. Т. 2. С. 38– 44. 428
13. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2015 році». К. : НІСД, 2015. 684 с.
14. Ананін В. А. Філософсько-соціологічні проблеми миру, війни та армії. К., 1996. 112 с.
15. Андрощук І. Реалізація системного підходу в навчальному процесі як педагогічна проблема. Проблеми підготовки сучасного вчителя. 2013. Т. 7. С. 8–14.
16. Антипов В.В. Психофизиологическая адаптация к экстремальным ситуациям. М. : ВЛАДОС-пресс, 2004. 173 с.
17. Артеменко С. В. Проблеми соціально-правового захисту військовослужбовців у контексті реформування Збройних Сил України. Актуальні проблеми реформування Збройних Сил та інших військових формувань України. 2006. С. 31–41.
18. Багрій В. Н. Особливості соціально-педагогічної роботи соціального працівника із сім’ями військовослужбовців. Вісник Національного університету оборони України. 2013. Т. 2 (33). С. 7–10.
19. Баранівський В. Соціальна політика держави в Збройних Силах України, її основні напрямки і механізм реалізації. Народна армія. 2003. 9 вересня. (Т. 111). С. 2.
20. Беверли К., Копытин А. Environmental Art Therapy: Working with Found Objects. Исцеляющее Искусство. 2011. – Т. 3. С. 15–21.
21. Бедюк М. В. Особливості реалізації програми «Психологічна допомога бійцям АТО та їхнім сім’ям». Збірник наукових праць РДГУ. 2016. Випуск 6. С. 18–21.
22. Белов В. П., Галкин В. А. Реабилитация: система деятельности и наука. Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л., 1973. С. 12–14.
23. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л. : Наука, 1988. 270 с.
24. Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий: Дис… канд. псих. наук : 19.00.05 / Владимир Васильевич Березовец. М. : РГБ, 1997. 139 с.
25. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. СПб. : Речь, 2006. 248 с.
26. Білий В. Я., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Місце та роль Воєнномедичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. Наука і оборона. 2015. Т. 1. С. 9–14.
27. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж : НПО МОДЭК, 1995. 640 с.
28. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. Вісник НАОУ. К. : Міленіум, 2006. Вип. 2. С. 118–124.
29. Богуславська О. Як не загубитися у розмаїтті тренінгових програм: [Електронний ресурс]: 1 ч. Режим доступу: http://www.b17.ru/article/2704/
30. Бойцов АТО реабилитируют в госпиталях для ветеранов ВОВ. [Электронный ресурс] Вести. 2017. 24 августа. Режим доступа : http://vesti-ukr.com/strana/100279-bojcov-ato-reabilitirujut-v-gospitaljah-dljaveteranov-vov
31. Бондаренко В. В. Надання психологічної допомоги прикордонникам та членам їх сімей як важливий компонент діяльності офіцерів по роботі з персоналом. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: педагогічні та психологічні науки). 2013. Т. 2 (67). С. 282–292.
32. Браун Д. Введение в психотерапию : Принципы и практика психодинамики / Пер. с англ. Ю. М. Яновской. М. : Независимая фирма Класс, 1998. 224 с.
33. Бриндиков Ю. Л. Методологические аспекты использования арттерапевтических технологий в реабилитационной деятельности военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. Modern Science. Moderní věda. Praha. Česká Republika. 2017. Т. 7. Р. 95–101.
34. Бриндіков Ю. Л. Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій. Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи : тези доповідей ІІ Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 7 листопада 2017 р.) : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2017. С. 19–22.
35. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна» / голова редкол. Чайковський М.Є. Хмельницький : ХІСТ, 2018. Т. (1)15. С. 106– 110.
36. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2017. Випуск 2 (41). С. 42–45.
37. Бриндіков Ю. Л. Волонтерство як елемент соціальної роботи. Зб. наук. праць Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / За ред. Л.П. Мельник, В.І. Співака. Вип. XXVІ. Серія: соціально-педагогічна. Кам’янець-Подільський : Медобори-2006, 2016. С. 23–32.
38. Бриндіков Ю. Л. Діяльність капеланів як інструмент забезпечення соціально-психологічних потреб військовослужбовців учасників бойових дій. Актуальні дослідження в соціальній сфері: матеріали десятої Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17 листопада 2017 р.) / гол. ред. В. В. Корнещук. Одеса: ФОП Бондаренко М. О., 2017. С. 96–98.
39. Бриндіков Ю. Л. Ерготерапія як комплекс реабілітаційних заходів у роботі з комбатантом. Ерготерапія як метод реабілітації учасників АТО : матеріали круглого столу (Хмельницький, 22 червня 2017 р.). Хмельницький : ХІСТ Університету «Україна», 2017. С. 13–16.
40. Бриндіков Ю. Л. Загальнонаукові аспекти розробки системи комплексної реабілітації військовослужбовців збройних сил України учасників бойових дій. Педагогічні науки : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXIХ (79). Том 2. С. 201–206.
41. Бриндіков Ю. Л. Зарубіжний досвід реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій. Педагогічні науки : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVІІІ (78). Том 2. С. 195–200.
42. Бриндіков Ю. Л. Зміст та характеристика стрес-факторів, що негативно впливають на психосоматичний стан комбатантів. Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій: матеріали Всеукр. наук. конф. (Дніпро, 24-25 листопада 2017 р.). Частина ІІ. Дніпро: СПД «Охотнік», 2017. С. 294–295.
43. Бриндіков Ю. Л. Ігрові технології : суть, можливості роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій Social Work and Education, 2018, Vol. 4, No 1. P. 112–118.