НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
імені П. Л. ШУПИКА

ГАВЛОВСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР ДАНИЛОВИЧ

УДК: 616.127-005.8-085

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ

Реферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук
в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина
(наукова спеціальність 14.02.03 «Соціальна медицина»)

Робота виконана в Полтавському державному медичному університеті, МОЗ України

Науковий консультант:

Голованова Ірина Анатоліївна, доктор медичних наук, професор, Полтавський державний медичний університет, завідувачка кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою

Офіційні опоненти:

член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор, **КОРНАЦЬКИЙ Василь Михайлович**, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМНУ», заступник генерального директора з науково-клінічної роботи;

доктор медичних наук, професор **МИРОНЮК Іван Святославович**, ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України, проректор з наукової роботи, професор кафедри наук про здоров'я;

доктор медичних наук, професор **ЛЮБІНЕЦЬ Олег Володимирович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, завідувач кафедри громадського здоров'я ФДПО.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Сучасна історія характеризується зростанням міжнародного тероризму і локальних озброєних конфліктів. У зв'язку з цим відзначається постійне збільшення числа учасників бойових дій, для яких воєнні події стали потужними стресом, що призводить до функціональних порушень організму, розвитку соматичних захворювань і виникненню різних патологічних реакцій. Військові дії сьогодні тривають у багатьох країнах і регіонах світу, у тому числі в Африці, Азії, Європі, Південній і Північній Америці та на Ближньому Сході (Boscarino J. A., 2015). З кінця 2013 року в Україні також розпочалися події, що стали безпрецедентною за інтенсивністю та тривалістю психічної травми для українців. З 2014 року Україна, фактично, знаходиться в стані неоголошеної війни із Російською Федерацією, яка, анексувала Крим, а слідом окупувала частину Донецької та Луганської областей. У відповідь на це в східних регіонах України було запроваджено режим антитерористичної операції (АТО), в рамках якого просування ворога було призупинено. В зоні проведення АТО постійно продовжується збройне протистояння, від якого найбільш потерпають військовослужбовці: різноманітні поранення, психологічна напруга, тощо. Ситуація поглиблюється тим, що сучасна «гібридна війна» є несподіваною, небаченою, невідомою, про яку в Україні ніхто не міг уявити (Морозов О. М., 2021). Загроза власному життю, необхідність вбивати, долаючи жорстку заборону на вбивство у цивільному житті, втрата бойових товаришів, загибель мирних жителів – усе це у значній кількості випадків призводить до психічної травми. Головними очікуваними наслідками сучасної гібридної війни є пов'язані зі стресом розлади, у тому числі психосоматичні, які можуть трансформуватися в органічну, коморбідну патологію, а також загострювати наявні психічні й фізичні захворювання. Аналіз наукової літератури свідчить, що для учасників бойових дій характерна поліорганність ураження внутрішніх органів, що формується на тлі посттравматичних стресових порушень (Hom M. A. 2017; Nygaard M. 2017).

Саме тому здоров'я військовослужбовців, як найбільш постраждалої категорії учасників збройних конфліктів, стає сьогодні пріоритетною проблемою та потребує своєчасних та ефективних лікувально-реабілітаційних втручань, що призводить до підвищення необхідності в медичній допомозі постраждалим: в тому числі і реабілітаційної.

У той час як система охорони здоров'я ветеранів США була створена в 1946 році, військові дії, які почалися в Україні в 2014 році, проклали шлях для створення національної системи реабілітації учасників бойових дій 7 (Spelman J.F., 2012; Petrechenko S., Kuryliuk Y., Yuryk O., 2021).

За останні 20 років принципово змінилися світові уявлення про відновлення функцій після пошкодження. Ці зміни досі не втілені в медичну практику в Україні, оскільки вітчизняна система реабілітації не використовує принцип встановлення цілей та індивідуальний підхід. Оцінювальна місія з питань реабілітації ВООЗ (ВООЗ, 2015), яка працювала в Україні в грудні 2015 року, зробила висновок, що в країні відсутня цілісна система реабілітації, як і немає системи професійної підготовки відповідних фахівців. Оцінювальна місія у звіті констатувала, що послуги реабілітації в Україні традиційно надаються у курортному середовищі, а законодавство щодо реабілітації в Україні

фрагментоване й позбавлене координації між уповноваженими міністерствами та організаціями. Крім того, спеціалісти ВООЗ дійшли висновку, що українське кадрове забезпечення реабілітації не досягає світових та європейських стандартів (Бакай А. Є. 2018; Мисула І. Р. 2019).

Тому обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, що є об'єктом даного дослідження, зможе відповісти на виклики сьогодення в оптимізації організаційних заходів щодо відновлення здоров'я ветеранів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Наукова робота виконувалась у межах НДР кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації підходів до управління та організації різних видів медичної допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування галузі охорони здоров'я» (№ держ. реєстрації 0119U102926, термін виконання 2018-2022 рр.), яка є фрагментом НДР Полтавського державного медичногоуніверситету.

Мета дослідження – здійснити медико-соціальне обгрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; впровадити окремі елементи системи в сферу охорони здоров'я України.

Завдання дослідження:

1. Провести системно-історичний аналіз результатів досліджень вітчизняних і зарубіжних науковців з питань реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.
2. Визначити контингент осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту, які є потенційними споживачами реабілітаційних послуг.
3. Здійснити аналіз стану здоров'я учасників АТО, цивільного населення та їх потреб в реабілітаційній допомозі при стрес-асоційованих розладах.
4. Виявити фактори ризику, що асоціюються з виникненням стрес-асоційованих розладів у ветеранів та учасників бойових дій Збройних сил України та побудувати прогностичну модель їх розвитку.
5. Провести аналіз нормативно-правового регулювання організації реабілітаційної допомоги в Україні постраждалим унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.
6. Визначити передумови доцільності створення системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.
7. Здійснити медико-соціальне обґрунтування, розробку системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, впровадити окремі елементи моделі в сферу охорони здоров'я України та створити логічну модель її моніторингу та оцінки.
8. Провести експертну оцінку ефективності системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Об'єкт дослідження: система реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту.

Предмет дослідження: чисельність контингенту учасників АТО, учасників бойових дій, інвалідів війни, зокрема, які перебувають на диспансерному обліку;

захворюваність та поширеність, нозологічна структура розладів психіки та поведінки ветеранів війни, учасників бойових дій, інвалідів війни та населення Полтавської області; клінічні прояви астено-невротичного синдрому, рівні тривожності й депресії, психологічні цінності, перенесений негативний дитячий досвід показники параметрів центральної гемодинаміки, учасників АТО; ставлення учасників АТО й медичного персоналу щодо психологічної допомоги; нормативно-правова база щодо реабілітації учасників АТО; основні характеристики, переваги та недоліки наявної системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; моніторингові показники впровадження системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту з виникненням стрес-асоційованих розладів.

Методи дослідження. Методичний апарат дисертаційної роботи становить комплекс медико-соціальних методів дослідження, що загалом визначає і напрям наукового пошуку, і зміст дослідження в спектрі соціальної медицини.

У дослідженні безпосередньо і в різних комбінаціях використано такі методи наукового дослідження:

- *бібліосемантичний* – для аналізу наукової літератури (вивчено сучасні принципи, світовий досвід і вітчизняні розробки з питання реабілітації постраждалих унаслідок збройних конфліктів, зокрема, з виникненням розладів психіки та поведінки);
- *системного підходу й аналізу* – застосовувався на всіх етапах роботи для вивчення й аналізу різних аспектів надання реабілітаційної допомоги ветеранам війни, учасникам бойових дій, інвалідів внаслідок збройного конфлікту;
- *медико-статистичний* – для статистичної обробки матеріалів дослідження (методи описової й аналітичної статистики для визначення відносних показників, їхніх похибок, вірогідності різниці показників, відношення шансів, регресійний аналіз за Коксом) і визначення ефективності запропонованих інновацій;
- *соціологічний* – для дослідження ставлення учасників АТО й медичного персоналу щодо психологічної допомоги;
- *концептуального моделювання* – для розроблення моделі системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами;
- *організаційного експерименту* – із метою впровадження окремих елементів запропонованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладами;
- *моніторингу й оцінки* – для оцінки індикаторів процесу впровадження окремих елементів системи;
- *експертних оцінок* – для експертної оцінки запровадженої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту із стрес-асоційованими розладамиза окремими елементами.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

здійснено медико-соціальне обґрунтування моделі системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, суттєвими інноваційними елементами якої стали: 1) Центр ветеранів у

підпорядкуванні Міністерства у справах ветеранів, який виконує координаційну функцію в системі реабілітації; 2) лікар для ветеранів, який координує надання медичної допомоги ветеранам війни/учасникам бойових дій в умовах первинної та спеціалізованої медичної допомоги на персональному рівні; 3) мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців, яка безпосередньо надає реабілітаційну допомогу, забезпечує її якість і наступність реабілітаційних заходів на усіх етапах медичної допомоги.

Відмінністю запропонованої системи слід вважати наскрізне поетапне охоплення реабілітацією громадян різного віку з військовим обов'язком захищати Батьківщину (допризовників, призовників, учасників бойових дій і ветеранів війни), з послідовним використанням комплексу превентивних реабілітаційних заходів соціально-освітнього змісту та реабілітаційної психології для дітей та молоді та психологічної, психотерапевтичної, фізичної, соціальної реабілітації учасників бойових дій та членів їх сімей.

У запропонованій системі розмежовані функції між центральними органами виконавчої влади: МОЗ, МЗСУ, МВС, МОН, НСЗУ щодо системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами; розподілені обов'язки між закладами охорони здоров'я, соціальними службами й закладами вищої освіти на регіональному рівні із забезпечення різних напрямів реабілітації; визначена структура виконавчої влади на регіональному рівні, яка забезпечуватиме холістичність системи й координуватиме дії, установлюючи зв'язок між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров'я; визначені рівні реабілітації й відповідні заходи на кожному з них.

Автором встановлені фактори, які негативно впливають на роботу вегетативної нервової системи: чоловіча стать, безробіття. Виявлені чинники негативного дитячого досвіду, які позначаються на виникненні ПТСР. Доведено, що з десятого місяця перебування в зоні АТО в учасника збільшується ризик виникнення ПТСР при умові, що респондент самотній, зазначив фактори домашнього і фізичного насильства, депресії когось із батьків. Уточнено, що з початком АТО на Сході України кількість ветеранів збільшилась, що потребує розширення мережі ЗОЗ, які б здійснювали реабілітацію й визначали маршрут для пацієнта.

