МАРШРУТ МОЖЛИВОСТЕЙ:

Дорожня карта комплексного супроводу осіб з втратою зору/слуху та супутніми бойовими травмами

Управління з питань ветеранської політики
№02-04/846 від 16.09.2026
Поляк А. Е. (Начальник управління) 16.09.2026 13:11

Академія Професійного Розвитку

ГРОМАДСЬКА СПІЛКА Український міжнародний інститут сліпих

HumanDoc

Спільний проект ТОВ «Академії професійного розвитку»,
ГС «Український міжнародний інститут сліпих»
та Фонду HumanDoc
«Відновлення життя: відновлення після втрати зору та слуху»
в межах угоди «Контракт про надання фінансових ресурсів з
Міжнародного Вишеградського фонду,
грант Вишеград+ №22510380»

Visegrad Fund

За редакцією:
Гаркавенко З.О. Войтюк Ю.О.
Автори-експерти:
Вінковський О.Р., Войтюк Ю.О., Волошина В.В., Гаркава Н.В., Гаркавенко З.О., Грилюк С.М., Довгопола К.С., Драгунов П.І., Зборовська О.В., Кондратюк Л.С., Кирейко Т.В., Колишко Р.А., Кучер В.А., Мацько М.А., Палій І.І., Перепеченко О.М., Розуман І.В., Соколов С.В., Спесивцев А.А., Стасюк С.М., Чопик Л.І., Шин Б.М., Шукурджиєва Е.А., Якушенко Д.М.
Дизайн та верстка:
Сітцева А.С.

Київ 2026

ЗМІСТ

1. Вступ до Дорожньої карти.....4

2. Індивідуальний маршрут реабілітанта.....9

3. Паспорт Стану реабілітанта.....14

4. Порадник для членів родин.....28

5. Порадник для медичних працівників.....64

Вступ до Дорожньої карти

Війна спричинила безпрецедентне зростання кількості людей із сенсорними порушеннями внаслідок бойових травм. Втрата зору та/або слуху, особливо у поєднанні з іншими бойовими ураженнями, належить до найбільш дезорієнтуючих і складних для відновлення травм, адже потребує тривалої комплексної реабілітації, що охоплює медичний, психологічний, освітньо-професійний та соціальний компоненти.

Для самої людини сенсорна травма – це не лише функціональні обмеження. Вона часто запускає кризу ідентичності, знижує мотивацію, підсилює почуття непотрібності та створює високий ризик соціальної ізоляції. Процес відновлення зачіпає не тільки реабілітанта, а й усю родину: у перші місяці природними стають розгубленість, страх, відчуття безпорадності та постійне питання «що робити правильно і як не нашкодити?».

Експертні обговорення та аналіз практики показали, що у перші дні та тижні після травми люди найчастіше стикаються з дезорієнтацією, втратою автономії та контролю, емоційною нестабільністю, уникненням спілкування, страхом руху/активності (кінезіофобією), а у військових – нерідко з апатією та втратою сенсу.

Одночасно існують системні бар’єри у наданні допомоги: відсутність єдиного стандартизованого підходу супроводу на всіх етапах; фрагментація між службами (медичні, психологічні, соціальні та освітньо-професійні компоненти працюють без спільної логіки); нечіткі критерії переходу між етапами; втрата інформації під час переходу людини між закладами; недостатня підготовка родини та адаптація домашнього середовища; розпорошеність даних і неможливість бачити цілісну картину прогресу. Окремою прогалиною є дефіцит інструментів і практик оцінювання освітньо-професійного потенціалу та навичок, необхідних для повернення до продуктивної діяльності.

Наслідки такої «несшитої» системи дуже практичні й болючі: регрес (втрата набутих навичок), подовження термінів реабілітації через хаотичність і дублювання втручань, неефективне використання ресурсів, вторинна травматизація та соціальна ізоляція, а також низька частка повернення до продуктивної діяльності попри наявний потенціал людини.

Ключовим викликом стає відсутність спільної мови між усіма учасниками процесу. Коли кожен описує стан і потреби людини «своєю мовою» (через різні терміни, критерії та пріоритети), рішення стають несинхронізованими, на переходах між установами втрачається важлива інформація, а родина отримує суперечливі сигнали і залишається наодинці з вибором подальших кроків.

Саме тому у центрі запропонованого підходу – Дорожня карта «Маршрут можливостей» як спільна мова координації, що:

- задає єдину логіку етапів від травми до відновлення якості життя, автономності та повернення до діяльності;
- фіксує узгоджені критерії переходів між етапами, щоб мінімізувати суб'єктивність рішень і «розриви» супроводу;
- уніфікує базові визначення станів та індикаторів змін, аби фахівці, родина та управлінці однаково розуміли прогрес і ризики;
- визначає мінімальний пакет інформації для передачі між установами й командами (через «паспорт стану»), зменшуючи втрати даних і дублювання втручань;
- допомагає узгодити ролі та відповідальність учасників процесу – від родини до міжвідомчої координації на рівні громади та держави.

Дорожня карта реалізується через три взаємопов'язані компоненти: індивідуальну траєкторію реабілітанта, Паспорт стану (для фіксації стартової точки, змін і ключових індикаторів) та Рекомендації для фахівців і родин, які забезпечують однакове розуміння доцільних дій на кожному етапі.

Підхід спирається на міжнародні практики реабілітації та підтримки ветеранів і узгоджується з національними пріоритетами розвитку системи реабілітації та ветеранських сервісів.

У цьому сенсі посібник є практичним носієм спільної мови Дорожньої карти: він допомагає користуватися етапами, критеріями переходів і «паспортом стану» для координації рішень у команді, у сім'ї та в системі супроводу.

Матеріали Посібника є результатом роботи онлайн-лабораторії «Маршрут можливостей», проведеної у грудні 2025 року та попереднього експертного опитування. В опитуванні взяли участь 31 експерт, зокрема 5 учасників бойових дій із релевантними травмами; фіксувалися типові психоемоційні стани на різних етапах, індикатори позитивних змін, критерії зростання автономності, ризики регресу та способи їх розпізнавання.

Онлайн-лабораторія проводилася як структурована робота експертних груп у форматі онлайн-зустрічей із синхронною фіксацією напрацювань.

Дорожня карта є спільною мовою для всіх, хто бере участь у відновленні людини із сенсорними порушеннями внаслідок бойових травм. Вона потрібна не для того, щоб замінити професійні методики, а щоб узгодити логіку взаємодії, зробити видимими переходи між етапами та зменшити втрати інформації у критичних точках маршруту.

Основними учасниками цього процесу виступають:

- людина з травмою та її родина – для навігації, розуміння етапів, ризиків і правильних дій підтримки без підміни ролі фахівців;
- фахівці мультидисциплінарної команди – для узгодження цілей, спільних індикаторів змін і критеріїв переходів, а також попередження регресу;

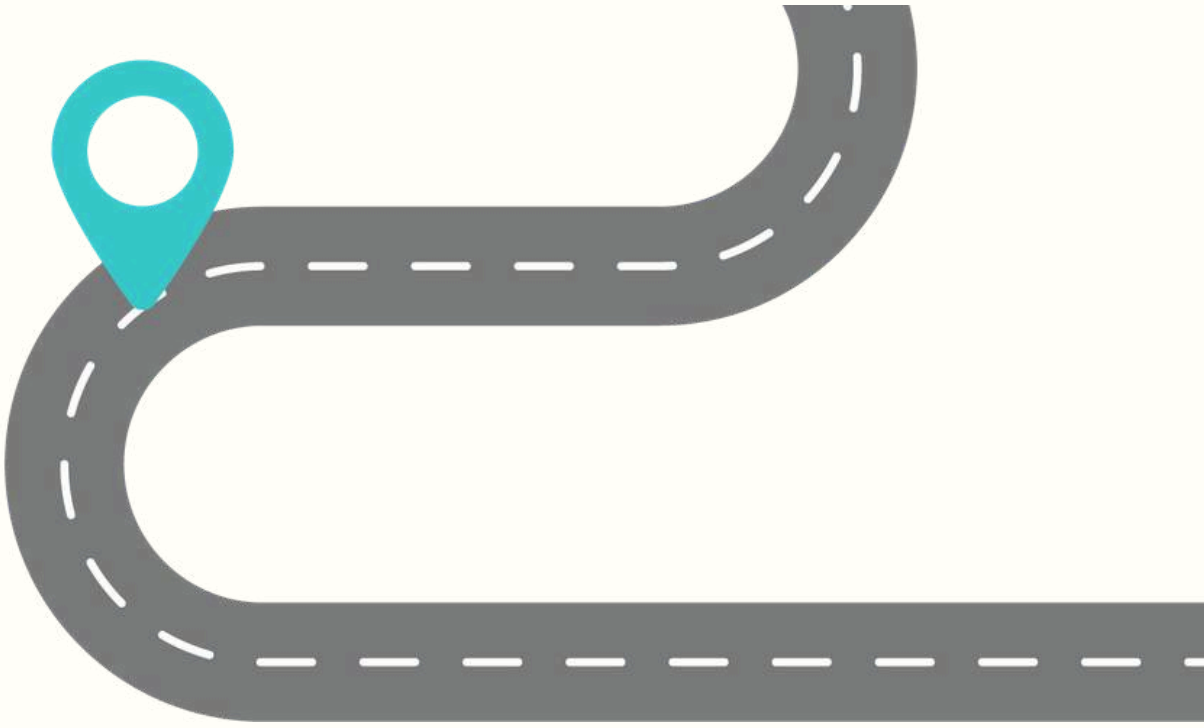
- громадські організації та партнерські ініціативи – для інтеграції програм підтримки в маршрут, супроводу та адвокації, створення сталих механізмів доступу до послуг у громаді;
- державні службовці та посадові особи місцевого самоврядування – для міжвідомчої координації, планування сервісів і ресурсів, а також оцінювання ефективності на рівні громади/регіону.

Усі ці групи бачать відновлення з різних позицій, але Дорожня карта дозволяє діяти узгоджено – через спільні визначення, критерії та послідовність рішень.

Спільна мова Дорожньої карти дозволяє:

- узгодити етапи та цілі супроводу, щоб усі розуміли «де ми зараз» і «який наступний крок»;
- стандартизувати критерії переходів між етапами, зменшуючи ризик помилкових рішень «завчасно/запізно»;
- зберігати наступність допомоги при зміні установ і команд завдяки мінімальному пакету передачі інформації;
- вчасно бачити ризики регресу та реагувати до «відкату» у навичках або емоційному стані;
- підсилити автономність людини і зменшити залежність від середовища через передбачувану логіку підтримки;
- підтримати управління та планування: пов’язати потреби на кожному етапі з послугами, ресурсами та показниками результативності.

Індивідуальний маршрут реабілітанта: концепція і структура



Індивідуальна траєкторія реабілітанта описує маршрут від моменту сенсорної травми до відновлення автономності та прийнятної якості життя як послідовність етапів із логікою переходів між ними. Вона потрібна для того, щоб різні учасники супроводу діяли узгоджено й користувалися спільною рамкою: розуміли, на якому етапі перебуває людина, які цілі та ризики є пріоритетними саме зараз і що має змінитися, аби безпечно рухатися далі. Траєкторія працює як навігаційна схема, яка допомагає планувати медичну, психологічну, соціальну та освітньо-професійну підтримку як єдиний процес, а не як набір несинхронізованих втручань. Основними користувачами траєкторії є мультидисциплінарна команда та координатор супроводу, а для людини і родини вона слугує зрозумілим “навігатором” у реабілітації.

1. Загальна логіка

Кожна людина проходить різні етапи, але стандарти дають **єдину систему орієнтирів**, що дозволяє уникнути хаотичності.

Маршрут містить 6 базових етапів:

1. Гострий етап: стабілізація та безпека
2. Початкова адаптація: зниження шоку та тривоги
3. Формування автономності та базових навичок
4. Психологічне й ідентифікаційне відновлення
5. Освітньо-професійна реабілітація
6. Довгострокова інтеграція та якість життя

Це – **універсальний стандарт**, а всередині нього – індивідуальні траєкторії.