Перше місце серед розладів психіки та поведінки у постраждалих внаслідок збройного конфлікту посідає посттравматичний стресовий розлад. За час збройного конфлікту зросли поширеність розладів настрою, невротичних і соматичних розладів, а також захворюваність на тяжкий стрес і порушення адаптації жителів Полтави й області. За шкалою цінностей визначено ідентифікатори ПТСР: особи, які не вважають цінністю здоров'язберігаючі орієнтири.

Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження систем реабілітації постраждалим унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про організацію

реабілітаційної допомоги постраждалим унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що: результати дослідження є підставою для створення якісно нової системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; підсумки дисертаційної роботи дозволяють використовувати в практиці роботи закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу ветеранам війни, учасникам бойових дій, логічну модель моніторингу і оцінки (МІО) індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами; визначено організаційні інструменти для налагодження послідовної реабілітації та взаємозв'язку між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров'я через департамент у справах ветеранів.

Впровадження результатів дослідження в практику проводили на етапах його виконання:

а) на галузевому рівні:

- при розробці інформаційних листів про галузеві нововведення, підтриманих МОЗ і затверджених проблемною комісією МОЗ і Національною академією медичних наук України з соціальної медицини:

1. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я: «Східні госпітальні округи» // Випуск 8 з проблеми «Соціальна медицина». – Підстава: Рішення ЕПК «Соціальна медицина», Протокол №4/2018 від 21.09.2018 р. – Київ. Автори: Ждан В.М., Голованова І.А., Закрутько Л.І., Гавловський О.Д.,Оксак Г.А., Товстяк М.М., Коркішко В.В.
2. Інформаційний лист № 169 – 2019 про нововведення в сфері охорони здоров'я: «Модель фінансування охорони здоров'я України в контексті реформування галузі»/ Голованова І. А., Краснова О. І., Оксак Г.А., Гавловський О.Д., Товстяк М.М., Краснов О.Г., Мислицький О.В. // „Укрмедпатентінформ". – К., 2019. – 4с.;

- авторське свідоцтво про нововведення, науковий твір:

Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір: №89682 «Обґрунтування робочого часу психолога при реабілітації учасників АТО». Автори: Гавловський О. Д., Голованова І. А., Товстяк М. М., Ошурко О. І. Дата реєстрації: 11.06.2019 р.;

б) на регіональному рівні:

- отриманих результатів у навчальному процесі профільних кафедр медичних вишів України: Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 16.03.2021р.), Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (акт впровадження від 17.06.2021 р.), Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (акт впровадження від 24.05.2021 р.), Дніпропетровського державного медичного університету (акт впровадження від 20.03.2021 р.), Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 10.06.2021 р.), Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського (акт впровадженнявід 18.03.2021 р.), Національного медичного університету імені О.

О. Богомольця (акт впровадження від 18.06.2021 р.), Медичного інституту Сумського державного університету (акт впровадженнявід 18.03.2020 р.).

- отриманих результатів у в роботу лікувально-профілактичних закладів: ДП «Санаторій для дітей з батьками «Скадовськ» ПРАТ «Укрпрофздоровниця»(акт впровадження від 18.06.2021 р.), ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 12.05.2021 р.), ДП «Клінічний санаторій «Роща» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 11.07.2021 р.), ДП «Санаторій «Шаян» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 23.07.2021 р.), ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В.Пашковського» ПРАТ «Укрпрофздоровниця» (акт впровадження від 19.11.2021 р.).

Особистий внесок здобувача. **Особистий внесок здобувача**. Автор за погодженням з науковим консультантом визначив тему дисертаційної роботи, самостійно: визначив мету, завдання, обрав методи дослідження, здійснив інформаційний пошук та аналіз наукових літературних джерел за темою дослідження; розробив програму дослідження й структурував її на етапи; обґрунтував вибір напряму й об'єкту дослідження, визначив предмет дослідження, здійснив вибір методичного апарату дослідження, розглянув епідеміологію захворюваності контингенту ветеранів війни, учасників АТО, інвалідів війни в Україні й Полтавській області; дослідив фактори ризику, які впливають на розвиток посттравматичного стресового розладу в учасників збройного конфлікту. Автором розроблені спеціальні карти, куди дисертант викопійовував необхідні дані з матеріалів дослідження. Дисертанту належить ідея медико-соціального обгрунтування та розробки системи реабілітації постраждалих в результаті збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, логічної моделі моніторингу й оцінки індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих в результаті збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Здобувач зібрав первинну інформацію, систематизував й одержав результати дослідження, здійснив статистичний та інформаційний аналіз, зробив висновки й окреслив рекомендації. Здобувачем обґрунтовано систему реабілітації постраждалих в результаті збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, що заснована на зменшенні ризиків ранніх виявів стрес-асоційованих розладів. Здобувач не використовував результати досліджень, а також ідеї співавторів публікацій. Самостійно провів статистичну обробку даних за допомогою програмного пакету Microsoft Office (https://www.microsoft.com/), статистичних пакетів SPSS Statistical Pacage for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0 (https://www.ibm.com/analytics/spss-statistics-software) та статистичного пакету «R» (https://www.r-project.org/).

Апробація результатів дисертації.

Основні положення й результати дисертаційного дослідження оприлюднено й апробовано на конгресах, науково-практичнихконференціях, зокрема:

– на міжнародному рівні:

• IV Міжнародний конгрес громадського здоров'я «Громадське здоров'я в навколишньому середовищі», Вроцлав, Польща, 22-23 листопада 2018 року;

– на державному рівні:

- науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 25 травня 2018 р.;
- науково-практична конференція з міжнародною участю «Медична реабілітація у санаторно-курортних закладах України. Нові технології реабілітації хворих на курортах Європи. Сучасні вимоги в організації СПА комплексів на курортах та досвід використання СПА процедур у медичній реабілітації. Присвячена 140-річчю курорту Моршин». Моршин, 27-28 вересня 2018;
- науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 31 травня 2019 р.;
- науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 29 травня 2020 р.;
- науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 28 травня 2021 р.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 38 наукових праць, з них 5 одноосібних, у тому числі: 4 – у виданнях, що входять до наукометричної бази Web of Science; 4 публікації в іноземних наукових виданнях, що входять до наукометричної бази Scopus, 16 статей у наукових фахових виданнях України, 9 публікацій у журналах, збірках матеріалів і тез з'їздів, конгресів і конференцій (у т.ч. 2 - зарубіжні); видано дві монографії, два інформаційні листи, навчально-методичний посібник.

Обсяг і структура дисертації.

Дисертація викладена на 361 сторінці друкованого тексту і має такі розділи: анотація, вступ, аналітичний огляд наукової літератури, матеріали і методи дослідження, п'ять розділів власних досліджень, висновки, список використаних літературних джерел (423 джерела, з них 260 кирилицею, 163 латиницею). Робота ілюстрована 61 таблицями та 41 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі розкрито актуальність теми дослідження та показано зв'язок із науковими програмами, темами і планами. Висвітлено мету, завдання, об'єкт і предмет, бази, методи наукового дослідження; представлено наукову новизну, теоретичне та практичне значення; наведено інформацію про впровадження результатів дослідження; відображено особистий внесок автора у виконання роботи; представлено інформацію щодо апробації та публікації отриманих результатів.

У першому розділі «*Стрес-асоційовані розлади, як медико-соціальна проблема постраждалих унаслідок збройного конфлікту в Україні та світі*» з погляду військових подій, які відбуваються в Україні, проаналізовано світові та вітчизняні інформаційні ресурси, досвід України та країн світу щодо реабілітації учасників антитерористичної операції, пріоритетності вивчення результатів наукових досліджень епідеміології стрес-асоційованих розладів, факторів ризику їх виникнення й організації системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту в Україні.

Отримані результати підтвердили необхідність проведення комплексного наукового дослідження, спрямованого на наукове обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Другий розділ *«Програма, методи, матеріали і обсяг дослідження»* був представлений спеціальною програмою, яка передбачала виконання роботи в вісім організаційних етапів із використанням адекватних методів соціальної медицини, що дало змогу отримати достатньо повну інформацію для оцінки об'єкту дослідження та досягнення поставленої мети (рис. 1). Така багаторівнева структуризація етапів дослідження забезпечувала системність та послідовність виконання поставлених завдань, результати, отримані на кожному попередньому етапі, ставали логічною основою не тільки для наступних етапів, але й для узагальнення отриманих результатів для досягнення мети дослідження.

На першому етапі було виконано аналіз світових і вітчизняних інформаційних ресурсів Pubmed, Medscape, American Heart Association, the American College of Cardiology, ВООЗ, досвіду України й інших країн, наукових літературних джерел; вивчення результатів наукових досліджень епідеміології стрес-асоційованих розладів, факторів ризику їх виникнення й організації системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту в Україні.

Вивчено та проаналізовано 423 джерела, з них 260 кирилицею, 163 латиницею.

Другий етап присвячений розробці програми дослідження, обґрунтуванню методів розробки й аналізу матеріалів, обсягу дослідження. На цьому етапі складено план дослідження, обрано об'єкт дослідження, обсяг статистичних сукупностей (генеральної, вибіркової), часовий інтервал (2013 – 2019 рр.), види та способи спостереження і збору матеріалів. Під час цього організаційного етапу визначено бази наукового дослідження. Таким чином, розроблено методологію комплексного вивчення проблем реабілітації учасників АТО.

Метою *третього етапу* визначено вивчення чисельності контингенту осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту, які є потенційними споживачами реабілітаційних послуг. У якості матеріалів дослідження на даному етапі використані матеріали Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Центру медичної статистики ДОЗ Полтавської області (127 од.) за 2013-2018 рр., завдяки чому простежено динаміку кількості ветеранів, учасників бойових дій та інвалідів внаслідок бойових дій.

На четвертому етапі проведено аналіз стану здоров'я учасників АТО, які лікувалися в госпіталях Полтавської області, вивчення динаміки психічної захворюваності та поширення депресивних розладів жителів Полтавської області в період збройного конфлікту.

Із застосуванням методу описової епідеміології здійснювали оцінку показників захворюваності, інвалідності учасників АТО, з цією метою застосовували відносні величини, а саме інтенсивний, екстенсивний показники та показники наочності. Під час встановлення їх тренду використовували динамічні ряди: окреслювали темп приросту, завдяки чому вдалося виявити тренд для його опису.

Захворюваність і поширеність депресивних розладів у жителів Полтави й Полтавської області вивчали за новим класифікатором ВООЗ ICD – 11 [334]. За звітною формою 10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки» вивчали такі класи депресивних розладів: F3-39 – розлади настрою (афективні розлади), F40-48 – невротичні й соматичні розлади, F43.0 – захворюваність тяжкого стресу й порушення адаптації.

Оскільки психотравмуючі події впливають не лише на постраждалих від збройного конфлікту, але й на мирне населення, ми розглянули такі питання: динаміка психічної захворюваності й поширеності депресивних розладів серед жителів Полтавської області в період збройного конфлікту; динаміка психічної захворюваності серед учасників АТО Полтавської області.

На цьому етапі дослідження джерелами інформації були: основні показники медичного забезпечення ветеранів війни України (статистичні матеріали) за 2016 - 2018 роки; щорічні статистичні звіти Полтавського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики 2013-2018 роки (127 одиниць).

Виконання *п'ятого етапу* полягало у визначенні факторів ризику виникнення стрес-асоційованих розладів у постраждалих унаслідок збройного конфлікту. Стрес-асоційовані розлади: психічні розлади й розлади поведінки (клас V); гостра реакція на стрес (F43); реакція на важкий стрес і порушення адаптації (F43.0); посттравматичний стресовий розлад (F43.1); депресії, депресивні епізоди (F32); рекурентні депресивні розлади (F33). Визначаючи фактори ризику, ці нозологічні форми розглядали в загальній множині, де особа, якій було встановлено той чи інший діагноз, складала підмножину, оскільки для розділу науки «Соціальна медицина» важливий погляд на здоров'я з точки зору загальної патології, а система реабілітації для них, ураховуючи подібність цих хвороб, буде спільною. На цьому етапі дослідження проводили в КП «Полтавський обласний клінічний госпіталь для інвалідів війни Полтавської обласної ради», КП «Кременчуцький обласний госпіталь для інвалідів війни Полтавської обласної ради», де шляхом викопіювання з медичної карти стаціонарного хворого ф.№003/о вивчали: демографічні (місце проживання), соціальні (сімейний стан, професія, працевлаштованість), біологічні (стать) показники; психо-емоційний стан, як прояв роботи вегетативної нервової системи; рівні тривожності й депресії; психологічні цінності; чинники негативного дитячого досвіду – за допомогою анкетування.

Дані збирали безпосередньо під час контакту з пацієнтами з використанням структурованого опитувальника й історій хвороб пацієнтів.

В основу вимірювань проявів вегетативної нервової системи було покладено показники, які досліджувалися Трад Реда Хасаном: збудливість, дратівливість, апатія, млявість; зниження працездатності; безсоння; гіперестезії, відчуття «грудки в горлі».

Депресію й рівень тривожності діагностували й вимірювали за допомогою кількох опитувальників: Міссісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій; шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI); шкала особистісної й ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера–Ю. Л. Ханіна. Ціннісні орієнтації

вивчали за модифікацією О. Б. Фанталової. Негативний дитячий досвід – Adverse Childhood Experiences (ACE) вивчали за загальноприйнятою методикою ACE.

Для визначення факторів ризику використовували просту логістичну регресію. Ті фактори ризику, які були значимими в простій логістичній регресії, потім вводили у рівняння регресії Кокса, де було враховано час перебування військовослужбовця в зоні АТО. Визначення прогнозованого ризику виникнення стрес-асоційованих розладів до 10 місяців оцінено за допомогою регресії Кокса як вплив на цей ризик незалежних змінних (предикторів).

Для вивчення думки лікарів щодо необхідності психологічної допомоги всім ветеранам, які перебували в зоні АТО, проводили анкетування.

Шостий етап полягав у вивченні нормативно-правового забезпечення організації фізичної, психічної, соціальної реабілітації учасників АТО в Україні.

За допомогою контент-аналізу розглянуто законотворчу базу медичної, психологічної, соціальної й фізичної реабілітації - 48 одиниць відповідних джерел.

На *сьомому етапі* було досліджено передумови необхідності створення системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту. Для вирішення цього завдання наукову роботу виконували двома етапами: якісного й кількісного дослідження. У частині якісного дослідження було проведено фокус-групу з організаторами ОЗ, які працюють у госпіталях: «Полтавський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради»; «Кременчуцький обласний госпіталь для інвалідів війни Полтавської обласної ради»; «Лубенський обласний госпіталь для ветеранів війни Полтавської обласної ради». Ними були висловлені думки щодо переваг, недоліків і основних рис системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами. За результатами проведення фокус групи було побудовано анкету, яку респонденти оцінювали за 5-ти бальною шкалою, після чого проводили факторний аналіз.

Обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами відбувалося на *восьмому, завершальному етапі.*

.

Мета дослідження: Здійснити медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройних конфліктів зі стрес-асоційованими розладами здоров'я

Перший етап: Аналіз світового та національного досвіду щодо епідеміології стрес-асоційованих розладів, факторів ризику їх виникнення й організації системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту в Україні

Матеріали: 423 джерела наукової літератури, нормативно-правової, довідкової, статистичної інформації (з них 163 – латиною, 260 – кирилицею), Інтернет-мережі Medline, Pubmed, Medscape; законодавчі та нормативно-правові документи – 56 од.

Другий етап: Обґрунтування методологічної основи дослідження: формування мети, об'єкту, предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури, змісту й обсягу інформаційних матеріалів

Третій етап: Визначення контингенту осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, які є потенційними споживачами реабілітаційних послуг

Матеріали: дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Центру медичної статистики ДОЗ Полтавської обл. (127 од.) за 2013-2018 рр.

Четвертий етап: Аналіз стану здоров'я учасників АТО за даними госпіталізованої захворюваності. Динаміка психічної захворюваності та поширення депресивних розладів жителів Полтавської області в період збройного конфлікту

Матеріали: дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України Полтавської обл. (127 од.) за 2013-2018 рр.; статистичні матеріали основних показників медичного забезпечення ветеранів війни України за 2016-2018 рр.; звітна форма 10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки» (6 од.)

П'ятий етап: Установлення факторів, що асоціюються з розвитком стрес-асоційованих розладів у осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту

Матеріали: медичні карти стаціонарного хворого ф. № 003/о (296 од.), результати соціологічного опитування (анкетування) 25 лікарів

Шостий етап: Аналіз нормативно-правового забезпечення організації фізичної, психічної, соціальної реабілітації учасників АТО в Україні

Матеріали: законодавчі акти та нормативно-правові документи, що регулюють організацію медичної, фізичної, психологічної й соціальної реабілітації учасників АТО в Україні (48 од.)

Сьомий етап: Визначення передумов створення системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

Матеріали: результати проведення фокус-групи за участі 31 лікаря-організатора ОЗ

Восьмий етап: Обґрунтування, розробка та впровадження окремих елементів оптимізованої системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

Матеріали: результати власного дослідження, дані психологічного тестування (75 од.), анкети експертів (31 од.)

Методи дослідження на етапах: системного підходу – I-VII; описового моделювання – VII; бібліосемантичний – I-VII; експертних оцінок – VII; статистичний – II-VII; організаційного експерименту – VII; епідеміологічний – III-VII

Упровадження: наукові публікації (38 од., з них 16 – у наукових фахових виданнях України категорії «Б», 8 – у виданнях наукометричних баз Web of Science і Scopus, тези в матеріалах наукових форумів (8 од.); акти впровадження (12 од.); монографії (2 од.); інформаційні листи (2 од.); свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір; навчально-методичний посібник

Рис. 1. Програма, матеріали, обсяг і методичний алгоритм дослідження

Методологією створення системи реабілітації послужила модель SADT (абревіатура виразу Structured Analysisand Design Technique– методологія структурного аналізу і проєктування) – це методологія, розроблена спеціально для того, щоб полегшити опис і розуміння штучних систем, які потрапляють у розряд середньої складності.

У рамках проведеного дослідження була методологія, яка найчастіше використовувалася для функціонального моделювання IDEF0 (Function Modeling - методологія функціонального моделювання і графічного опису процесів, призначена для формалізації і опису бізнес-процесів). Сутність структурного підходу полягає в тому, що система декомпозується (розбивається) на функціональні підсистеми до необхідної межі деталізації.

Систему реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами представлено відповідно до вимог методології SADT і її підмножини IDEF0. Надання реабілітації може бути розділене на ряд укрупнених модулів.

Використання цієї методології в охороні здоров’я дозволить виявити проблеми й указати шляхи їх розв’язання.

Імплементація моделі системи відбулася на рівні госпіталів, де за вище зазначеними методиками було оцінено параметри центральної гемодинаміки й виміряно рівні ситуаційної тривожності в учасників АТО за Спілбергером-Ханіним у ветеранів. Після цього лікарями, за запропонованою нами методикою, було проведено мануальне, психологічне втручання на тлі лікувальної фізкультури, а потім повторне вимірювання цих же показників, чим і було доведено медичну ефективність методики.

Запропоновану модель системи було надіслано фахівцям охорони здоров’я, яким треба було оцінити її складові за 10-бальною шкалою, використовуючи запитання анкети. Експертами стали: три головні лікарі й три їхні заступники госпіталів для ветеранів Полтавської області; один головний лікар і його заступник ТМУ МВСУ; п’ять докторів і вісім кандидатів медичних наук за спеціальністю «Соціальна медицина»; шість лікарів-психіатрів, які мають вищу категорію; чотири кандидати медичних наук за спеціальністю «Психіатрія».

Усього 31 лікар.

Було побудовано логічну модель моніторингу й оцінки стрес- асоційованих розладів і розроблено індикатори моделі.

Таким чином, розроблена програма дослідження та обраний методичний інструментарій дали змогу вирішити поставлені завдання, отримати достовірні результати, які стали основою для наукового обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами.

Статистична обробка отриманих даних проводилася наступним чином. Якісні (біноміальні, категоріальні, порядкові) змінні описували у вигляді абсолютних та відносних величин з розрахуванням 95,0 % довірчого інтервалу. Результат надавали у вигляді абс., % [95,0 % ДІ]. Порівняння двох груп за якісною ознакою проводилося за допомогою формування чотирипільних чи довільних таблиць та застосування критерію спряженості χ^2 Пірсона (*Pearson's chi-squared test*) з наданням відповідного значення критерію χ^2. Для визначення ступеню узгодженості думок експертів застосовували коефіцієнт конкордації Кендала

(*Kendall concordance coefficient W*). Критична величина рівня значимості «*p*» в роботі була прийнята 0,05 ($p < 0,05$) з вказанням точного значення рівня вірогідності «*p*» із трьома знаками після коми.