2. Деталізація етапів (тривалість подано орієнтовно)

Етап 1. Стабілізація та безпека (0–14 діб)

Цілі:

- фізична та психологічна безпека
- контроль шоку, тривоги, дезорієнтації
- мінімізація ризиків

Критерії переходу далі:

- базова орієнтованість
- зниження гострої тривоги
- здатність до мінімальної взаємодії

Етап 2. Початкова адаптація (2–6 тижнів)

Цілі:

- стабілізація функціонального стану
- первинні навички руху та самообслуговування
- формування довіри до команди
- зниження залежності від зовнішньої допомоги

Перехід:

- зменшення страху руху
- здатність до виконання простих інструкцій
- стабільність емоційних реакці

Етап 3. Базова автономність (6–12 тижнів)

Цілі:

- розвиток мобільності
- орієнтація у середовищі
- формування самостійності у щоденних діях
- стабілізація ритмів (сон, активність)

Критерії переходу далі:

- здатність самостійно пересуватись у знайомому просторі
- виконання побутових дій
- готовність до когнітивного навантаження

Етап 4. Ідентичність і психологічне відновлення (2–6 місяців)
Цілі:

- формування нової ідентичності після травми
- відновлення мотивації, ініціативи
- робота з фрустрацією, втратою, зміною ролей

Критерії переходу далі:

- здатність ставити особисті/побутові цілі
- емоційна регуляція
- інтерес до навчання або діяльності

Етап 5. Освітньо-професійний етап (3–12 місяців)
Цілі:

- повернення до навчання / перекваліфікація
- професійна оцінка і планування
- адаптації середовища (тактильні, звукові, цифрові)

Критерії переходу далі:

- стабільні навички самостійного пересування
- достатній рівень психологічної стійкості
- готовність брати відповідальність

Етап 6. Довгострокова інтеграція (від 12 місяців)
Цілі:

- соціальна включеність
- стабільна життєва діяльність
- професійна самостійність
- якість життя (суб’єктивна та об’єктивна)

Перехід (завершення маршруту):

- самостійність у ключових сферах життя
- стабільні соціальні ролі
- стійкі адаптаційні механізми

3. Зв’язок маршруту з Паспортом стану

На кожному етапі фіксуються:

- функціональний стан за 5 компонентами
- ризики та сигнали регресу

- мікро-цілі на 2–6 тижнів
- рівень автономності
- рекомендації для команди та родини.

Паспорт стає інструментом навігації маршрутом.

4. Стандартизовані “точки переходу” між етапами

Для системної роботи важливо визначити стандартизовані критерії переходів:

- Психологічні: стабілізація емоційних реакцій, здатність до контакту
- Функціональні: мінімальний набір навичок самообслуговування
- Сенсорні: здатність орієнтуватися у безпечному просторі
- Комунікативні: доступність каналу комунікації
- Мотиваційні: ініціатива, готовність діяти

Це дозволяє уніфікувати рішення команди супроводу й уникати суб’єктивізму.

5. Модель ЯКЩО-ТО (*для прийняття рішень стосовно продовження руху за маршрутом***)**

Маршрут може працювати в логіці умов:

- **ЯКЩО** рівень тривоги високий → **ТО** повернення до стабілізаційних втручань
- **ЯКЩО** автономність зростає → **ТО** акцент на орієнтацію та мобільність
- **ЯКЩО** з'являється ініціатива → **ТО** включення в освітньо-професійні маршрути
- **ЯКЩО** соціальна взаємодія обмежена → **ТО** робота з доступною комунікацією

Це забезпечує **адаптивність і передбачуваність**.

Для чого системі та експертам цей маршрут?

- забезпечує стандартизовану логіку роботи;
- дозволяє інтегрувати різні установи;
- дає спільні критерії для всіх команд;
- уніфікує оцінку ефективності;
- забезпечує прозорість і передбачуваність для реабілітанта;
- формує основу для **Дорожньої карти і Паспорту стану.**

Паспорт стану реабілітанта

Паспорт стану реабілітанта — це персоналізований документ, у якому фіксується стартовий стан реабілітанта, ключові індикатори та динаміка змін у процесі реабілітації. Його призначення — забезпечити наступність і зрозумілість супроводу: щоб при переходах між установами, фахівцями або етапами маршруту не губилася важлива інформація, а рішення спиралися на узгоджені дані та спостереження.

Паспорт працює як мінімальний стандарт передачі інформації й одночасно як інструмент спільної мови: він структурує те, що потрібно відстежувати, допомагає бачити прогрес або ознаки регресу та погоджувати наступні кроки. Основними користувачами Паспорта є фахівці й координатор супроводу; для людини та родини він є опорою, що дозволяє зрозуміти, що вже зроблено, які зміни відбуваються і на що варто звертати увагу.

Логіка та обґрунтування композиції параметрів

Інструмент “Паспорт стану реабілітанта” побудований за логікою цілісної людиноцентричної моделі відновлення, у якій виділено п’ять компонентів:

- **Базова психологічна стабільність та відчуття безпеки**
- **Автономність і функціональна мобільність**
- **Самоусвідомлення, ідентичність і мотивація**
- **Якість життя і стійкість у довготривалій перспективі**
- **Соціальна взаємодія і соціальна інтеграція**

Ця композиція спирається на три ключові аргументи:

Аргумент 1. Модель функціонального відновлення (WHO ICF)

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я (ICF, WHO):

- пропонує бачити людину через тілесні функції, активність, участь у житті, особистісні фактори, екологічні умови;

- підкреслює необхідність змістовної оцінки змін, а не лише медичних параметрів;
- підтримує комплексний підхід до інвалідності та реабілітації.

Наші 5 компонентів інтегрують ключові домени ICF:

– психічні функції → Компонент 1 і 3
– моторика і активність → Компонент 2
– участь у житті → Компонент 4
– особистісні фактори + якість життя → Компонент 5

Аргумент 2. Логіка реабілітаційного маршруту (динамічна модель)

Маршрут відновлення людей з: втратою зору, втратою слуху, комбінованими сенсорними ураженнями (deafblind), та супутніми бойовими травмами є не лінійним, а динамічним процесом, який проходить через однакові змістові зони змін:

- Спочатку людина має відновити почуття безпеки і орієнтованості.
- Далі – відновити контроль над тілом і діями.
- Потім – усвідомити себе і побачити перспективи.
- Далі – включитися у соціум.
- І нарешті – віднайти стабільність і якість життя.

Ці зміни не прив’язані жорстко до етапів маршруту – вони можуть відбуватися паралельно, хвилеподібно, з регресами й проривами.

Тому логічно групувати параметри за змістом стану людини, а не за етапами маршруту.

Аргумент 3. Психологічні механізми адаптації після травми

Психологічна наука описує адаптацію після втрати функцій (сенсорних або фізичних) як проходження через:

- Шок – дезорієнтація
- Пошук контролю – функціональна адаптація
- Переосмислення себе – формування нової ідентичності
- Відновлення соціальних ролей
- Стабілізація, інтеграція, новий рівень якості життя

Це повністю відповідає 5 компонентам інструменту, з тією різницею, що ми робимо їх вимірюваними.

КОМПОНЕНТ 1. БАЗОВА ПСИХОЛОГІЧНА СТАБІЛЬНІСТЬ ТА ВІДЧУТТЯ БЕЗПЕКИ

Що вимірюється:

- рівень тривоги / паніки
- внутрішнє відчуття фізичної та психологічної безпеки
- орієнтованість у своєму стані
- здатність сприймати інформацію
- первинне відчуття контролю

Приклад формулювань:

- Я почуваюся у безпеці тут і зараз.
- Я розумію, що зі мною відбувається.
- Я можу сприймати і запам’ятовувати інформацію.
- Моя тривога заважає мені діяти. (зворотний код)
- Я відчуваю, що зможу впоратися зі своєю ситуацією.

№	Індикатор	Опис / Твердження	Оцінка на старті	Оцінка після етапу	Оцінка після етапу
1.1.	Відчуття безпеки	«Я почуваюся у безпеці тут і зараз»			
1.2.	Орієнтованість у стані	«Я розумію, що зі мною відбувається»			
1.3.	Здатність сприймати інформацію	«Я можу слухати, розуміти і запам’ятовувати»			
1.4.	Рівень тривоги	«Моя тривога заважає мені діяти» (зворотне твердження)			
1.5.	Базовий контроль	«Я хоча б трохи відчуваю, що можу з цим впоратися»			

Чому це важливо? Бо без цього неможлива ні орієнтація в інформації, ні формування автономності. Це фундаментальна умова для будь-якої наступної дії.

Інтерпретація: низькі значення → людина не готова до активної реабілітації.

Позитивна динаміка: перший сигнал, що людина “повертається до себе”.

КОМПОНЕНТ 2. АВТОНОМНІСТЬ І ФУНКЦІОНАЛЬНА МОБІЛЬНІСТЬ

Що вимірюється:

- страх руху
- навички самообслуговування
- здатність пересування (з тростиною, з підтримкою, самостійно)
- тілесне усвідомлення
- базовий контроль над діями та ситуацією

Приклад формулювань:

- Я боюся рухатися самостійно. (зворотний код)
- Я можу виконувати щоденні дії самостійно.
- Я впевнено пересуваюсь у знайомому просторі.
- Я розумію своє тіло в нових умовах.
- Я можу планувати свої рухи та дії.

№	Індикатор	Опис / Твердження	Оцінка на старті	Оцінка після етапу ___	Оцінка після етапу ___
2.1.	Страх руху	«Я боюся рухатися самостійно» (зворотне твердження)			
2.2.	Самообслугову-вання	«Я можу виконувати базові щоденні дії самостійно»			
2.3.	Мобільність	«Я впевнено пересуваюсь у знайомому просторі»			
2.4.	Образ тіла	«Я розумію своє тіло в нових умовах»			
2.5.	Контроль рухів і дій	«Я можу планувати свої рухи та дії»			

Чому це важливо? Автономність – ключовий показник функціональної реабілітації. Без неї немає повернення до нормального життя.

Інтерпретація: зростання балів свідчить про реальний прогрес по маршруту.

Це центральний блок для людей з втратою зору/слуху.

КОМПОНЕНТ 3. САМОУСВІДОМЛЕННЯ, ІДЕНТИЧНІСТЬ, МОТИВАЦІЯ

Що вимірюється:

- образ себе у новій ситуації
- професійне бачення
- віра в власні сили
- внутрішня мотивація до діяльності
- зниження відчуття безнадійності

Приклад формулювань:

- Я бачу можливості для свого професійного майбутнього.
- Я відчуваю, що маю цінні навички.
- Я хочу навчатися або спробувати нові види діяльності.
- Майбутнє здається мені безнадійним. (зворотний код)
- Я відчуваю свою цінність і здатність до розвитку.

№	Індикатор	Опис / Твердження	Оцінка на старті	Оцінка після етапу ___	Оцінка після етапу ___
3.1.	Образ професійного майбутнього	«Я принаймні приблизно уявляю, чим можу займатися»			
3.2.	Віра у власні сили	«Я відчуваю, що маю цінні навички»			
3.3.	Мотивація до діяльності	«Я хочу навчатися / пробувати нове»			
3.4.	Страх майбутнього	«Майбутнє мене лякає» (зворотне твердження)			
3.5.	Самооцінка та самоцінність	«Я відчуваю свою значущість і здатність до розвитку»			

Чому це важливо? Після травми формується нова ідентичність – без цього неможливо мати життєву мету.

Інтерпретація: стабільний ріст цього блоку дозволяє переходити до професійної реабілітації.

КОМПОНЕНТ 4. СОЦІАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ ТА ІНТЕГРАЦІЯ

Що вимірюється:

- соціальна впевненість
- взаємодія з людьми
- здатність виконувати соціальні ролі
- наявність контактів / участі
- готовність входити в колектив / громаду

Приклад формулювань:

- Мені комфортно взаємодіяти з іншими людьми.
- У мене є люди, з якими я регулярно спілкуюся.
- Я почуваюся частиною спільноти / родини / групи.
- Я можу вирішувати частину соціальних питань самостійно.
- Я готовий(а) брати участь у житті громади.

№	Індикатор	Опис / Твердження	Оцінка на старті	Оцінка після етапу ___	Оцінка після етапу ___
4.1.	Соціальна впевненість	«Мені комфортніше взаємодіяти з іншими, ніж раніше»			
4.2.	Належність / участь	«Я відчуваю себе частиною якоїсь групи / спільноти»			
4.3.	Соціальні контакти	«У мене є люди, з якими я регулярно спілкуюся»			
4.4.	Самостійність у соціальних діях	«Я можу вирішувати частину соціальних питань самостійно»			
4.5.	Готовність до співпраці	«Я готовий/готова бути частиною команди або колективу»			

Чому це важливо? Бо відновлення без включення в соціум – це лише половина маршруту.

І**нтерпретація:** цей компонент критично важливий у перехідний період до працевлаштування.

КОМПОНЕНТ 5. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ, СТІЙКІСТЬ І ДОВГОТРИВАЛА АДАПТАЦІЯ

Що вимірюється:

- суб’єктивна оцінка якості життя
- здатність долати труднощі
- здатність планувати
- участь у житті сім’ї чи громади
- стабільність емоційного стану

Приклад формулювань:

- Загалом я задоволений(а) своїм життям зараз.
- Я знаю, як справлятися з важкими ситуаціями.
- Я можу планувати майбутнє.
- Мій емоційний стан є стабільним протягом дня/тижня.
- Я активний(а) у житті своєї родини чи громади.

№	Індикатор	Опис / Твердження	Оцінка на старті	Оцінка після етапу ___	Оцінка після етапу ___
5.1.	Суб’єктивна якість життя	«Загалом я задоволений(а) своїм життям зараз»			
5.2.	Стратегії подолання	«У мене є способи справлятися з труднощами»			
5.3.	Планування майбутнього	«Я можу планувати наперед і ставити цілі»			
5.4.	Емоційна стабільність	«Мій емоційний стан протягом тижня є відносно стабільним»			
5.5.	Соціальна активність	«Я беру участь у житті своєї сім’ї чи громади»			

Чому це важливо? Це результуючий компонент, який дозволяє зрозуміти: чи справді людина “повернулась до життя”, чи просто “функціонує”.

Інтерпретація:

високі значення = успішна реабілітація; низькі = потреба у подальшому супроводі.

ПІДСУМКОВИЙ БЛОК ОЦІНКИ

Компонент	Бал на вході	Бал після етапу 1	Бал після етапу 2	Бал після етапу 3	Бал після етапу 4
1. Стабільність і безпека					
2. Автономність і мобільність					
3. Ідентичність і мотивація					
4. Соціальна взаємодія					
5. Якість життя					

Інтерпретація результатів: як це читати та розуміти?

Пропонується дві моделі – проста і розширена

✔️ **СПРОЩЕНА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ (для практиків)**

Бали по компоненту:

- 0–1: критичний рівень → людина не готова до наступних етапів
- 2: низький рівень → потрібна інтенсивна робота
- 3: середній рівень → можливий перехід до наступного етапу
- 4: високий рівень → хороший прогрес, готовність рухатись далі

Це легко пояснювати і людині, і команді.

✔️ **РОЗШИРЕНА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ (для фахівців, аналітики, дорожньої карти)**

1. БАЛИ НА ВХОДІ

→ формують **профіль стартового стану**. Наприклад: високі бали в автономності, низькі у стабільності = ризик емоційного зриву.

2. ДИНАМІКА

→ головний критерій успіху. Позитивна динаміка у 3 з 5 компонентів = успішний етап.

3. РОЗРИВИ

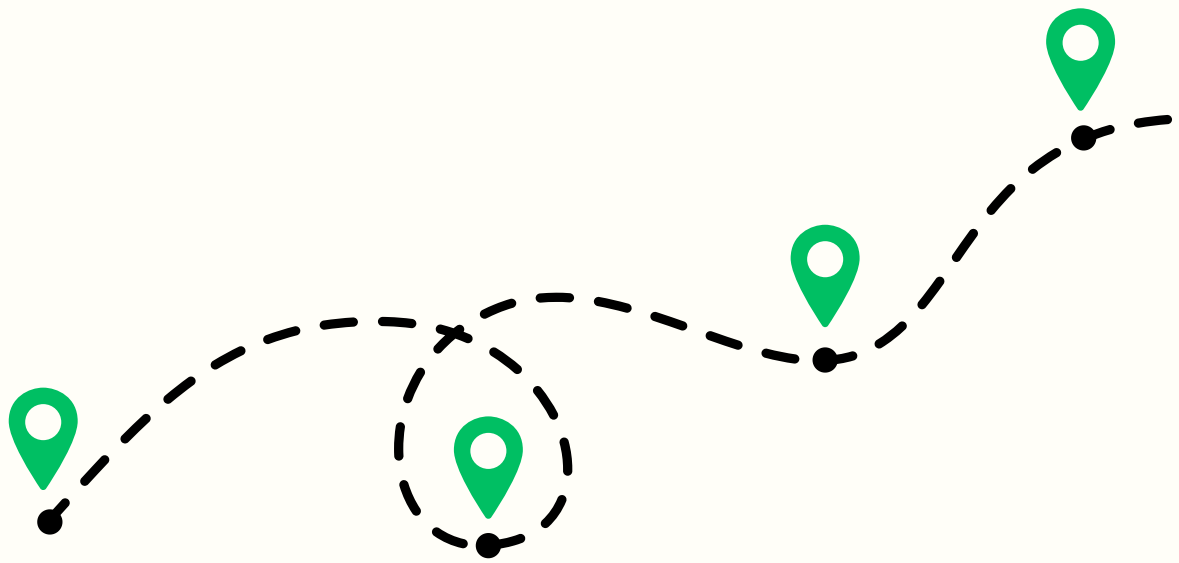
→ якщо один компонент "провисає", маршрут треба коригувати.
Напр.: людина автономна, але без соціальної впевненості → високий ризик невдачі в працевлаштуванні.

4. ПРОФІЛІ ДЛЯ РІЗНИХ ТИПІВ ТРАВМ

інструмент дозволяє побачити:

- deafblind-профіль
- profile heavy PTSD
- profile with cognitive impairment
- amputee + sensory loss

Це дає можливість налаштовувати маршрут до конкретного типу реабілітанта.



НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧНА ОСНОВА СТРУКТУРИ “Паспорта стану реабілітанта”

(міжнародні стандарти, протоколи, рекомендації)

1. Міжнародні документи, що визначають стандарти реабілітації

1.1. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я (ICF) World Health Organization (WHO), 2001

- Визначає домени функціонування: **психологічні функції, активність, участь, особистісні фактори, середовище**.
- Запропонована структура індикаторів (“5 компонентів”) є інтеграцією ключових доменів ICF.
- Дозволяє формувати **комплексний профіль функціонування особи**, що і є метою нашого інструменту.

Обґрунтування: Компоненти «психологічна стабільність», «автономність», «соціальна взаємодія» та «якість життя» безпосередньо відображають сфери функціонування, що згідно ICF визначають рівень життєдіяльності особи після травми.

1.2. “WHO Rehabilitation 2030: A Call for Action” (Всесвітня організація охорони здоров’я, 2017)

Ключові положення:

- реабілітація має бути людиноцентричною,
- оцінка має включати функціональні, психологічні і соціальні параметри,
- обов’язковою є динамічна оцінка (не одноразова),
- до реабілітації мають входити медичні, психосоціальні та професійні інтервенції.

Обґрунтування: наш інструмент включає саме такі параметри: від емоційної стабільності – до автономності, участі та якості життя; і передбачає регулярну повторну оцінку, що повністю відповідає вимогам WHO.

1.3. “Guidelines on the Provision of Assistive Products” (WHO, 2022)

Указує на необхідність:

- оцінки функціональних можливостей,
- визначення рівня автономності,
- врахування особистісних цілей реабілітанта,
- оцінки контексту соціального середовища.

Обґрунтування: компоненти 2 (автономність) і 4 (соціальна інтеграція) повністю відповідають цим рекомендаціям.

1.4. “Rehabilitation Interventions Package” (WHO, 2020)

Розробляє стандартизовані моделі втручань, включно з:

- психологічними,
- сенсорними,
- мобільнісними,
- соціальними.

Обґрунтування: в основі RIP лежить принцип оцінювання здатностей та бар’єрів, а не тільки захворювання. Наш інструмент працює за тією ж логікою.

2. Європейські стандарти та інституційні рекомендації

2.1. Європейська стратегія з інвалідності 2021–2030 (EU Disability Rights Strategy)

- підкреслює важливість самостійності,
- участі в суспільному житті,
- доступу до освіти та працевлаштування.

Обґрунтування: компоненти 2, 3, 4 та 5 прямо відповідають вимогам цієї стратегії.

2.2. Європейська рамка якості соціальних послуг (European Quality Framework for Social Services, 2010)

- ключовими параметрами якості є: участь, самовизначення, безпечність, ефективність підтримки,
- наголошує на необхідності оцінки особистісного розвитку людини.

Обґрунтування: це напряму відповідає компонентам 1 (безпека), 4 (соціальна взаємодія) та 5 (стійкість і якість життя).

2.3. Стандарти Nordic Welfare Centre щодо deafblind (2015–2019)

- рекомендації для роботи з особами з подвійними сенсорними порушеннями,
- містять вимоги щодо оцінки: комунікації, мобільності, соціальної участі, психологічного стану.

Обґрунтування: наші 5 компонентів «накривають» усі сфери, передбачені цими стандартами.

3. Рекомендації та протоколи щодо реабілітації військових та осіб із бойовими травмами

3.1. NATO Centre of Excellence for Military Medicine – Rehabilitation Guidelines (2018–2022)

- Системність оцінки
- Психофізіологічна стабільність
- Автономність та мобільність
- Соціальна адаптація ветеранів
- Якість життя як кінцевий критерій

Обґрунтування: наш інструмент повністю відповідає військовим моделям реабілітації.

3.2. “VA Polytrauma System of Care” (US Department of Veterans Affairs)

Модель для осіб із:

- вибуховими травмами,
- комбінованими сенсорними порушеннями,
- когнітивними ураженнями.

Основні параметри оцінки включають:

- емоційні функції,
- самостійність,
- комунікацію,
- соціальну участь,
- якість життя.

Обґрунтування: наша система індикаторів відповідає цій моделі майже повністю.

4. Психологічні та клінічні моделі адаптації після втрати функцій

4.1. Модель Ліндеманна – капітального відновлення після кризи

Описує послідовність переходу від шоку → до адаптації → до конструктивного життя.

4.2. Модель Мооса–Шеффер щодо адаптації після травми

Включає:

- емоційний стан,
- coping-стратегії,
- соціальні ресурси,
- впевненість і мотивацію.

4.3. Міжнародні концепції grief & loss у сенсорних втратах

(Модель Kübler-Ross + сучасні адаптації для сенсорних порушень)

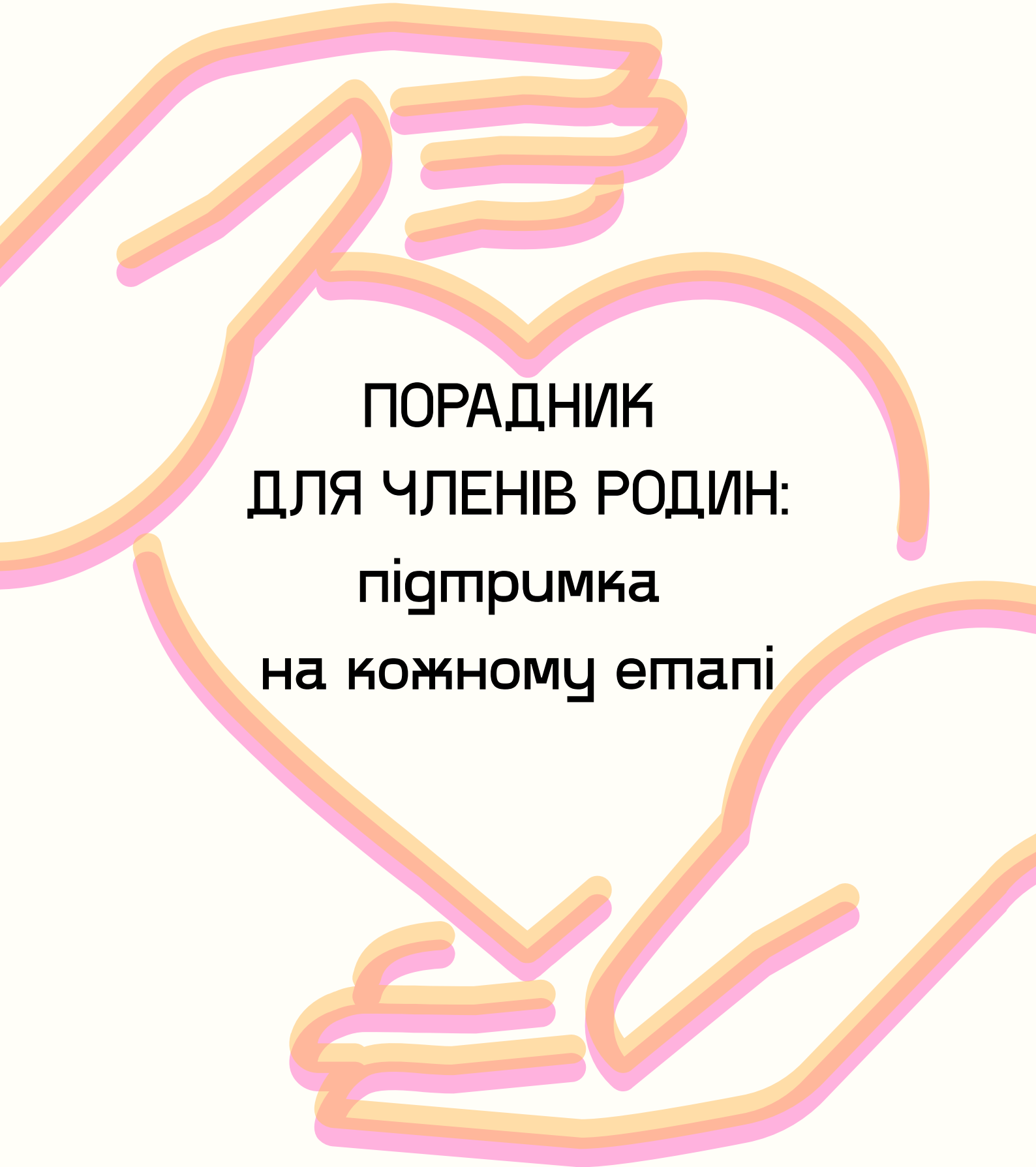
Обґрунтування: компоненти 1–5 відображають всі ключові психологічні механізми адаптації.