Кількісні показники з нормальним розподілом оцінювали за допомогою критерія Стьюдента, а з ненормальним критерію Манна-Уітні (критерій U).

Введення даних і статистичний аналіз проводилися за допомогою IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0.

У третьому розділі *«Динаміка чисельності та стану здоров'я постраждалих унаслідок збройного конфлікту»* визначали динаміку показників здоров'я. Кількість учасників бойових дій, які перебувають на диспансерному обліку впродовж трьох років, зросла на 42,8%. Стаціонарне лікування ветеранів дозволяє отримати високий рівень спостереження за станом їхнього здоров'я, отож, важливо було відстежити динаміку цієї когорти пацієнтів. Кількість пролікованих учасників боїв зросла у 2,8 раза (темп приросту – 28,0%) завдяки сформованими евакуаційним напрямкам із розгорнутими на них етапами медичної евакуації (рівні медичного забезпечення): один – переважно з Луганської області на Харків; другий – переважно з Донецької області на Дніпро, за місцем надання стаціонарної допомоги відзначилися Харківська і Дніпропетровська області, де перебувала найбільша кількість учасників війни. Відповідно, зросла кількість ветеранів, які перебували в госпіталях. Така кількість пролікованих військових свідчить про потребу подальшої їхньої реабілітації й розширення мережі госпіталів. Водночас, коли кількість ветеранів військової служби зросла на 27,4% загалом в Україні, кількість інвалідів війни зменшилася на 9,5% за рахунок першої та другої груп, разом із тим, третьої – зросла на 16,5%. Проведений аналіз структури інвалідизації в Полтавській області засвідчив, що на першому місці за три роки знаходяться травми, отруєння й інші наслідки дій(S00-T98), на другому – хвороби системи кровообігу (I00-I99), на третьому –хвороби кістково-м'язової системи. Розлади психіки й поведінки (F00-F99) займають п'яте місце. Водночас показник охоплення учасників бойових дій диспансерним наглядом лікарями-психіатрами знизився на 10,7 %. Але, ураховуючи те, що в ряді областей збільшилося число охоплення лікарями-ортопедами, можна очікувати, що збільшиться і кількість охоплених диспансерним наглядом УБД із психічними хворобами.

Нові реалії буття українського народу призводять до руйнування загальнонаціонального соціально-психологічного балансу й потребують нових підходів до надання соціальної та психологічної допомоги населенню. Тому ми досліджували розлади настрою (афективні розлади). У м. Полтаві темп приросту захворюваності на цю нозологію знизився порівняно з 2013 роком на 29 %, в області – на 51,8 %. Найвищим цей показник був у 2016 році в Полтаві – 37 (1,2) порівняно з 2013 роком (ВШ 0,678 [95% ДІ 0,345-1,333]). Очевидно, що у 2017 році населення адаптувалося до ситуації, яка виникла в країні, і збільшення кількості нових випадків із 2016 року не реєстрували. У той же час поширеність розладів настрою зростала за рахунок уже виявлених раніше.

Поширеність розладів настрою (афективні розлади) у м. Полтаві була найбільшою у 2016 році (ВШ 1,198 [95% ДІ 0,075-1,387]), а в області – ВШ 1,108 [95% ДІ 0,036-1,188]) порівняно з 2013 роком. За 2013-2017 рр. поширеність на

цю нозологію зросла на 17,8 % у Полтаві й на 8,9 % у області. Афективні розлади небезпечні ще й тому, що найзагрозливішим наслідком депресії стає суїцидальна активність уражених нею хворих. Особи, які страждають на депресію, здійснюють суїциди в 30 разів частіше, ніж люди без цієї патології, що дає змогу вважати депресивні розлади психопатологією з найвищим рівнем суїцидального ризику.

Захворюваність на тяжкий стрес і порушення адаптації зросла на 64,2 % у м. Полтаві й на 68,4 % у Полтавській області. В області цей показник достовірно збільшився (ВШ 2,527 [95% ДІ 1,48-3,378]) порівняно з 2013 роком.

В четвертому розділі дисертаційного дослідження *«Фактори, що асоціюються з виникненням стрес-асоційованих розладів»* спочатку були виявлені фактори ризику виникнення розладів вегетативної нервової системи, що проявлялися через порушення психоемоційного стану.

Соціальні детермінанти: безробіття, з одного боку, збільшує апатію в 4,46 раза (p=0,002) і знижує працездатність у 3,5 раза (p<0,001), але, з іншого – у непрацевлаштованих кращий сон; одружені в 5,4 раза частіше мали такий прояв як «грудка в горлі» (ВШ = 5,4, 95% ДІ [2,226-13,098]), (p<0,001). Демографічні:у чоловіків у 1,8 раза частіше трапляється відчуття збудливості, ВШ=1,8, 95% ДІ (2,226-13,098), (p=0,001), а в жінок – відчуття грудки в горлі (на 10%), (p=0,011).

Далі визначали рівні тривожності й депресії учасників антитерористичної операції. Установлено значущі розбіжності за Міссісіпською шкалою між рівнем депресії й тривоги у добровольців і мобілізованих: у добровольців рівень ПТСР – 73,81 ± 5,5, а в мобілізованих – 62,52 ± 2,9 (p=0,050). У бійців, які проживають одні, рівень ПТСР становив 72,87 ± 53, а в тих, які проживають із родиною, – 62,32 ± 2,5 (p=0,049). За шкалою депресії Бека, у тих, хто проживає один, – 11,57±2,0 проти тих, хто живе з родиною,– 6,71 ± 0,8 (p=0,010). За шкалою самооцінки ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна різниця така: 41,63 ± 1,6 у самотніх проти 36,29 ± 1,1 у тих, хто проживає з родиною (p=0,012); щодо особистісної тривожності, то різниця виглядає так: 50,72 ± 1,2 у самотніх проти 45,25 ± 0,9у людей, які живуть із родиною (p=0,002).

У процесі дослідження встановлено значущі шанси появи ПТСР, асоційовані з цінностями, які було стратифіковано на групи – цінності адаптації. Шанси виникнення ПТСР підвищуються в тих, хто не обрав своєю цінністю здоров'язберігаючі орієнтири: здоров'я – у 2,7 раза, ВШ 2,171 (95% ДІ 0,970-4,863); мир – у 3,9 раза, ВШ 3,977 (95% ДІ (1,448-10,922); радість – у 4,8 раза, ВШ 4,857 (95% ДІ (1,776-13,379). Натомість шанси виникнення ПТСР знижуються в тих, хто не обрав своєю цінністю: терпіння – на 71%, ВШ 0,295 (95% ДІ (0,106-0,816). Щодо цінностей соціалізації, то шанси виникнення ПТСР підвищуються в тих, хто не вважав значимим вірність, –у 2,4 раза, ВШ 2,384 (95% ДІ (0,912-6,169); сім'ю – у 3,5 раза, ВШ 3,550 (95% ДІ (1,549-8,139). Разом із тим, шанси виникнення ПТСР знижуються в тих, хто не визнавав усамітнення – на 88%, ВШ 0,124 (95% ДІ (0,043-0,358) та рівність–на 66,5%, ВШ 0,345 (95% ДІ (0,127-0,936).

Методом простої логістичної регресії через негативний дитячий досвід установлено фактори ризику виникнення ПТСР: емоційне насильство – у 5 разів, у вигляді відчуття приниження (ВШ = 4,876 [95% ДІ (2,867-8,294)], $p \leq 0,001$; фізичне насильство – у 7 разів (ВШ = 6,726 [95% ДІ (3,854-11,739)], $p \leq 0,001$ у тих, хто зазнав побоїв; домашнє насильство, яке проявлялося в тому, що били

матір – у 4 рази (ВШ = 4,421 [95% ДІ (2,644-7,391)], $p \leq 0,001$; неблагополучні родини, де хтось із членів сім'ї вживав наркотики – у 2 рази (ВШ = 2,203 [95% ДІ (1,326-3,660)], $p = 0,013$; депресію в батьків – у 11 разів (ВШ = 11,118 [95% ДІ (4,883-25,314)], $p \leq 0,001$. Зважаючи на те, що час перебування в АТО впливає на виникнення ПТСР, його було введено в формулу оцінки ризиків регресійного аналізу за методом Кокса. Кумулятивний ризик виникнення психічних симптомів при перебуванні в АТО підвищувався з 10 місяця в самотніх учасників АТО, exp (β) 2,240 (p=0,033); у тих, які вказали на фактори фізичного й домашнього насильства, – (β) 2,983 (p<0,001) і (β) 2,890 (p<0,001) відповідно й наявності депресії у когось із батьків – (β) 3,352 (p=0,002). Вивчення думок лікарів госпіталю були в 100% ствердними щодо необхідності психологічної підтримки учасників АТО. Ветерани з бойовим стажем у 14 разів частіше, ніж без нього, запевняли в необхідності роботи психолога з родинами (ВШ 13,850 [95% ДІ 6,736-28,479]), $p < 0,001$.

У п'ятому розділі *«Аналіз нормативно-правової бази медичної, фізичної, психологічної й соціальної реабілітації учасників АТО в Україні»* проведений аналіз нормативно-правової бази щодо медичної, фізичної, психологічної й соціальної реабілітації учасників АТО в Україні. Визначені фахівці з медичної реабілітації й засоби, які для цього застосовуються. Розкритий розподіл законотворчої бази між центральними органами виконавчої влади виявив суттєві недоліки в нормативному регулюванні реабілітації. Однією з кардинальних проблем є відсутність єдиного логістичного механізму з медичного забезпечення учасників АТО в закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України й інших медичних закладах, зокрема відсутність механізму взаємодії між військовими й цивільними закладами охорони здоров'я при наданні медичної допомоги учасникам АТО, відсутність органу виконавчої влади, який би виконував роль координатора.

У шостому розділі *«Передумови необхідності створення медико-соціальне обгрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту»* обгрунтовано необхідність створення системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами. Аналіз ставлення лікарів-організаторів охорони здоров'я до існуючої на тепер системи реабілітації учасників АТО методом фокус-групи, показав, що перевагами чинної системи реабілітації є законодавчо визначені пільги й гарантії на медичне обслуговування й соціальний захист, доступність медичної допомоги. Серед переліку проблем і труднощів, з якими зіштовхуються ветерани, на думку лікарів, такі: державні, законотворчі, фінансові. У проведенні реабілітації бракує наступності та всебічності, маємо певний дефіцит кадрів, не всі ветерани обізнані щодо безкоштовної реабілітації. Проведене якісне дослідження дало нам можливість провести кількісне, шляхом факторного аналізу, для створення доказової бази визначення основних характеристик, переваг й недоліків системи реабілітації учасників АТО. Основними рисами в результаті факторного аналізу стали: її доступність, фінансування програм реабілітації й пільги для ветеранів. Переваги цієї системи, з точки зору організаторів ОЗ, такі: нормативно правова складова медичного, соціального захисту реабілітації ветеранів, кадри, які її здійснюють, прихильність до неї і її комплексність. Визначено недоліки чинної

системи реабілітації: втрата холістичного принципу, недостатнє матеріально-технічне забезпечення й фінансування, прогалини в нормативно-правовому забезпеченні учасників АТО щодо реабілітації.

Отже, проведений аналіз фокус-групи й факторний аналіз дозволили виявити недоліки в системі реабілітації учасників АТО і провести її корекцію з метою оптимізації, підсилення основних рис через сильні сторони.

Сьомий розділ *«Медико-соціальне обгрунтування, розробка та впровадження системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами. експертна оцінка ефективності моделі».* В основу запропонованої нами системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес- асоційованими розладами покладено чинники, виявлені в попередніх розділах дослідження: інформаційні, соціальні, організаційні. Методологією створення системи реабілітації послужила модель SADT (абревіатура виразу Structural analysis and Design Technique – структурний аналіз і проєктування). На початку була побудована контекстна діаграма системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами, де показано основні структури: координатором системи виступає Міністерство у справах ветеранів, яке на основі законодавчої бази й нормативних актів наглядає за здоров'ям ветеранів і сприяє його відновленню (рис.2). Етапи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій ми розмежували згідно з військовим обов'язком громадяни України, який поділяється на такі категорії:

- допризовники - особи, які підлягають приписці до призовних дільниць;
- призовники - особи, приписані до призовних дільниць;
- військовослужбовці - особи, які проходять військову службу.

Наступним розгортанням діаграми стала послідовність етапів реабілітації з метою збереження й відновлення здоров'я бійців, розглянувши їх із точки зору й цивільного, і військового життя. А0-діаграма побудована таким чином, що у верхніх рядах боксів показані процеси, які відбуваються у визначених структурах загального спрямування, а в нижньому – зі спеціалізованою метою на запобігання виникненню ПТСР. Для ефективної реабілітації на рівні держави й місцевого самоврядування необхідно забезпечити нормативно-правову базу, яка б стала правовою підтримкою її впровадження на всіх етапах (рис. 3).

Також, ураховуючи результати наших досліджень, які показали вплив негативного дитячого досвіду на виникнення стрес-асоційованих розладів, вважаємо за доцільне розпочати підготовку ще в шкільному віці, виховуючи в дітей – майбутніх захисників Вітчизни любов і патріотичне ставлення до Батьківщини.

Рис. 2. Контекстна діаграма системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами

На першому етапі - дитинства – дошкільного і шкільного віку, у тому числі й допризовники – під опікою Міністерства освіти та науки, а на місцевому рівні – департамент – організовують позакласну роботу, особливу увагу звертаючи на патріотичне виховання й роботу з батьками для виявлення неблагополучних сімей, аби запобігти чи припинити формування негативного дитячого досвіду, який може скластися в родині.

Другий рівень – призовний. Під егідою Міністерств Збройних сил України та внутрішніх справ необхідно провести попередній медичний огляд, аби виявити тих, хто за показниками здоров'я може служити в зоні збройного конфлікту. Важливим превентивним заходом медико-психологічної реабілітації, який необхідно застосовувати на всіх етапах, є проведення психофізіологічної діагностики учасників АТО для оцінки рівня розвитку їхніх професійно-важливих якостей (ПВЯ) та індивідуальних резервів адаптації з метою визначення придатності до військово-професійної діяльності або потреби й методів лікування чи реабілітації, а також моніторингу динаміки ПВЯ й індивідуальних резервів у всі періоди служби, лікування, реабілітації.

Третій рівень – безпосередня служба в зоні АТО. Перш за все, беручи до уваги той факт, що служба понад 10 місяців є ризиком виникнення стрес-асоційованих розладів, необхідно притримуватися цього терміну, а командному складу і ЗСУ, і МВС не допускати його перевищення. За організаційний спектр реалізації завдань реабілітаційної психології відповідають фахівці, що забезпечують менеджмент реабілітаційних процесів, законодавче і правове забезпечення цих процесів на різних державних, громадських і соціальних рівнях, а саме – мультидисциплінарна команда. Зазначена категорія людей готується на тренінгах під егідою Міністерства у справах ветеранів, які можуть запрошувати закордонних партнерів із досвідом роботи під час воєнних дій. У зоні АТО ця група може бути обмежена лікарем, фельдшером, капеланом, психологом і

командиром, який підтримує дух бійців. У той час, коли лікар і фельдшер надають медичну допомогу, капелан проводить духовні бесіди, які підтримують душевний спокій, тоді як функція психолога на фронті більше стосується стрес-менеджменту, першої психологічної допомоги. У свою чергу, сам командир може звернутися по допомогу до будь-кого з перерахованих учасників процесу реабілітації.

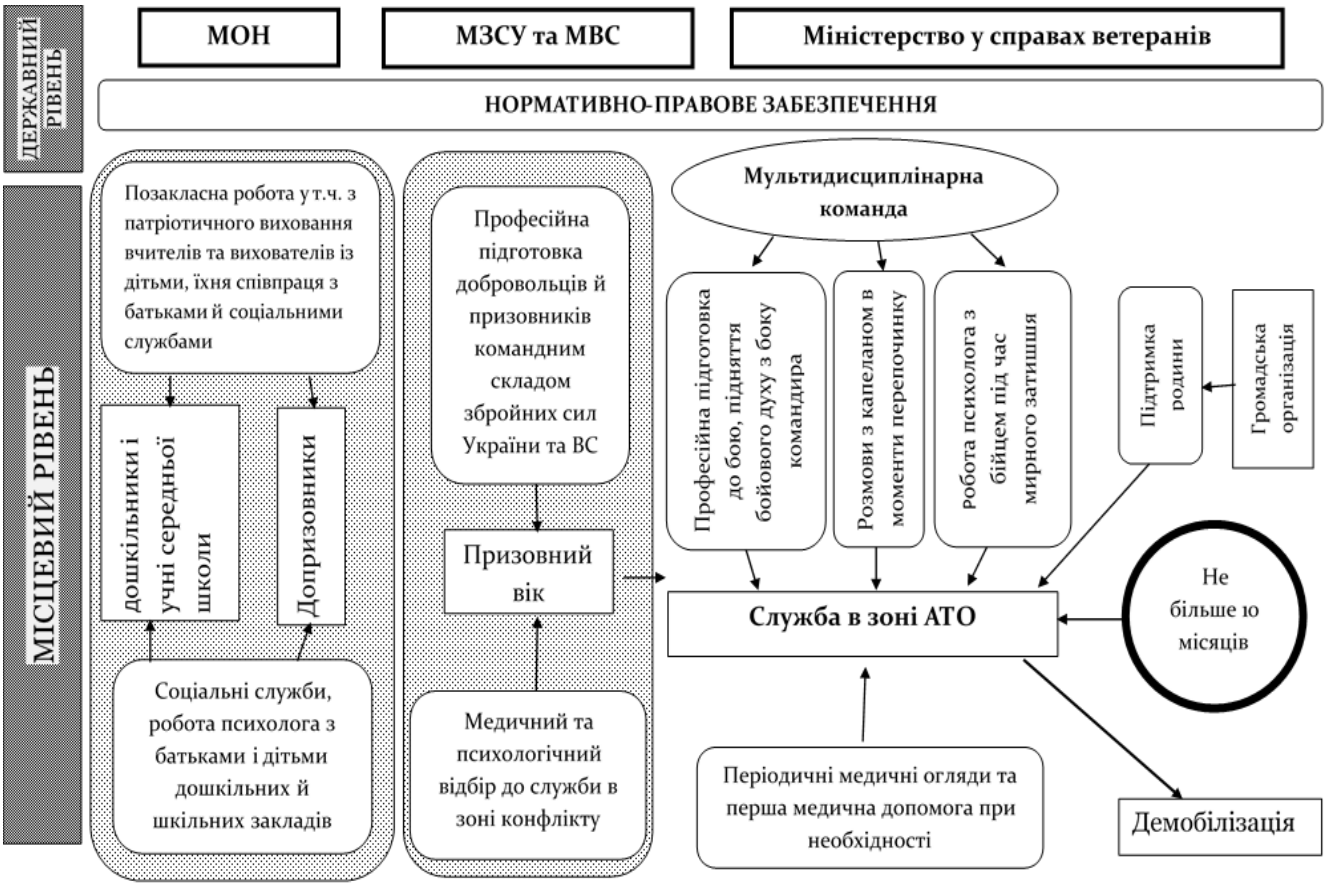

Рис. 3. А0-діаграма етапів системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

З членами родини варто спілкуватися ще до повернення солдата додому. Великого значення нині надають громадським організаціям, але, на жаль, вони не мають штату, у них немає професійних психологів, які могли б підготувати сім'ю до зовсім іншого спілкування, стосунків із батьком чи сином або чоловіком, якого так довго чекали. Адже навіть після благополучного повернення комбатанта додому фізично неушкодженим він сам і його родина зіштовхуються з новими, неочікуваними викликами. Кожен учасник бойових дій потребує певного часу для адаптації до мирного життя.

Потім була здійснена декомпозиція топ-діаграми – А0-діаграма, етапів системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, де крок за кроком, спираючись на проведені дослідження, визначено вікові стадії, спрямовані на профілактику й можливу реабілітацію стрес-асоційованих розладів. На етапі повної деталізації створення оптимізованої моделі системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами й схеми видів реабілітації на

кожному з її етапів декомпозиція завершилась. Оптимізована модель системи реабілітації включала державний і місцевий рівні законодавчої влади. На МуСВ покладалося створення програм реабілітації, а на місцевому рівні йому б підлягав Центр ветеранів, який би займався інформаційно-просвітницькою роботою на всіх етапах прямування до зони АТО: до призову, у зоні АТО, після повернення. Видача гарантованого пакета медичних послуг для реабілітації ветерана покладалася за поданням МуСВ на НСЗУ. Для кадрового забезпечення відновлення здоров'я учасників збройного конфлікту необхідно проводити навчання силами і Центру ветеранів, і МОЗ (лікарі-реабілітологи, фельдшери) та МОН (капелани, психологи, юристи). Для оптимізації надання реабілітаційних послуг у амбулаторних і стаціонарних умовах доцільним є введення МОЗ посади лікаря для ветеранів, куди б міг звертатися і призовник, і боєць, і ветеран (рис.4). Останньою декомпозицією ТОП-діаграми, де повністю була проведена її деталізація, стала схема видів реабілітації на кожному з її етапів.