5. Підсумок нормативного обґрунтування

Запропонована структура індикаторів у «Паспорті стану реабілітанта»:

- має **підтвердження у стандартах WHO, ICF, Rehabilitation 2030**,
- відповідає європейським підходам до **самостійності, участі, інтеграції**,
- повністю узгоджується з рекомендаціями щодо реабілітації **військових та осіб із сенсорними порушеннями**,
- відображає психологічні моделі **адаптації після втрати функцій**,
- забезпечує **універсальний, міждисциплінарний та міжетапний формат оцінки**,
- дозволяє формувати **динамічний профіль відновлення людини**, як того вимагають сучасні міжнародні підходи.

Отже, структура інструменту є методологічно обґрунтованою, доказовою, міжнародно валідною та адаптованою до українського контексту.



ПОРАДНИК ДЛЯ ЧЛЕНІВ РОДИН: підтримка на кожному етапі

ЗМІСТ

Вступне слово – звернення до родин.....30
Розділ 1. Що відбувається всередині: невидима сторона сенсорної травми.....32
Розділ 2. Рекомендації для родин на кожному етапі реабілітаційного маршруту.....37
Розділ 3. Що таке регрес реабілітанта і як діяти членам родини?.....42
Розділ 4. Час як союзник: як не втратити віру на довгому шляху?.....45
Розділ 5. Словничок важливих слів.....53
Розділ 6. Перелік джерел підтримки для членів родин реабілітантів.....57
Післямова.....61

Вступне слово – звернення до родин

Коли близька вам людина повертається з війни з важкою травмою, життя всієї родини змінюється. Це шлях, сповнений викликів, де часто панують розгубленість, страх і відчуття безпорадності. Це нормально. Ви не одні у своїх почуттях.

Цей посібник створено саме для вас – для дружин, чоловіків, батьків, дітей та близьких ветеранів, які зазнали сенсорних травм. Це ваш особистий навігатор у складному світі реабілітації. Він розроблений для членів родин реабілітантів із сенсорними бойовими травмами (втрата зору, слуху, комбіновані ураження). Він базується на результатах онлайн-лабораторії «Маршрут можливостей» та міжнародному досвіді реабілітації ветеранів.

Шлях відновлення близької вам людини – це Дорожня карта, що складається з етапів. Але у вас, як у родини, є свій власний маршрут– маршрут підтримки, терпіння, любові та, що найважливіше, – маршрут можливостей. Можливостей зрозуміти, допомогти, знайти нові способи бути разом і віднайти власні точки опори.

Мета Порадника: надати практичні рекомендації та ресурси, які допоможуть вам:

- Розуміти, що відбувається на кожному етапі реабілітації
- Знати, як підтримати близьку вам людину без шкоди для себе
- Отримати допомогу коли вона потрібна
- Подбати про своє власне благополуччя

Важливо! Ви не є терапевтом чи медиком. Ваша роль – бути присутнім партнером, котрий розуміє процес і знає, коли варто звернутися по професійну допомогу.

Термінологія

У цьому посібнику використовується термін «реабілітант» – особа, яка проходить реабілітаційний маршрут після сенсорної бойової травми (втрати зору, слуху або їх поєднання).

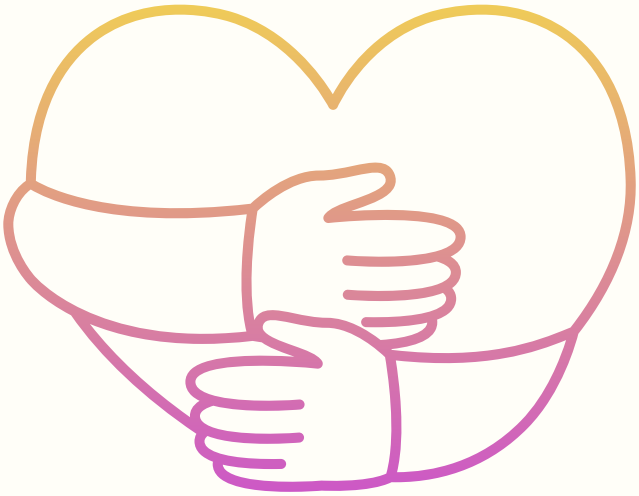
Чому саме «реабілітант»?

- Це підкреслює активну роль людини у власному відновленні
- Це не «пацієнт» (пасивний отримувач послуг) і не «клієнт» (споживач)
- Це визнає суб'єктність – здатність людини робити вибір, ставити цілі, впливати на свій розвиток.

Тут ви знайдете практичні поради: що робити (і чого не робити) на кожному етапі, як реагувати на кризи, куди звертатися по допомогу та як дбати про себе. Бо щоб бути надійною опорою для іншого, потрібно самому міцно стояти на ногах.

Пам'ятайте! Ви не спостерігачі, ви – ключові учасники цього шляху.

Ласкаво просимо на ваш Маршрут можливостей!



Розділ 1. Що відбувається всередині: невидима сторона сенсорної травми

Сенсорна бойова травма – це не тільки про «він не бачить» чи «він не чує». Це про те, що звичний спосіб бути у світі руйнується за одну мить.

Щоб зрозуміти поведінку близької вам людини – агресію, замкнутість, мовчання, сльози, – важливо знати, що відбувається всередині нього після втрати зору, слуху або їх поєднання (часто ще й разом з ампутаціями, болем, хронічною втомою). Цей розділ – про невидиму сторону травми.

1.1. Втрата базової безпеки: «Світ став ворожим»

До травми людина спиралася на свої органи чуття, навіть не замислюючись про це. Очі, вуха, тіло постійно давали сигнал: «Все під контролем» або «Є небезпека».

Після сенсорної травми:

- Світ стає непередбачуваним. Яма, бордюр, незнайомі сходи, голос за спиною, якого не видно/не чути.
- Тіло постійно чекає удару. Це може бути падіння, зіткнення, різкий звук, дотик ззаду.

Тому:

- Людина боїться виходити з кімнати, тримається за стіни чи за вашу руку.
- Здригається від дотику, якщо ви підійшли тихо.
- Стає напруженою, дратівливою, недовірливою.

Це не «характер зіпсувався». Це мозок намагається вижити в новій реальності, де базова безпека зникла.

1.2. Сенсорна депривація: мозок у «тиші» та «темряві»

Мозок звик отримувати мільйони сигналів щосекунди. Коли зір або слух різко зникають, настає сенсорний голод.

Що може відбуватись:

- Перевантаження від того, що лишилося. У незрячої людини слух і дотик починають працювати «на повну». Звичайні звуки стають надто гучними, дотики – надто різкими.
- Фантомні відчуття. Можуть виникати спалахи світла, фігури в пітьмі, «голоси» або шуми, яких немає. Це реакція мозку на брак інформації.
- Швидка втома. Просте завдання – пройти з кімнати на кухню – вимагає колосальної концентрації, і після цього людина може бути виснажена.

Як це виглядає:

- Людина швидко втомлюється від звуків, голосів, розмов, просить вимкнути телевізор, музику.
- Стає мовчазною, відходить у свою кімнату.
- Має проблеми зі сном: важко заснути, можуть бути нічні пробудження.

Це не «ледачість» і не «небажання спілкуватися». Це мозок, який працює на межі своїх сил, адаптуючись до нової реальності.

1.3. Втрата суб’єктності: «Я тепер вантаж, а не людина»

Особливо для військового, який звик захищати, керувати, ухвалювати рішення, найболючішим стає відчуття, що тепер він:

- «Об’єкт догляду»
- «Проблема»
- «Тягар для родини»

Коли за людину все вирішують, усе роблять, усе контролюють, у неї виникає відчуття:

- «Я більше не керую своїм життям»
- «За мене вирішують, куди мене везти, що зі мною робити»
- «Без вас я – ніхто»

Результат:

- Агресивна відмова від допомоги. «Не чіпай мене! Я сам!» – навіть якщо сам не може впоратися.
- Або, навпаки, повна апатія. «Робіть що хочете, мені все одно».

І те, й інше – не про «вдячний/невдячний». Це болюча боротьба за власну гідність та право лишатися людиною, а не об’єктом догляду.

1.4. Соціальна ізоляція в натовпі: «Я серед людей, але наче за склом»

Особливо складно людям із втратою слуху (повною або частковою).

Уявіть ситуацію:

- Всі сміються, говорять, обмінюються жартами.
- Ви бачите рух губ, міміку, але не розумієте слів.
- Постійно треба:
  - перепитувати;
  - вгадувати за контекстом;
  - робити вигляд, ніби все зрозуміло.

Що відчуває людина:

- Сором. «Я заважаю, я всіх дратую своїм "що?"»
- Підозрілість. «Вони говорять про мене, сміються з мене?»
- Виснаження. Слухати «очима» (читати з губ, ловити жести) – це дуже енергозатратно.

Результат:

- Людина починає уникати компаній, свят, навіть родинних зустрічей.
- Обирає сидіти в іншій кімнаті, «бо так простіше».

З боку це може виглядати як «віддаляється від родини», «байдужий». Насправді це часто спроба захистити себе від постійного болісного нагадування про втрату.

1.5. Гнів на власне тіло: «Тіло мене зрадило»

Коли тіло було інструментом сили (біг, стрибок, зброя, бронежилет), а тепер:

- не слухається;
- болить;
- «тягне вниз» (протези, фантомний біль, обмеження), людина може переживати сильний гнів на власне тіло.

Це проявляється як:

- Відмова від гігієни, вправ, лікування: «Нічого не буду робити».
- Саморуйнівна поведінка: алкоголь, ризикові дії.
- Образливі висловлювання на свою адресу: «Я каліка», «Я нікому не потрібен».

Важливо розуміти: це не прохання вас погодитися з цими оцінками. Це спроба хоч якось виразити біль і сором через те, що тіло більше не відповідає внутрішньому образу себе.

1.6. Горе за «попереднім життям»

Сенсорна травма – це не лише про «травму тіла». Це ще й про втрату попереднього життя:

- професії;
- хобі;
- звичного способу спілкування з близькими;
- ролі (захисник, годувальник, командир, фахівець).

Психологічно це схоже на процес горювання:

- Шок і заперечення: «Це тимчасово», «Мені повернуть зір/слух, медицина все може».
- Гнів: На себе, на лікарів, на державу, на командування, на Бога.
- Торг: «Я буду старатися, якщо...», «Якщо я витримаю реабілітацію, все стане як раніше».
- Відчай, депресія: «Нічого вже не буде», «Я – руїна».
- Поступове прийняття: «Життя буде іншим. Не тим самим, але воно може бути життям».

Ці стадії можуть повертатися хвилями, а не йти по прямій.

1.7. Навіщо це знати родині?

Коли ви розумієте цю невидиму сторону, стає легше:

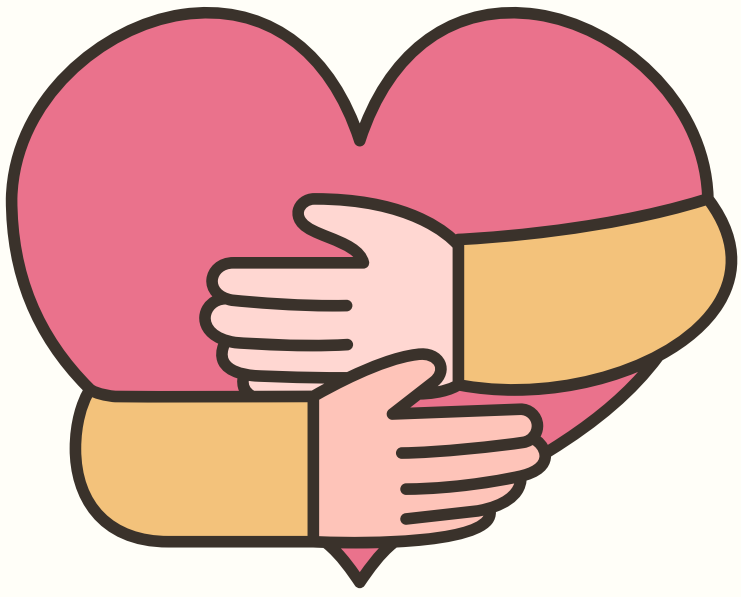
- менше звинувачувати себе («Я щось роблю не так»);
- менше звинувачувати реабілітанта («Він розледачів/озлобився»);
- частіше бачити страх, біль і втрату, які стоять за криком, мовчанням або відмовою.