У процесі дослідження відбувалася імплементація окремих елементів системи, а саме: проводили фізичну і психологічну реабілітацію. На початку дослідження ветеранам вимірювали параметри центральної гемодинаміки: ЧСС, систолічний і діастолічний АТ, систолічний об'єм крові й рівні ситуаційної тривожності в учасників АТО за Спілбергером-Ханіним. Потім через виявлені цінності в п'ятому розділі проводили психотерапевтичний тренінг – це була група з психологічним втручанням і друга група, де застосовували і психологічний тренінг, і вправи для зняття стресу й напруженості (Tension Stress and Trauma Releasing Exercises). Повторне вимірювання виконували на 10 і 21дні. Через 10 днів, після чергового психометричного оцінювання, було виявлено, що в досліджуваній групі, яка отримувала фізичну й психотерапевтичну реабілітацію, кількість хворих із високим рівнем тривожності складала 4 особи (10,9%), із середнім рівнем – 19 осіб (48,6%), із низьким рівнем – 14 осіб (40,5%), середній бал тривожності складав 32,92. Угрупі, яка отримувала лише психотерапевтичну допомогу, кількість хворих із високим рівнем тривожності складала 7 осіб (18,4%), із середнім рівнем – 17 осіб (44,7%), із низьким – 14 осіб (36,9%), середній бал тривожності складав 36,46. Бал тривожності в контрольній групі був вищий на 7%, ніж у досліджуваній ($p<0,05$). Найкращі результати показала група, яка отримувала комбіноване втручання.

Як показали результати повторного вимірювання, найкращі вони були в тих ветеранів, яким здійснювали комбіноване втручання: з високим рівнем тривожності на 21 день не виявили жодного. Через 21 день, після завершального психометричного оцінювання, було виявлено, що в групі з комбінованим втручанням кількість хворих із високим рівнем тривожності складала 0 осіб, із середнім рівнем – 20 осіб (54,05%), із низьким – 17 осіб (45,95%). У контрольній групі кількість хворих із високим рівнем тривожності складала 1 особа (2,6%), із помірним – 21 особа (55,3%), із низьким – 16 осіб (42,1%), середній бал тривожності – 34,6. Кількість ветеранів із помірною тривожністю на 21-й день після комбінованого втручання вірогідно зменшилась у 1,5 рази ($p=0,05$). Вірогідні розбіжності в рівнях тривожності до й після лікування виявилися при середньому рівні тривожності.

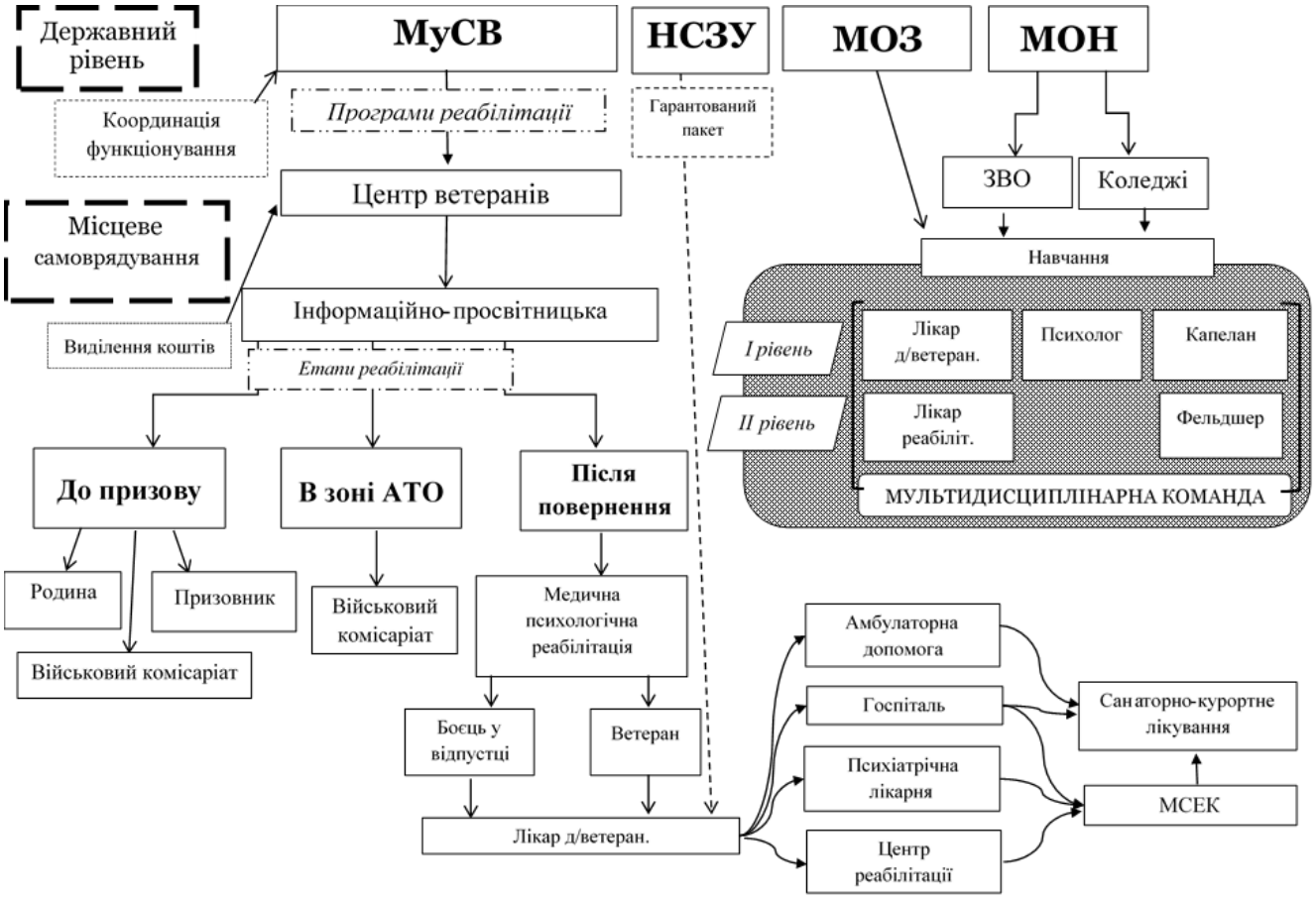

Рис. 4. Оптимізована модель системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

Отже, на 21 день найбільша кількість бійців була із середнім рівнем тривожності – 41 (54,6%), а 33 (44%) бійці мали низький рівень. Тому, виписуючи такого пацієнта, необхідно рекомендувати продовження психотерапії й TRE-вправи, які він виконував у стаціонарі за місцем проживання. Крім того, за час перебування в стаціонарі й проведення психотерапії пацієнта необхідно переконати в необхідності займатися своїм психічним здоров'ям і підтримувати спортивну форму.

При з'ясуванні дії комбінованого втручання на вегетативну нервову систему встановили поліпшення показників діяльності серцево-судинної системи, а саме: знизився й систолічний, і діастолічний АТ. Після виписки зі стаціонару пацієнтам було рекомендовано продовжити займатися фізкультурою й відвідувати психологічні тренінги.

Визначені нами недоліки й потреби системи були покладені в основу її МІО (рис. 5). Великого значення набуває навчання учасників процесу системи реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій. Ресурсами процесу є фінанси – оплата тренерам Центру ветеранів. Тренерами можуть виступати коучі міжнародних організацій, які брали участь у подібних заходах. Реабілітологів навчають у ВМНЗ України, педагогами займаються педагогічні університети. Індикаторами логічної моделі стали:

1. Число ветеранів, які звернулися до лікаря для ветеранів:

$$\text{Ветерани, які звернулися до лікаря,} = \frac{\text{Кількість ветеранів, які звернулися до лікаря для ветеранів}}{\text{Загальна кількість мобілізованих}} * 100$$

2. Число ветеранів, які звернулися до реабілітаційного центру:

$$\text{Ветерани, які звернулися до реабілітаційного центру,} = \frac{\text{Кількість ветеранів, які звернулися до реабілітаційного центру}}{\text{Загальна кількість мобілізованих}} * 100$$

3. Число навчених на тренінгах Центру для ветеранів лікарів/фельдшерів/ капеланів/соціальних педагогів/ психологів/ заступників командирів з особової частини:

$$\text{Число навчених на тренінгах Центру для ветеранів} = \frac{\textit{Кількість навчених на тренінгах Центру для ветеранів}}{\text{Загальна кількість фахівців, } \textit{які працюють із ветеранами}} * 100$$

Оптимізована система реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами позитивно оцінена експертами.

Рис.5. Логічна модель МІО індивідуального рівня системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено актуальність проблеми психічного здоров'я постраждалих унаслідок збройного конфлікту та невідповідність наявної системи реабілітації потребам ветеранів війни, учасників бойових дій, особам з інвалідністю та членам їхніх родин у його відновленні.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення зазначеної загальнонаціональної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, що передбачалось метою і завданнями дослідження.

1. Установлено поступове збільшення контингенту ветеранів війни в Україні з 1 116 875 у 2016 році до 1 423380 у 2018 році (темп приросту 27,44 %) та учасників бойових дій (на 14,3%), а також в окремих регіонах - чисельності інвалідів війни, що потребувало зростання обсягів амбулаторної та стаціонарної

медичної допомоги, зокрема, диспансерного спостереження, з урахуванням характеру отриманих патологій в умовах військових подій.

2. З'ясовано, що в структурі госпіталізованої захворюваності на розлади психіки та поведінки в учасників бойових дій найвищий відсоток займали наступні патології: F40-48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (56,7% осіб); F30-39 «Розлади настрою» (16,0% осіб); F50-59 «Поведінкові синдроми, пов`язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами» (21,0% осіб). Структуру первинної інвалідності серед учасників АТО формували травми, отруєння та інші наслідки дій (0,74 на 1000 осіб), хвороби системи кровообігу (0,743 на 1000 осіб), кістково-м'язової системи (0,54 на 1000 осіб), органів травлення (0,17 на 1000 осіб), розлади психіки та поведінки (0,08 на 1000 осіб). Зростала чисельність інвалідів з третьою групою інвалідності (на 16,5% за 2016-2018 роки).