Це не означає терпіти будь-яку поведінку. Але це допомагає реагувати не з образи, а з розуміння.

Далі в цьому Пораднику йтиметься про:

- те, як саме підтримувати людину на різних етапах реабілітації;
- як помічати регрес і що з ним робити;
- як при цьому не «втратити себе» і не згоріти в турботі.

Цей перший розділ – про те, щоб ви не були в цій історії «в темряві». Ви маєте право знати, що насправді відбувається всередині вашого близького.



Розділ 2. Рекомендації для родин на кожному етапі реабілітаційного Маршруту

Етап 1: Медичний та первинний психологічний

Що відбувається з реабілітантом: шок, дезорієнтація, страх, відчуття втрати контролю. Реабілітант може бути емоційно нестабільним, замкнутим або, навпаки, тривожно-збудженим. Ще не усвідомлює масштаб змін у своєму житті.

Ключове завдання родини: Бути поруч, створювати відчуття безпеки, не тиснути.

Рекомендації:

✅ Що робити	❌ Чого уникати
Просто бути присутніми – фізично і емоційно	Не вимагати «тримати себе в руках» або «бути сильним»
Повідомляти про свою присутність голосом, дотиком (якщо це прийнятно)	Не робити за реабілітанта те, що він може зробити сам
Давати час на мовчання, не заповнювати паузи	Не обговорювати при реабілітанті його стан так, ніби його немає в кімнаті
Запитувати: «Що я можу зробити для тебе зараз?»	Не приймати рішення замість реабілітанта без його участі
Вести щоденник подій і контактів (реабілітант може не пам'ятати)	Не приховувати медичну інформацію «щоб не засмучувати»
Дбати про себе: їсти, спати, просити про допомогу	Не ігнорувати власні емоції та потреби

Сигнали, на які варто звернути увагу (можливий регрес або криза):

- Повна відмова від контакту понад 2–3 дні
- Виражена агресія або апатія, що наростає
- Висловлювання про безнадійність, небажання жити.

Етап 2: Комплексна реабілітація / абілітація

Що відбувається з реабілітантом:

Починає опановувати базові навички: орієнтація, самообслуговування, користування допоміжними засобами. Може відчувати страх руху, сором, розчарування від повільного прогресу.

Ключове завдання родини: Підтримувати самостійність, а не робити замість реабілітанта.

Рекомендації:

✅ Що робити	❌ Чого уникати
Заохочувати спроби, навіть невдалі: «Ти спробував – це вже крок»	Не хапати за руку, не «рятувати» при найменшій паузі
Запитувати: «Як тобі зручніше?», «Де тобі потрібна допомога?»	Не говорити: «Дай я сама/сам, так швидше»
Адаптувати домашнє середовище разом із людиною	Не переставляти речі без попередження
Вивчати разом із людиною нові навички (наприклад, як описувати простір)	Не виявляти надмірної жалості або захоплення простими діями
Святкувати маленькі перемоги	Не порівнювати з «як було раніше»
Підтримувати участь у реабілітаційних заняттях	Не пропускати сесії «бо сьогодні поганий настрій»

Сигнали регресу:

- Відмова виходити з кімнати / квартири
- Повернення до повної залежності від супроводу в діях, які вже були опановані
- Висловлювання: «Навіщо це все, я все одно не зможу»

Етап 3: Освітня та професійна реабілітація

Що відбувається з реабілітантом: шукає відповідь на питання «Хто я тепер?» і «Що я можу робити?». Може переживати кризу ідентичності, страх перед майбутнім, невпевненість у своїй цінності.

Ключове завдання родини: Підтримувати пошук нового сенсу, не нав'язуючи свого бачення.

Рекомендації:

✅ Що робити	❌ Чого уникати
Цікавитися планами, мріями, ідеями – без оцінки	Не казати: «Тобі це не підійде» або «Це нереалістично»
Допомагати шукати інформацію про навчання, курси, вакансії	Не вирішувати за людину, ким їй бути
Підтримувати контакти з колишніми колегами, друзями	Не ізолювати від соціуму «поки не одужає»
Говорити про сильні сторони людини, її попередній досвід	Не фокусуватися лише на обмеженнях
Бути готовими до змін планів – це нормально	Не тиснути: «Ти ж казав, що хочеш...»
Підтримувати фінансово, але не створювати повну залежність	Не робити з людини «утриманця»

Сигнали регресу:

- Повна відмова обговорювати майбутнє
- Зникнення інтересів, які були раніше
- Висловлювання: «Я нікому не потрібен», «Я тягар»

Етап 4: Соціальна інтеграція та участь у житті громади

Що відбувається з реабілітантом: виходить у ширший соціум: громада, нові знайомства, можливо – робота. Стикається зі стигмою, незручністю інших людей, бар'єрами середовища.

Ключове завдання родини: Бути «мостом» до громади, але не посередником у всьому.

Рекомендації:

✅ Що робити	❌ Чого уникати
Заохочувати участь у заходах, групах, зустрічах	Не відмовляти від запрошень «замість людини»
Допомагати налагоджувати контакти, але не «перекладати» всю комунікацію	Не відповідати на запитання, адресовані людині
Разом планувати виходи: маршрут, потреби, очікування	Не уникати публічних місць через «незручність»
Обговорювати досвід після соціальних ситуацій: що було добре, що складно	Не замовчувати інциденти – обговорення знижує тривогу
Підтримувати участь у групах взаємодопомоги ветеранів	Не казати: «Навіщо тобі ці зустрічі, я ж є»
Працювати над власним ставленням до інвалідності	Не транслювати сором або бажання «приховати»

Сигнали регресу:

- Відмова виходити з дому, уникнення людей
- Конфлікти з близькими, дратівливість після контактів
- Повернення до ізоляції після періоду активності

Етап 5: Довготривалий супровід та профілактика регресу

Що відбувається з реабілітантом: досягнув певного рівня стабільності, але потребує підтримки для його збереження. Можуть виникати кризи, пов'язані з життєвими подіями, здоров'ям, втомою.

Ключове завдання родини: Бути уважними до сигналів, підтримувати рутину, не «знімати з обліку».

Рекомендації:

✅ Що робити	❌ Чого уникати
Зберігати регулярність підтримуючих контактів (лікар, психолог, група)	Не вважати, що «вже все добре, можна розслабитися»
Знати індивідуальні тригери регресу для цієї людини	Не ігнорувати ранні сигнали погіршення
Мати план дій на випадок кризи (до кого звернутися, що робити)	Не панікувати при перших ознаках складнощів
Обговорювати зміни в настрої, енергії, поведінці	Не табуювати тему: «Давай не будемо про погане»
Підтримувати здоровий спосіб життя: сон, рух, харчування	Не створювати «тепличних» умов, що знижують активність
Дбати про власний ресурс – родина теж втомлюється	Не жертвувати собою повністю – це шлях до вигорання

Сигнали регресу:

- Порушення сну, апетиту, що тривають понад 2 тижні
- Відмова від діяльності, яка раніше приносила задоволення
- Повернення симптомів, які вже були подолані

Етап 6: Розвиток та самореалізація

Що відбувається з реабілітантом: виходить за межі «адаптації» до активної участі: волонтерство, наставництво, громадська діяльність, професійна реалізація. Досвід травми переосмислюється як ресурс.

Ключове завдання родини: Підтримувати амбіції, поважати автономію, бути партнерами.

Рекомендації:

✅ Що робити	❌ Чого уникати
Радіти досягненням, ділитися гордістю	Не применшувати: «Ну, це ж не справжня робота»
Підтримувати громадську активність, навіть якщо вона «забирає час від родини»	Не конкурувати за увагу
Приймати нову ідентичність людини (активіст, наставник, експерт)	Не тримати образ «хворого/постраждалого»
Обговорювати баланс навантаження – профілактика вигорання	Не ставити ультиматуми: «Або я, або твоя діяльність»
Бути готовими до того, що людина може допомагати іншим	Не ревнувати до нових контактів і ролей
Переосмислити власну роль: від опікуна до партнера	Не «тримати» людину в залежності

Сигнали регресу:

- Ознаки вигорання: виснаження, цинізм, втрата сенсу
- Нехтування здоров'ям заради діяльності
- Конфлікти в родині через «надмірну зайнятість»

Загальні принципи для родин на всіх етапах

1. **Реабілітант** – не об'єкт турботи, а суб'єкт свого життя. Навіть якщо він потребує допомоги, рішення мають залишатися за ним.

2. **Регрес** – це не провал. Тимчасові погіршення є нормальною частиною процесу. Важливо не панікувати, а реагувати.

3. **Родина** теж потребує підтримки. Групи для родин, консультації психолога, час для себе – це не розкіш, а необхідність.

4. **Комунікація** – ключ. Говоріть про те, що відбувається. Мовчання створює дистанцію.

5. **Знайте ресурси**. Майте під рукою контакти: кризова лінія, психолог, реабілітаційний центр, група підтримки.

Розділ 3. Як діяти при регресі?

Що таке регрес і чому він відбувається?

Регрес – це тимчасове погіршення стану реабілітанта: повернення симптомів, які вже були подолані, втрата набутих навичок, емоційний відкат.

Важливо розуміти: регрес – це нормальна частина реабілітаційного процесу, а не провал.

Типові тригери регресу:

- Фізичне нездоров'я, біль, втома
- Стресові життєві події (конфлікти, втрати, фінансові труднощі)
- Річниці травматичних подій, свята
- Бюрократичні затримки (документи, виплати, черги)
- Зміна середовища або команди фахівців
- Перерва в реабілітаційному процесі
- Невдачі в освітній або професійній сфері
- Новини про війну, втрати побратимів

Перші кроки при виявленні регресу

Крок 1: Зберігайте спокій

✅ Що робити	❌ Чого уникати
Зробіть глибокий вдих. Ваш спокій – якір для реабілітанта	Не панікуйте і не драматизуйте
Нагадайте собі: це тимчасово, це вже було подолано раніше	Не звинувачуйте ні себе, ні реабілітанта
Зосередьтеся на поточному моменті, а не на страхах про майбутнє	Не кажіть: «Ну ось, знову почалося» або «Стільки зусиль – і все даремно»

Крок 2: Спостерігайте та фіксуйте

Що відстежувати?	Як це робити?
Що саме змінилося? (сон, апетит, настрій, активність, навички)	Записуйте коротко в щоденник або нотатки в телефоні
Коли почалося? (після якої події, дати)	Спробуйте визначити можливий тригер
Наскільки виражено? (легке погіршення чи різкий відкат)	Порівняйте з попередніми епізодами, якщо були
Як довго триває?	Фіксуйте динаміку день за днем

Ці записи стануть у нагоді при зверненні до фахівця.

Крок 3: Забезпечте базову безпеку

Пріоритет	Дії
Фізична безпека	Переконайтеся, що реабілітант не становить загрози для себе. При суїцидальних висловлюваннях – негайно зверніться на кризову лінію (7333 або 0 800 33 20 29)
Базові потреби	М'яко підтримуйте режим: сон, їжа, гігієна. Не вимагайте, але пропонуйте
Зменшення стимулів	Якщо реабілітант перевантажений – тимчасово зменшіть кількість контактів, подій, вимог

Крок 4: Встановіть контакт

✅ Що казати	❌ Чого уникати
«Я бачу, що тобі зараз важко. Я поруч»	«Та що з тобою знову?»
«Ти не мусиш пояснювати. Просто знай, що я тут»	«Візьми себе в руки»
«Це важкий період, але ми його пройдемо. Це вже було – і ти	«Подумай про інших, їм ще гірше»
«Що я можу зробити для тебе зараз?»	«Ти маєш бути сильним/сильною»
«Можемо просто помовчати разом, якщо хочеш»	«Після всього, що ми для тебе зробили...»
«Я тебе люблю. Це не змінилося»	«Ти знову все зіпсував»

Крок 5: Не робіть замість, але будьте поруч

Ситуація	Як діяти
Реабілітант відмовляється від діяльності, яку вже опанував	Не наполягайте силою. Запропонуйте зробити разом або зменшити обсяг
Реабілітант ізолюється	Залишайтеся доступними, але не вторгайтеся. Коротко повідомляйте про свою присутність
Реабілітант проявляє агресію або дратівливість	Не вступайте в конфлікт. Дайте простір. Поверніться до розмови пізніше
Реабілітант висловлює безнадійність	Слухайте без заперечень. Не переконуйте, що «все буде добре». Просто будьте поруч

Крок 6: Зверніться по допомогу

Коли обов'язково потрібен фахівець:

🚨 Негайно (кризова лінія)	⚠️ Найближчим часом (психолог/ лікар)
Висловлювання про небажання жити, суїцидальні думки	Регрес триває понад 2 тижні без покращення
Самоушкодження або його загроза	Повна відмова від базових активностей (їжа, гігієна)
Виражена агресія до себе або інших	Повернення симптомів, які були стабілізовані (паніка, флешбеки)
Психотичні симптоми (галюцинації, марення)	Значне погіршення функціонування

Контакти для екстрених ситуацій:

- Lifeline Ukraine: 7333 (24/7)
- Гаряча лінія Ветеранського фонду: 0 800 33 20 29 (24/7)
- Екстрена психологічна допомога: 103

Коротка пам'ятка: 5 кроків при регресі

Крок	Дія
1	Заспокойтеся. Ваш спокій – опора для реабілітанта
2	Спостерігайте. Що змінилося? Коли? Наскільки?
3	Будьте поруч. Не «виправляйте» – просто присутні.
4	Зверніться по допомогу. Якщо потрібно – до фахівця.
5	Подбайте про себе. Ви теж потребуєте ресурсу.

Фрази, які можуть допомогти

«Я бачу, що зараз важко. Я нікуди не йду»

«Тобі не потрібно бути сильним/сильною при мені»

«Це пройде. Ми вже проходили через таке»

«Я люблю тебе не за досягнення. Просто за те, що ти є»

«Давай просто побудемо разом. Нічого не треба робити»

«Ти не тягар. Ти – мій рідний»

Розділ 4. Час як союзник: як не втратити віру на довгому шляху

Час – не ворог, а союзник. Повільний прогрес – це все одно прогрес. Кожен день, коли ви разом, – це крок уперед, навіть якщо його не видно з першого погляду.

Реабілітація після сенсорної бойової травми – це не спринт, а марафон. Вона рідко триває тижні, частіше – місяці й роки, причому прогрес іде хвилями, а не рівною лінією. Це виснажує і реабілітанта, і родину, особливо коли очікування («скоро все буде як раніше») не збігаються з реальністю.Щоб полегшити цей шлях, важливо «подружитися з часом» – змінити спосіб, у який ви дивитесь на тривалість відновлення, і перестати сприймати повільність як поразку.

Метафора 1. «Загоєння невидимої рани»

Коли людина ламає ногу, усі розуміють: кістці потрібні тижні, щоб зростися, потім – місяці, щоб відновити силу м'язів. Ніхто не вимагає бігти марафон через тиждень після зняття гіпсу.

Втрата зору чи слуху – це «перелом» способу сприймати світ. Мозок мусить фізично перебудувати свої зв'язки, щоб навчитися жити в новій реальності. Це називається **нейропластичністю**: нервова система змінює свою структуру й функції у відповідь на новий досвід, тренування, сенсорну стимуляцію. Цей процес не можна прискорити силою волі, як не можна змусити кістку зростися за ніч.

Ваше терпіння – це не слабкість, а сила.

Здатність чекати, підтримувати, вірити, коли результати непомітні, – це справжня мужність.

Як це допомагає родині:

- Зменшує відчуття «винуватості» (ніби хтось недостатньо старається).
- Переносить фокус із «терміну» на «якість кроків».

Метафора 2. «Вивчення нової мови»

Адаптація до сенсорної втрати схожа на переїзд у країну з абсолютно новою мовою. Спочатку людина вчиться виживати: зрозуміти базові сигнали, знайти «вихід» і «вхід». Потім з'являються окремі «слова» – перші навички. Лише з часом приходить «вільне володіння» – коли можна жартувати, планувати, працювати.

Так само й тут: спочатку реабілітант вчиться елементарним речам (дійти до ванної, упізнати голос), і це займає місяці. Те, що з боку здається «дрібницею», для мозку – величезна робота.

Практична порада для родини:

- Хваліть за «перші слова» (маленькі кроки), а не чекайте одразу «романів» (повної самостійності).
- Порівнюйте реабілітанта з ним самим «вчора», а не «до травми».

Метафора 3. «Сезони відновлення»

Реабілітацію можна уявити як зміну сезонів.

Зима (гострий період): головне – зберегти життя, мінімальну стабільність. Багато темряви, мало сил. Це не час «досягнень», це час виживання.

Весна (початок реабілітації): бруд, калюжі, нестабільність. Є перші паростки – окремі навички, спроби, надія. Дуже важливо не витоптати їх нетерпінням.

Літо (активна фаза): темпи зростання вищі, з'являється більше впевненості, розширюється простір дії. Але це також період великого навантаження, і втома є нормальною.

Осінь (інтеграція): збір «урожаю» – закріплення навичок, перехід до нових ролей, робота, навчання. Водночас це підготовка до нових циклів – будуть і нові «зими», і нові «весни».

Чому це важливо:

- Неможливо перескочити прямо в «літо», якщо у вас ще «зима».
- Якщо зараз «зима», завдання родини – не вимагати «цвітіння», а тримати тепло та захист.

Орієнтовні часові рамки (дуже приблизно)

Кожен випадок унікальний, і точні терміни прогнозувати неможливо. Але корисно мати хоча б приблизні орієнтири:

Етап адаптації	Приблизна тривалість
Гостра адаптація (шок, первинне прийняття)	від кількох тижнів до 3–6 місяців
Опанування базових навичок автономності	кілька місяців інтенсивної реабілітації
Соціально-психологічна адаптація до нової реальності	від кількох місяців до 1–2 років і довше

Важливо: Це не «норми», а рамки, які показують: те, що ви відчуваєте повільність, – нормально.

Що робити, коли здається, що «нічого не змінюється»

1. Змінити масштаб порівняння

❌ Замість: «Рік минув, а ми досі не живемо як раніше»

✅ Спробуйте: «Місяць тому він взагалі не виходив із кімнати. Сьогодні сам дійшов до кухні і зробив чай».

Мозок схильний знецінювати мале і помічати лише «велике». Щоденник маленьких змін (1–2 рядки на день) допомагає буквально «побачити» прогрес.

2. Прийняти періоди плато

Періоди, коли «начебто нічого не відбувається», часто означають, що мозок інтегрує вже набуте. Це як після інтенсивного тренування: м'яз росте не тоді, коли ви піднімаєте вагу, а коли відпочиваєте.

Важливо: плато ≠ регрес. Завдання родини – не лякатися «зупинки», а обережно підтримувати рутину.

3. Відрізняти регрес від втоми

- Якщо реабілітант тимчасово «не тягне» заняття після періоду активності, але за кілька днів відновлюється – це втома.
- Якщо втрачаються вже стабільні навички, з'являються сигнали, описані в попередніх розділах, і це триває тижнями – це **регрес**, і варто говорити з фахівцем.

Як про це говорити з реабілітантом
Фрази, які допомагають:

- «Ми не зобов'язані бути швидкими. Ми зобов'язані бути живими»
- «Ти робиш те, що можеш, у цих умовах. Це вже багато»
- «Ми будемо дивитися не на те, як було "до", а на те, як стає "краще, ніж учора"»
- «Ми вчимося новому життю. Це не провал старого, це інше життя»

Як зменшити тиск очікувань у родині

1. **Озвучити реалістичний горизонт.** Не «за місяць усе налагодиться», а «нам потрібні місяці й роки, але кожен крок має значення».
2. **Домовитися в родині про «правило малих кроків».** Наприклад: «Оцінюємо не за тим, скільки зробили за рік, а за тим, який маленький крок зробили цього тижня».
3. **Нормалізувати повтори.** Те, що реабілітант «знову» вчиться тому самому – не провал, а закріплення.
4. **Регулярно нагадувати собі:** «Повільно – не означає "даремно". Повільно – означає "по-справжньому".»

🌱 **Ви вирощуєте нове життя.** Не відновлюєте старе, а створюєте нове. І на це потрібен час.

Практичний інструмент: «Правило 3-х П»

Коли здається, що все стоїть на місці, використовуйте цей простий алгоритм:

Крок	Дія
П – Подивись назад	Порівняй не з ідеалом, а з собою місяць тому. «Місяць тому я не міг дійти до кухні. Сьогодні зробив чай. Прогрес є.»
П – План на сьогодні	Фокус тільки на одному маленькому кроці. «Сьогодні – навчитися застібати ґудзик. Все. Про завтра подумаю завтра.»
П – Пауза	Дозвіл на зупинку. «Я втомився. Я маю право нічого не робити два дні. Це не регрес, це піт-стоп.»

Життєві ситуації: тренуємо правильну реакцію

Теорія – це добре, але в реальному житті емоції часто беруть гору. Ось 6 типових ситуацій, які можуть трапитися (або вже траплялися), і варіанти, як перетворити їх з конфлікту на крок до відновлення.

Ситуація 1. «Все даремно» (Зневіра через невдачу)

Що сталося: Реабілітант (наприклад, із втратою зору) третій тиждень вчиться наливати чай, але сьогодні знову розлив окріп. Він кидає чашку, кричить: *«Я нікчема! Я ніколи не зможу жити нормально! Вся ця реабілітація – до одного місця!»*

❌ *Неправильна реакція (Спроба «прискорити час»):*

- *«Та заспокойся, нічого страшного.» (Знецінення емоцій).*
- *«Давай я сама наллю, ти просто втомився.» (Повернення в залежність, підтвердження безпорадності).*
- *«Ти мусиш старатися краще!» (Тиск).*

✅ *Правильна реакція (Союз із часом):*

- *Дія: Спокійно прибрати наслідки (витерти воду), не акцентуючи на цьому увагу. Дати емоціям вийти.*
- *Слова: «Ти зараз злий, і це нормально. Це бісить, коли не виходить. Але згадай: місяць тому ти навіть не брав чайник до рук. Сьогодні ти пролив воду, але ти сам взяв чайник. Це прогрес, просто сьогодні поганий день. Завтра спробуємо ще раз, коли будеш готовий.»*
- *Чому це працює: Ви валідуєте емоцію (гнів), але повертаєте фокус на «велику картину» (прогрес за місяць, а не за хвилину).*

Ситуація 2. «Ефект плато» (Затишшя)

Що сталося: Дружина помічає, що чоловік уже місяць ходить на заняття з орієнтування, але вдома все одно сидить у кімнаті й не виходить на вулицю сам. Здається, що реабілітація зупинилася.

❌ *Неправильна реакція (Нетерпіння):*

- *«Ну і чого ти там навчився? Чому ми досі сидимо вдома?»*
- *«Давай вже, йди в магазин, тобі треба тренуватися!»*

✅ Правильна реакція (Розуміння «зими/весни»):

- Дія: Зрозуміти, що це «плато» – накопичення сил. Запропонувати маленьку, безпечну дію.
- Слова: *«Я бачу, що ти зараз багато сил віддаєш на заняттях. Мабуть, поки що важко застосовувати це тут, на нашому районі. Давай у неділю просто вийдемо разом до під'їзду і постоїмо 5 хвилин? Тільки до під'їзду. Ти мені розкажеш, які орієнтири чуєш.»*
- Чому це працює: Ви не штовхаєте в «літо» (активність), а пропонуєте «весняний» крок – маленький, безпечний експеримент без тиску.

Ситуація 3. «Гойдалки» (Крок вперед, два назад)

Що сталося: Минулого тижня син (ветеран із втратою слуху та контузією) був активним, жартував, грав із дітьми. Цього тижня він лежить обличчям до стіни, майже не їсть і відмовляється розмовляти.

❌ Неправильна реакція (Страх втрати часу):

- *«Знову почалося! Ми ж тільки почали жити нормально!»*
- *«Вставай негайно, не можна так розкисати!»*

✅ Правильна реакція (Прийняття циклічності):

- Дія: Не панікувати. Перевірити базові потреби (чи нічого не болить). Дати спокій на обумовлений час.
- Слова: *«Схоже, в тебе сіла батарейка. Це нормально після активного тижня. Відпочивай. Я буду поруч у сусідній кімнаті. Якщо захочеш їсти – маякни. Даємо тобі два дні на повний "режим тиші", а в середу спробуємо разом випити кави.»*
- *Чому це працює: Ви називаєте стан (втома, а не катастрофа), даєте дозвіл на паузу (легалізуєте її), але ставите м'який «маячок» на майбутнє (середа), щоб пауза не перетворилася на ізоляцію.*

Ситуація 4. «Подвійний бар'єр» (Втрата зору + Ампутація руки)

Що сталося: Ветеран намагається застібнути куртку або нарізати їжу однією рукою, не бачачи процесу. У нього не виходить, він кидає речі, кричить від безсилля: *«Я каліка! Я навіть штани не можу вдягнути!»*

❌ Неправильна реакція (Жалість):

- Кинутися робити це замість нього мовчки.
- *«Ой, бідненький, давай я швиденько зроблю, не мучся.»*
- *«Не кажи так, ти герой!»* (У момент безсилля це звучить як знущання).