3. Визначені соціальні й демографічні фактори, які впливають на психоемоційний стан учасників АТО: відчуття збудливості та дратівливості в 1,8 раза частіше трапляється в чоловіків (ВШ 1,8 [95% ДІ (1,585-13,098)]), (p<0,001); безробітні ветерани в 4 рази частіше відчувають апатію, ніж ті, хто працює (ВШ 4, 464 [95,0 % ДІ (1,709-11,665)]), (p=0,002); шанси мати кращий сон у бійців, які не працюють, на 54,0 % вищі, ніж у працюючих (ВШ 0,469 [95,0 % ДІ (0,254-0,868)]), (p<0,001); шанси мати відчуття «грудки в горлі» підвищуються на 10,0 % у жінок та одружених в 5,4 рази (ВШ 0,90 [95,0 % ДІ (0,502-1,632)]), (p=0,011); (ВШ 5,4 [95% ДІ (2,226-13,098)]), (p<0,001) відповідно.

4. Розкриті фактори ризику, що мають зв'язок зі стрес-асоційованими розладами: стан мобілізації - в добровольців рівень ПТСР сягав 73,81±5,5, а в мобілізованих – 62,52±2,9 (p=0,050); цивільний стан – рівень ПТСР в самотніх становив 72,87±53, а в тих, що мешкають із сім'єю, – 62,32±2,5 (p=0,049). Рівень депресії в самотніх – 11,57±2,0 проти тих, хто живе з сім'єю, - 6,71±0,8 (p=0,010), ситуативної тривожності: 41,63±1,6 в самотніх проти 36,29±1,1 у тих, хто проживає з сім'єю (p=0,012); особистісної тривожності: 50,72±1,2 у самотніх проти 45,25±0,9 в осіб, що живуть із сім'єю (p=0,002).

5. Доведено, що кумулятивний ризик виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) підвищувався з 10-го місяця перебування в АТО під дією таких факторів: самотність учасника АТО: exp (β) 2,240 (p=0,033); фактори фізичного й домашнього (в анамнезі) насильства: exp (β) 2,983 (p<0,001), exp (β) 2,890 (p<0,001) відповідно; депресія в одного з батьків: exp (β) 3,352 (p=0,002).

6. Доведено недосконалість нормативно-правового регулювання щодо забезпечення реабілітаційною допомогою учасників АТО, а саме, відсутність єдиного логістичного механізму медичного забезпечення в закладах охорони здоров'я Міністерства Збройних сил України та медичних закладах інших міністерств і відомств; відсутність державної інституції, яка б координувала організацію реабілітації учасників АТО та відповідала б за здоров'я ветеранів війни та членів їхніх сімей.

7. Визначені недоліки наявної системи реабілітації учасників АТО та ветеранів війни в Україні: відсутність первинної медичної допомоги в амбулаторних умовах закладів, підпорядкованих МО України; відсутність гарантованого пакету послуг із медичної реабілітації постраждалим в результаті

збройного конфлікту, зокрема, пакету психосоціальної реабілітації; недостатня міжсекторальна взаємодія між державними, недержавними та приватними надавачами соціальних і психологічних послуг, складний механізм міжгалузевої співпраці; неналежний рівень забезпечення фахівцями з реабілітації; втрата холістичного та комплексного підходів при плануванні реабілітаційних заходів; незадоволена потреба в реабілітації членів сімей учасників АТО; недостатня обізнаність ветеранів війни, учасників АТО щодо можливості отримання реабілітаційних заходів.

8. Виявлені недоліки обумовили медико-соціальне обґрунтування та розробку системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, сутєвими іноваційними елементами якої стали: Центр ветеранів у підпорядкуванні Міністерства у справах ветеранів, який виконує координаційну функцію в системі реабілітації; лікар для ветеранів, який координує надання медичної допомоги ветеранам війни/учасникам бойових дій в умовах первинної та спеціалізованої медичної допомоги на персональному рівні; мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців, яка безпосередньо надає реабілітаційну допомогу, забезпечує її якість і наступність реабілітаційних заходів на усіх етапах медичної допомоги.

9. Відмінністю запропонованої системи слід вважати наскрізне поетапне охоплення реабілітацією громадян різного віку з військовим обов’язком захищати Батьківщину (допризовників, призовників, учасників бойових дій і ветеранів війни), з послідовним використанням комплексу превентивних реабілітаційних заходів соціально-освітнього змісту та реабілітаційної психології для дітей та молоді та психологічної, психотерапевтичної, фізичної, соціальної реабілітації учасників бойових дій та членів їх сімей.

10. У запропонованій системі розмежовано функції з організації реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій зі стрес-асоційованими розладами між центральними органами виконавчої влади: МОЗ, МЗСУ, МВС, МОН, НСЗУ; розподілені обов’язки між закладами охорони здоров’я, соціальними службами й закладами вищої освіти на регіональному рівні із забезпечення різних напрямів реабілітації; визначена структура виконавчої влади на регіональному рівні, яка забезпечуватиме холістичність системи й координуватиме дії, установлюючи зв’язок між Територіальним центром комплектування та соціальної підтримки і закладами охорони здоров’я; визначені рівні реабілітації й відповідні заходи на кожному з них.

11. Доведено медичну ефективність частково імплементованої системи, яка полягає в зниженні тривожності й відновленні показників центральної гемодинаміки після проведеного психологічного й фізичного комбінованого втручання: ЧСС із 86,6 ± 1,05 знизилася до 74,5 ± 0,74; діастолічний АТ – із 90,1 ± 1,05 до 82,9 ± 0,62 ($p<0,001$); кількість ветеранів із помірною тривожністю на 21-й день після комбінованого втручання вірогідно зменшилась у 1,5 раза ($p=0,05$): 31 (41,3%) проти 20 (54,05%).

12. Запропонована та частково впроваджена система реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за десятибальною шкалою: за фінансовою доступністю - 9,4±0,9 балів,

холістичністю – 9,9±1,0 балів. Високі оцінки (в балах) отримані за характеристиками: доступність (9,7±0,8), привабливість для пацієнтів (9,5±0,6), наступність (9,6±1,0), системність (9,7±0,9), профілактична спрямованість (9,6±0,7), комплексність (9,8±0,9), інформативність (9,8±0,9), прихильність до реабілітації (9,5±1,0), сприйняття ветеранів як героїв сьогодення (9,6±0,8), що підтвердило потенційну дієздатність системи та дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких публіковані основні наукові результати дисертації:

1. Гавловский А. Д., Голованова И. А., Харченко Н. В. Ретроспективный анализ посттравматического стрессового расстройства. Wiadomości Lekarskie. 2018, tom LXXI, № 9, s. 1835-1840. URL: https://www.researchgate.net/profile/Irina-Golovanova/publication/331180353_Retrospective_analysis_of_post-traumatic_stress_disorder/links/63b55a3003aad5368e648a8d/Retrospective-analysis-of-post-traumatic-stress-disorder.pdf *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків).*

2. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Овчаренко О. М. Підвищення ефективності психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3/1 (51). С. 9 – 13. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

3. Havlovskyi O. D. Dynamics of the prevalence of affective and neurotic disorders on the example of the Poltava region for 2014-2018. Wiadomości Lekarskie. 2019, tom LXXII, № 5, cz II. S. 1122-1125. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31175756/

4. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Овчаренко О. М. Нормативно-правова база психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Світ медицини і біології. 2019. №1(67). С. 24-29. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

5. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз захворюваності і поширеності депресивних розладів жителів Полтавської області в період збройного конфлікту. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 1, т. 1 (148). С. 304-307. URL: https://vpbm.com.ua/upload/2019-1-1/70-min.pdf *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

6. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Товстяк М. М., Ошурко О. І. Обґрунтування робочого часу психолога при реабілітації учасників АТО. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 1, т. 2 (149). С. 322-325. URL: https://vpbm.com.ua/upload/2019-2-1/71-min.pdf *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

7. Гавловський О. Д. Організація фізичної та психологічної реабілітації учасників антитерористичної організації (АТО) в Україні. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2, т. 1 (150). С. 275-279. https://vpbm.com.ua/upload/2019-2-1(150)/62-min.pdf

8. Гавловський О. Д. Аналіз показників пролікованих учасників операції об'єднаних сил серед населення Кременчуцького району Полтавської області. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2, т. 2 (151). С. 220-222. URL:

http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Vpbm_2019_2(2)__53

9. Харченко Н.В., Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз реабілітації учасників операції об'єднаних сил. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 2(80). С. 44 – 49. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/download/10479/10002/39505 *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

10. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Хорош М. В., Товстяк М. М. Дослідження динаміки інвалідності в Україні серед учасників війни для визначення обсягу надання медичної допомоги та реабілітації. Клінічна та профілактична медицина. 2019. Т. 3 – 4, № 9-10. С. 22 – 31. URL: https://core.ac.uk/download/pdf/236280793.pdf *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

11. Гавловський О.Д., Голованова І. А., Страшко Є. Ю. Вплив мануального, психологічного втручання та виконання tre-вправ на стан тривожності учасників АТО, які знаходилися на санаторно-курортному лікуванні. Світ медицини та біології. 2019. №3 (69). С. 35-38. URL: https://womab.com.ua/ua/smb-2019-03/7965 *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

12. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз динаміки інвалідності учасників антитерористичної операції. Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». 2019, т. 19, № 1 (65). С. 3 – 7. URL: https://scholar.archive.org/work/67rl7fosbrbxpjca56i3yh7mgq/access/wayback/https://visnyk-umsa.com.ua/index.php/journal/article/download/27/26 *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

13. Gavlovski A. D., Golovanova I. A. , Rudenko L. A. et al. New horizons in the rehabilitation of participans of an antiteroryst operation/united states operation. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 4 (57). С. 41-45. URL: http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/article/view/193536 *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

14. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Забезпечення вторинною медичною допомогою та санаторно-курортним лікуванням учасників АТО. Світ медицини та біології. 2019. № 4 (70). С. 50-55. URL: https://womab.com.ua/upload/15.4/SMB-2019-04-050.pdf *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

15. Голованова І. А., Касинець С. С., Гавловський О. Д. Особливості розподілу первинно визнаних інвалідами учасників антитерористичної операції за період 2016 – 2018 рр. Український журнал з проблем медицини праці. 2019.Vol. 15 (4). С. 307 – 311. URL: https://ua.ujoh.org/Peculiarities-of-distribution-of-primarily-disabled-participants-of-anti-terrorist-operation-for-20162018--UA.html *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

16. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз динаміки диспансерного охоплення учасників бойових дій лікарями. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 4, т. 2 (154). С. 345 – 348. URL: https://vpbm.com.ua/vyipusk-4-tom-2-(154),-2019/13472 *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