✅ Правильна реакція (Партнерство і терпіння):

- Дія: Не хапати речі з рук. Зачекати, поки перший спалах гніву пройде. Запропонувати адаптивний спосіб.
- Слова: *«Це справді до біса складно. Тобі доводиться вчитися робити це не просто наосліп, а ще й однією рукою. Це подвійна робота. Давай ти спробуєш ще раз, але ми використаємо гачок для ґудзиків. Я тут, я не поспішаю. Ми маємо весь час світу.»*
- Чому це працює: Ви визнаєте об'єктивну складність (не «ти слабкий», а «завдання надважке»). Ви пропонуєте інструмент, а не жалість.

Ситуація 5. «Страх невидимого» (Втрата зору + Частковий слух + Ампутація)

Що сталося: Треба йти до лікаря. Ветеран відмовляється виходити, стає агресивним. Його головний страх – вразливість: *«Я нічого не чую з того боку, я не бачу ям, і я навіть не зможу виставити руки, якщо падатиму».*

❌ Неправильна реакція (Знецінення страху):

- *«Та я ж буду поруч, чого ти боїшся?»*
- *«Не вигадуй, там рівна дорога.»*

✅ Правильна реакція (Створення безпеки):

- Дія: Фізично показати надійність контакту. Домовитися про систему сигналів.

- Слова: (Чітко, в бік здорового вуха) «Я розумію твій страх. Це страшно – не контролювати простір. Давай домовимось: ти тримаєшся здоровою рукою за моє плече. Я буду твоїми очима і твоїм балансом. Ми підемо дуже повільно. Якщо захочеш зупинитися чи повернутися – ми зробимо це миттєво. Ми йдемо не гуляти, ми йдемо тренувати нашу взаємодію.»
- Чому це працює: Ви не заперечуєте небезпеку. Ви пропонуєте чіткий алгоритм безпеки і повертаєте відчуття контролю.

Ситуація 6. «Вантаж у темряві» (Втрата зору + Ампутація ніг)

Що сталося: Ветеран лежить у ліжку. Ви хочете вивезти його на вулицю, підвозите крісло і починаєте пересаджувати без попередження. Він впирається і кричить: *«Не чіпай мене! Я не хочу бути мішком картоплі!»*

❌ Неправильна реакція (Гіперопіка та ігнорування волі):

- *«Не вигадуй, тобі треба на сонце.»*
- Мовчки, силою пересадити його, думаючи: «Я краще знаю».

✅ Правильна реакція (Повернення контролю):

- Дія: Зупинитися. Сісти поруч. Не рухати його без команди.
- Слова: *«Вибач, що я почала це без твого дозволу. Я розумію, що це жахливе відчуття – коли тебе возять у темряві. Давай домовимось так: ти – капітан, я – двигун. Я не зрушу з місця, поки ти не скажеш "поїхали". Я буду описувати кожен поріг. Ти не вантаж. Ти вирішуєш, куди ми їдемо. Якщо хочеш лишитися – це твоє право.»*
- Чому це працює: Ви повертаєте суб'єктність («Ти керуєш»). Обіцянка озвучувати дії знімає страх перед невідомим.

«Головний секрет усіх цих сценаріїв простий: ми боремося не проти близького, а разом із ним – проти його страху та безсилля».

Розділ 5. Словничок важливих слів

(Прості пояснення складних речей)

У цьому посібнику (і в кабінетах лікарів) ви можете почути слова, які звучать незрозуміло або лякаюче. Ми переклали їх з "наукової" мови на людську.

Про стан та процеси

Абілітація - Навчання абсолютно новим навичкам, яких людина раніше не мала. *Приклад:* Якщо реабілітація – це відновити вміння ходити, то абілітація – це навчитися читати пальцями (шрифт Брайля) або орієнтуватися на слух. Це не "лагодження старого", а створення нового.

Депривація - Стан позбавлення чогось життєво необхідного. *Простими словами:* Коли мозку чогось не вистачає так само сильно, як тілу не вистачає їжі.

Когнітивні функції - Здатність мозку працювати: запам'ятовувати, бути уважним, планувати дії, приймати рішення. *Чому це важливо:* Після травми людина може стати забудькуватою або розсіяною. Це не "поганий характер", це тимчасове порушення когнітивних функцій.

Нейропластичність - Супер-сила нашого мозку змінюватися. Коли одна ділянка пошкоджена (наприклад, зір), мозок прокладає нові "маршрути" і вчиться використовувати інші органи чуття (слух, дотик) набагато краще. Це те, що дає нам надію.

Плато - Період затишшя. Час, коли здається, що ніякого прогресу немає і все зупинилося. *Насправді:* Це час, коли мозок "утрамбовує" нові знання. Це не зупинка, це закріплення результату перед новим ривком.

Регрес - Тимчасовий крок назад. Повернення симптомів або втрата навичок, які вже вдавались. *Важливо:* Це не провал і не кінець реабілітації. Це сигнал, що організм втомився або сталась стресова подія. Після відпочинку рух вперед відновиться.

Сенсорна травма - Пошкодження органів чуття – зору або слуху. Це травма каналів, через які ми сприймаємо світ.

Сенсорний голод (сенсорна депривація) - Ситуація, коли мозок перестає отримувати звичні сигнали від очей чи вух. *Чому це важливо знати:* Коли настає «тиша» або «темрява», мозок може почати панікувати або вигадувати сигнали (шуми, спалахи), аби заповнити порожнечу. Це не божевілля, це спроба мозку «нагодувати» себе інформацією.

Тригер (з англ. "спусковий гачок") Будь-що (звук, запах, слово, ситуація), що миттєво викликає сильний емоційний сплеск, страх або спогад про травму. *Приклад:* Звук петарди може бути тригером, який миттєво повертає у стан бойового стресу.

Про ставлення та суспільство

Валідизація Визнання права людини на її почуття. *Приклад:* Замість "Не сумуй, все буде добре", ми кажемо "Я бачу, що тобі сумно, і це нормально в твоїй ситуації". Ми не намагаємось "виправити" емоцію, ми даємо їй право бути.

Інклюзія Створення умов, де ветеран почувається своїм, а не "особливим" чи "хворим". Це коли світ підлаштовується під людину, а не змушує її долати бар'єри.

Стигма Образливий "ярлик" або стереотип. Коли в людині бачать насамперед її інвалідність, а не особистість. *Наше завдання:* Боротися зі стигмою, нагадуючи, що перед нами – насамперед Герой, батько, фахівець, а не просто "інвалід".

Суб'єктність Здатність бути "автором" свого життя. *Простими словами:* Реабілітант – це не валіза, яку ми переносимо з лікарні додому. Це капітан корабля. Навіть якщо йому потрібна допомога команди, курс прокладає він сам.

Корисна література та ресурси для родин

Книги про спілкування та розуміння ветерана

- «Любов на лінії вогню» (Френк Б'юпі, Сьюзен Джонсон). *Про що?:* Як зберігати емоційний зв’язок у парі, коли один із партнерів пережив травматичний досвід війни. Практичні поради для відновлення довіри та близькості.
- «Тіло веде лік» (Бессел ван дер Колк). *Про що?:*Світовий бестселер про те, як травма впливає на тіло і мозок, і як з цим жити. Допомагає зрозуміти фізіологічні причини змін у поведінці близького.
- «Як ти, коханий(а)?» (Безкоштовний посібник від Veteran Hub). *Про що?:* Прості відповіді на складні питання: як говорити, як мовчати, як займатися сексом, як сваритися і миритися після повернення з війни. *Де знайти:* На сайті veteranhub.com.ua
- «Психологічна травма та шлях до видужання» (Джудіт Герман). *Про що?:* Класична книга про етапи відновлення після травматичних подій. Допомагає зрозуміти, що відбувається з психікою вашого близького.

Практичні посібники та брошури

- «Взаємодія без бар'єрів» (Довідник). *Про що:* Спеціалізований посібник про етику спілкування та супроводу людей із сенсорними порушеннями (зокрема незрячих). *Де знайти:* На сайті «Довідник безбар’єрності» (bf.in.ua).
- «Ми пережили: техніки відновлення для сімей» *Про що:* Збірка практичних вправ для саморегуляції, зняття стресу та відновлення ресурсу всієї родини.
- «Як ти, брате? / Як ти, сонечко?» (Проєкт психологічної підтримки) *Про що:* Серія ілюстрованих посібників про те, як говорити з військовими та як підтримувати себе. Дуже проста і доступна мова. *Де знайти:* yakty.com.ua

Онлайн-курси та платформи

- «Поруч» (Онлайн-платформа) *Що це:* Групи психологічної підтримки, лекції та вебінари для родин військових. *Сайт:* poruch.me
- «Мозок і війна» (Відеолекції на YouTube) *Що це:* Короткі відео від нейробіологів та психологів про те, як війна змінює мозок і як повернути його до «мирного режиму».
- Застосунок «База» (Мобільний додаток) *Що це:* Інструмент для психологічної самодопомоги ветеранам і близьким. Містить вправи для заспокоєння, кнопку кризової допомоги, контакти фахівців. *Де завантажити:* App Store / Google Play.

Книги для дітей про війну і травму

- «Мій тато став зіркою» (Галина Кирпа) – для розмови про втрату (якщо актуально) або про зміни.
- «Війна, що змінила Рондо» (Романа Романишин, Андрій Лесів) – про те, як травма змінює, але не ламає.

Розділ 7. Перелік джерел підтримки

Гарячі лінії кризової підтримки (цілодобово або у розширеному режимі)

Назва організації	Телефон	Режим роботи	Послуги
Гаряча лінія Українського ветеранського фонду	800 332 029	24/7	Психологічна кризова допомога, юридичні консультації (пн-пт 9:00–18:00)
Єдина ветеранська лінія (Мінветеранів)	800 505 217	щодня 8:00–20:00	Консультації з усіх питань для ветеранів та родин
Урядова гаряча лінія (ветеранські питання)	1545 (кнопка 9)	робочі години	Інформація про пільги, послуги, документи
Lifeline Ukraine (запобігання самогубствам)	7333	24/7	Кризова підтримка при суїцидальних думках, емоційних кризах
Національна психологічна асоціація	800 100 102	щодня 10:00–20:00	Психологічна допомога постраждалим від війни

Лінії підтримки спеціально для родин

Назва	Телефон / Контакт	Графік	Послуги	Формат
Veteran Hub – Лінія для близьких	+38 (067) 348 28 68	щодня 9:00–21:00	Психологічна, юридична, соціальна підтримка для родин ветеранів	Телефон, індивід. консультації
Служба психосоціальної підтримки сімей (ГО «Жіноча Сила»)	0 800 332 720 Telegram: @pidtrymka	щодня 10:00–20:00	Групи підтримки для дружин і матерів, індивідуальні консультації	Онлайн та офлайн
Мінветеранів – психологічна допомога	632 302 325	робочі години	Координація безоплатної психологічної допомоги для родин	Консультації

Групи підтримки для родин (онлайн та офлайн, приєднатись можна через веб-сайт)

Організація	**Формат**	**Контакт / Посилання**	**Для кого**
Український ветеранський фонд	Щотижневі групи (онлайн Zoom)	veteranfund.com.ua/projects/hot_line/hrupy-pidtrymky	Ветерани та члени родин
Veteran Hub	Групи підтримки	veteranhub.com.ua/services/bezoplatni-grupy-pidtrymky	Сім'ї загиблих, поранених, полонених
«Варто жити»	Групи підтримки	vartozhyty.com.ua/projects/grupy-pidtrymky	Військовослужбовці та близькі
«Блакитний птах»	Групи підтримки	hostage.org.ua	Родини військовополонених та зниклих безвісти
Кризовий центр «Соціотерапія»	Групова психотерапія, арттерапія, фільмотерапія	sociotherapy.org.ua	Ветерани та родини

Індивідуальна психологічна допомога для родин

Організація	**Контакт**	**Особливості**	**Обмеження сесій**	**Кому доступна**
Програма СЕТА	066-147-43-17; 068-283-20-98	Індивідуальна терапія	До 12+ сесій	Ветерани і члени родин
ВО Vesta	Viber/WhatsApp/Telegram: 097-595-33-50	Консультації для родин	До 8 консультацій (поновлюється кожні 3 місяці)	Члени родин ветеранів
БФ «Майнді»	050-136-97-73 / форма на сайті	Індивідуальні сесії, групова терапія, супровід протезування	Без обмежень, залежить від програми	Ветерани та родини
ЯРМІЗ	Facebook: yarmizkyiv / +38 (073) 891 14 50	Психологічні консультації	Залежить від ситуації	Ветерани та близькі
Реєстр психологів Мінветеранів	Портал Мінветеранів	Перевірені фахівці, оплата від держави	Залежить від програми	Учасники бойових дій