17. Гавловський О. Д. Аналіз динаміки кількості ветеранів, які перебували на стаціонарному лікуванні. Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». 2019, т. 19, № 3 (67). С. 11 – 16. URL: https://visnyk-umsa.com.ua/index.php/journal/article/view/111

18. Havlovskyi O. D., Holovanova I. A. Scientific substantiation of the optimized model for psychological rehabilitation of ato participants based on determining their psychological values. Проблеми екології та медицини. 2020. – Т. 24, №1-2. – С. 20-23. URL: https://ecomed-journal.org/index.php/journal/article/view/180 *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

19. Havlovsky O. D. Main goals of psychological rehabilitation of military servicemen in Poltava region under the present conditions. World of Medicine and Biology. 2020, №1 (71). P. 36-39. URL: http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/17489

20. Vyachslav M. Zhdan, Oleksandr D. Havlovskyi. Organization and legislative regulation of rehabilitation assistance to participants of joint force operations.Wiadomości Lekarskie. 2020, tom LXXIII, № 6. S. 1272-1278. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32723968/ *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

21. Голованова І. А., Гавловський О. Д. Аналіз думки лікарів та пацієнтів – учасників АТО щодо необхідності психологічної реабілітації. Вісник проблем біології і медицини. 2021. Вип. 1 (159). С. 351-354. URL: http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/15694 *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

22. Holovanova I. A., Havlovskyi O. D. Gender and social factors as predictors for the development of disorders of the autonomic nervous system in veterans of the antiterrorist operation. Проблеми екології та медицини. 2021. Т. 25, №1. С. 36-40. URL: https://ecomed-journal.org/index.php/journal/article/view/211 *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

23. Zhdan V. M., Holovanova I. A., Havlovskyi O. D., Bielikova I. V. The role of adverse children's experience in the development of psychological disorders among participants in anti-terrorism operation. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34159913/ Wiadomości Lekarskie. 2021, tom LXXIV, № 6. S. 1326-1330. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

1. Havlovskyi O. D., Holovanova I. A., Ovcharenko O. M. Rehabilitation problems of military operations participants and ways of their clenching. Public Health Forum. 2018. Vol. IV (XII), Nr. 3 (46). P. 210. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

2. Гавловський О. Д., Кочерга Н. А., Гудима В. Т., Селевко Л. І., Фошина А. Б., Шанін О. О. Досвід реабілітації учасників антитерористичної операції в санаторії «Миргород». Полтавські дні громадського здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Полтава, 25 травня 2018 р. С. 55-56. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

3. Гавловський О. Д., Коп'як Н. П., Юхименко М. І., Бакало Н. І. Лікування посттравматичних стресових розладів учасників АТО. Полтавські дні громадського здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Полтава, 25 травня 2018 р. С. 56-58. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

4. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз законодавчої бази щодо реабілітації учасників антитерористичної операції. Медична реабілітація у санаторно-курортних закладах України. Нові технології реабілітації хворих на курортах Європи. Сучасні вимоги в організації СПА комплексів на курортах та досвід використання СПА процедур у медичній реабілітації: Збірник тез науково-практичної конференції з міжнародною участю. Моршин, 27-28 вересня 2018. С. 19. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

5. Ждан В. М., Голованова І. А., Гавловський О. Д., Краснова О. І., Плужнікова Т. В., Краснов О. Г. Сучасний стан та проблеми медичного забезпечення військових в зоні проведення операції об'єднаних сил. Полтавські дні громадського здоров'я: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Полтава, 31 травня 2019 року. С. 55-57. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

6. Гавловський О. Д. Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 1 (54). С. 15 -18. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

7. Svetlana S. Kasinets, Serhii S. Makarenko, Oleksandr D. Havlovsky. Characteristics of the primely disabled participants of counter-terrorism operation for 2014-2019. Wiadomości Lekarskie. 2020, tom LXXIII, № 6. S. 1303. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

8. Гавловський О. Д., Голованова І. А., Ляхова Н. О., Бєлікова І. В. Вплив перенесеного негативного дитячого досвіду на виникнення психологічних порушень учасників АТО. Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, Полтава, 26 лютого 2021 року. – С. 35-37. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

9. Голованова І. А., Гавловський О. Д., Ляхова Н. О., Бєлікова І. В., Калатур Г. В. Аналіз динаміки показників первинної інвалідності серед учасників АТО/ООС в 2014-2020 рр. Wiadomości Lekarskie. 2021, tom LXXIV, № 6. S. 1527-1528. *(Автором проведено збір інформації, обробку й узагальнення даних, написання висновків)*.

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

1. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я: «Східні госпітальні округи» // Випуск 8 з проблеми «Соціальна медицина». – Підстава: Рішення ЕПК «Соціальна медицина», Протокол №4/2018 від 21.09.2018 року. – Київ. Автори: Ждан В. М., Голованова І. А., Закрутько Л. І., Гавловський О. Д.,Оксак Г. А., Товстяк М. М., Коркішко В. В.
2. Ждан В. М., Голованова І. А., Гавловський О. Д. та інші. Організація надання медичної допомоги населенню в період реформування сфери охорони здоров'я України: монографія; за заг.ред. В. М. Ждана, І. А. Голованової. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2018. – 174 с.
3. Інформаційний лист № 169 – 2019 про нововведення в сфері охорони здоров'я: «Модель фінансування охорони здоров'яУкраїни в контексті реформування галузі» / Голованова І. А., Краснова О. І., Оксак Г. А., Гавловський О. Д., Товстяк М. М., Краснов О. Г., Мислицький О. В. // „Укрмедпатентінформ". – К., 2019. – 4с.
4. Ждан В. М., Гавловський О. Д. Правові аспекти медичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій на Сході України / Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. – С. 162-170 (монографія).
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір «Обґрунтування робочого часу психолога при реабілітації учасників АТО». Голованова І. А., Гавловський О. Д., Товстяк М. М., Ошурко О. І. №89682. Дата реєстрації: 11.06.2019р.
6. Ждан В. М., Голованова І. А., Потяженко М. М., Гавловський О. Д. та ін. Організація терапевтичної допомоги населенню України: Навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України. Полтава, 2019. – 108 с.

АНОТАЦІЯ

Гавловський О.Д. Медико-соціальне обґрунтування системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. Національнй університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2022.

Дисертація присвячена вирішенню важливої науково-практичної проблеми охорони здоров'я – науковому обгрунтуванню системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами, головною метою якої є покращення здоров'я учасників АТО, за рахунок оптимізації системи реабілітації та якнайшвидшого повернення їх в стрій.

Виконання завдань дослідження забезпечило досягнення мети дослідження, яке проводилося у вісім взаємопов'язаних організаційних етапів із отриманням достовірних результатів. В ході дослідження було встановлено комплекс проблем організації охорони здоров'я реабілітації учасників АТО.

В роботі доведено, що в наслідок проведення АТО, число кількість ветеранів війни й учасників бойових дій зростає, що потребує удосконалення надання медичної допомоги, в тому числі, і реабілітаційних послуг.

Базуючись на отриманих результатах обґрунтована та розроблена система реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес-асоційованими розладами. В основу запропонованої нами системи реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту зі стрес- асоційованими розладами покладено чинники, виявлені в процесі дослідження: інформаційні, соціальні, організаційні. Методологією створення системи реабілітації послужила модель SADT (абревіатура виразу StructuralanalysisandDesignTechnique – методологія структурного аналізу і проєктування). Центральним елементом системи виступає учасник АТО. Принцип холістичності в реабілітації постраждалих унаслідок збройного конфлікту здійснюється через поєднання медичної, психологічної, фізичної, соціальної реабілітації.

У процесі дослідження відбувалася імплементація окремих елементів системи, а саме: проводили фізичну і психологічну реабілітацію, завдяки якій зменшився ріень тривожності. Запропонована модель системи позитивно оцінена незалежними експертами

Ключові слова: антитерористична операція, стрес-асоційовані розлади, система реабілітації, фактори ризику, ветерани.

ANNOTATION

Havlovskyy O.D. Medico-social substantiation of the system of rehabilitation of victims of armed conflict with stress-related disorders. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of medical sciences on a specialization 14.02.03 "Social medicine". Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Київ, 2022.

The dissertation is devoted to the solution of an important scientific and practical problem of health care - the scientific justification of the rehabilitation system for victims of armed conflict with stress-related disorders, the main goal of which is to

improve the health of the participants of the anti-terrorist operation, due to the optimization of the rehabilitation system and their return to the ranks as soon as possible.

Completion of the research tasks ensured the achievement of the goal of the research, which was conducted in eight interrelated organizational stages with reliable results. In the course of the study, a set of problems of the organization of health care and rehabilitation of ATO participants was identified.

The work proves that as a result of the anti-terrorist operation, the number of war veterans and combatants is increasing, which requires improvement in the provision of medical care, including rehabilitation services.

Based on the obtained results, a justified and developed system of rehabilitation of victims of armed conflict with stress-related disorders was developed. The basis of our proposed system of rehabilitation of victims of armed conflict with stress-related disorders is based on the factors identified during the research: informational, social, and organizational. The SADT model (abbreviation of the expression StructuralanalysisandDesignTechnique – methodology of structural analysis and design) served as the methodology for creating the rehabilitation system. The central element of the system is the ATO participant. The principle of holistic in the rehabilitation of victims of armed conflict is implemented through a combination of medical, psychological, physical, and social rehabilitation.

In the process of research, implementation of individual elements of the system took place, namely: physical and psychological rehabilitation was carried out, thanks to which the level of anxiety decreased. The proposed system model was positively evaluated by independent experts.

Key words: anti-terrorist operation, stress-related disorders, rehabilitation system, risk factors, veterans.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТО	–	Антитерористична операція
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров’я
SADT	–	Structured Analysis and Design Technique
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров’я
НСЗУ	–	Національна служба здоров’я України
ВШ	–	Відношення шансів
УБД	–	Учасник бойових дій
ОЗ	–	Охорона здоров’я
ЗВО	–	
МОН	–	Міністрество освіти і науки
ДАК	–	Двостулковий аортальний клапан
КП	–	Комунальне підприємство
МШ	–	Міссісіпська шкала
ACE	–	Adverse Childhood Experiences
ДІ	–	Довірчий інтервал
ПТСР	–	Посттравматичний стресовий розлад
ПВЯ	–	Професійно важливі якості
ЗСУ	–	Збройні сили України
МВС	–	Міністрество внутрішніх справ
АТ	–	Артеріальний тиск
МЗСУ	–	Міністерство закордонних справ України
SPSS	–	Statistical Package for the Social Science