Ресурси для родин осіб із втратою зору

Організація	Контакт / Сайт	Послуги	Регіони	Примітка
Українське товариство сліпих (УТОС)	cputos.org.ua	Реабілітаційний центр, консультації, бібліотеки для незрячих, групи підтримки	Національна мережа	Основна організація
Реабілітаційний центр УТОС	cputos.org.ua/orhanizatsiji-utos/reabilitatsijnyj-tsentr-utos	Соціально-побутова реабілітація, орієнтування, шрифт Брайля, комп'ютерні технології	За місцем розташування	Безоплатні заняття
Київська міська організація УТОС	kmoutos.org.ua	Місцеві осередки підтримки, культурні заходи, правозахист	Київ та область	Місцеві контакти

Ресурси для родин осіб із втратою слуху

Послуга	Інформація / Контакт	Охопленість	Для кого	Вартість
Безоплатні слухові апарати для ветеранів	mva.gov.ua; nssu.gov.ua	43 медзаклади по Україні	Ветерани без оформлення інвалідності	Безоплатно
Центр реабілітації слуху «Беттертон»	bettertone.com.ua / Київ: (096) 634-48-48	Філіали у кількох містах	Усім, хто потребує	Платно (з програмами грантів)

Комплексна підтримка (юридична, соціальна, психологічна)

Організація	Контакт	Послуги	Формат	Регіони
Veteran Hub (Київ, Вінниця)	veteranhub.com.ua / 067-348-28-68	Юридичні консультації, психологічна підтримка, кар'єрне консультування, виїзд додому	Онлайн, офлайн, на місцях	Київ, Вінниця, мобільні офіси
«Київ Мілітарі Хаб»	0 800 300 633 (пн-чт 9:00–17:30, пт 9:00–16:00)	Комплексна підтримка учасників бойових дій та сімей загиблих	Телефон, консультації	Київ та партнерські регіони
Мобільні групи «Простір Можливостей»	pm.in.ua	Виїзні консультації (юрист, психолог, кейс-менеджер)	Виїзні, онлайн	Віддалені громади

Підтримка дітей та підлітків у родинах ветеранів

Організація	Контакт	Послуги	Вік / Цільова аудиторія	Мови
«Ла Страда – Україна» (дитяча гаряча лінія)	116 111 / 0 800 500 225	Психологічна, правнича, інформаційна консультація для дітей	Діти та підлітки	Українська, російська
Проєкт «ПОРУЧ»	poruch.me/teenagers	Онлайн групи підтримки для підлітків	Підлітки 12+	Українська

Післямова

Якщо ви дочитали цей посібник до кінця, ви вже зробили перший і найважливіший крок – ви вирішили розуміти.

Розуміти, що відбувається з вашим близьким. Розуміти, чому він змінився. Розуміти, що це не його вина, це не ваша вина, це – реальність, з якою ми всі разом вчимося жити.

Вам не потрібно бути ідеальними. Ви можете робити помилки. Можете злитися, розчаруватися, втомитися. Можете не знати правильної відповіді. І це абсолютно нормально.

Цей посібник не про те, щоб виконувати всі рекомендації ідеально. Це про те, щоб мати компас – щось, на що можна оглянутися, коли ви загубилися в тумані невизначеності.

Ваша роль – це не «супергерой». Ви не маєте виправляти реабілітанта. Ви не маєте рятувати його. Ви не маєте розуміти все з першого разу.

Ваша роль – бути людиною, яка каже: «Я тут. Я спробую зрозуміти. Я помилятимусь – але я не йду. Ми вирішим це разом.»

Це достатньо. Насправді, це більш ніж достатньо.

Про час. Цей посібник багато говорить про час. І це не випадково.

Реабілітація – це марафон, а не спринт. Деякі дні будуть чорними. Деякі будуть яскравими. Більшість буде звичайними – ні гарними, ні поганими, просто днями, коли ви разом йдете вперед. І ці звичайні дні – найважливіші.

Це дні, коли ніхто не герой, але все працює. Дні, коли реабілітант зробив чай без вашої допомоги. Дні, коли ви обоє просто сміялися. Дні, коли нічого не сталося – і це було о'кей. Накопичуйте ці дні. Вони будуватимуть нове життя – не те, що було раніше, а те, що буде далі.

На що звернути увагу!

Коли вам буде важко, повертайтеся до цих простих істин:

✅ *Регрес – це не провал. Це сигнал, що потрібна пауза або допомога. Ви це вже долали раніше – здолаєте й зараз.*

✅ *Ваша втома – це серйозно. Якщо ви вигораєте, ви не можете допомогти нікому. Допоможіть собі першими. Це не егоїзм, це логіка фізики.*

✅ *Ви не можете контролювати все. Ви можете контролювати лише своє ставлення, слова та дії. Решта – робота реабілітанта, часу та процесу.*

✅ *Маленькі кроки зараховуються. Якщо сьогодні реабілітант просто встав з ліжка – це вже досягнення. Якщо він усміхнувся – це перемога. Якщо ви прослухали його без заперечень – ви звершили чудо.*

✅ *Ви не самі. Через багато чого, що описано в цьому посібнику, пройшли тисячі родин. На кризові лінії можна дзвонити. До груп можна приєднатися. З психологами можна говорити. Вам не потрібно носити це самим.*

Те, що робить нас сильніше. Австралійський письменник Тім Винтон написав: «Травма підбирає нас усіх. Складність полягає не в тому, щоб її уникнути, а в тому, щоб пройти через неї й залишитися людиною.»
Близька вам людина пройшов через неймовірну травму. І ось він тут, із вами, намагаючись будувати нове життя. Ви пройшли через це разом.
Це не з'єднає вас звичайним способом. Це може зламати вас обох. Але якщо ви обраєте – знову й знову – залишатися разом, розмовляти, пробувати, помилятись та рухатися далі, то ви обидва збудуєте щось більш міцне, ніж те, що було.

Як користуватися цим посібником далі?

- *Читайте його повторно. Кожного разу, коли вам страшно або незрозуміло, відкрийте його знову. Щось нове завжди «клацне».*
- *Дайте його іншим. Однокласникам ваших дітей, друзям, батькам. Розділіть розуміння.*
- *Критикуйте його. Якщо щось не працює для вас, скажіть. Цей посібник був написаний для вас, а не проти вас. Він має розвиватися.*
- *Додавайте до нього. Запишіть на полях те, що вам допомагає. Записи від лікарів, телефони психологів, цитати, які мотивують. Нехай він стане вашим.*

- Занедбайте його, коли вам добре. Коли все йде відносно легко, ви можете забути про посібник. І це о’кей. Коли буде важко – він буде тут.

Наостанок

Вам дано найважче завдання – бути людиною біля людини, яка пережила те, що розломило світ.
Ви можете не знати всіх відповідей. Ви можете робити помилки. Ви можете уночі не спати від тривоги. Але ви обрали залишитися.
І ось, що це означає: ви – сильні. Ви – важливі. Ви – герой у цій історії, а не другорядна людина.
Дякуємо за те, що ви тут.
З надією,
Команда онлайн-лабораторії «Маршрут можливостей»

П.С. Якщо ви натрапите на слова чи фрази в цьому посібнику, які викликають запитання, поверніться до розділу «Словничок». Якщо там немає відповіді – пишіть нам. Цей посібник живий документ, і ми намагаємось зробити його зрозумілим для кожного.

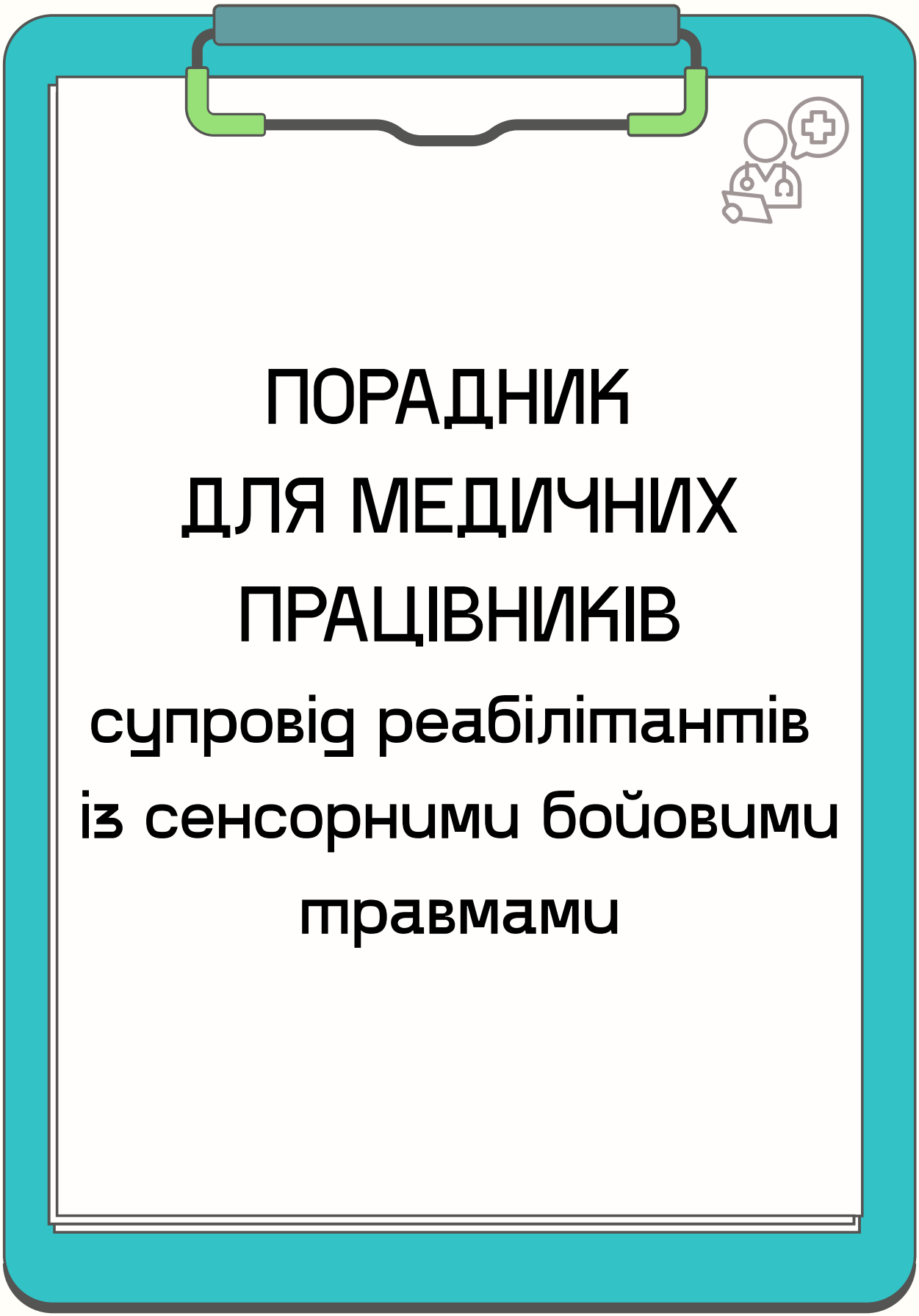
Пам'ятка для швидкого доступу

Екстрені контакти

НЕВІДКЛАДНО (суїцид, насильство, психоз):
7333 (Lifeline Ukraine)
103 (екстрена психологічна допомога)
0 800 33 20 29 (Ветеранський фонд)

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА:
0 800 100 102 (Національна психологічна асоціація)
0 800 332 720 (Служба психосоціальної підтримки)
+38 (067) 348 28 68 (Veteran Hub)

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ:
0 800 505 217 (Єдина ветеранська лінія)
1545 (Урядова гаряча лінія)



ПОРАДНИК ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

супровід реабілітантів із сенсорними бойовими травмами

ЗМІСТ

Вступ. Чому цей порадник важливий.....66
Розділ 1. Що потрібно знати про сенсорні бойові травми.....68
Розділ 2. Ваша роль на кожному етапі реабілітаційно гомаршруту.....69
Розділ 3. Як спілкуватися з реабілітантом.....70
Розділ 4. Як розпізнати регрес і що робити.....73
Розділ 5. Робота з родиною: від «відвідувачів» до партнерів....75
Розділ 6. Документування та координація.....77
Розділ 7. Самопідтримка медичного персоналу.....79
Додатки.....84
Післямова.....90

Переднє слово

Шановні колеги!

Цей Порадник не народився в кабінетах теоретиків. Він став результатом роботи десятків практиків – лікарів, реабілітологів, психологів, ветеранів та членів їхніх родин, які об'єдналися в рамках онлайн-лабораторії «Маршрут можливостей».

Ми запитували ветеранів із втратою зору та слуху: «Що у діях медиків допомагало вам найбільше, а що ранило?».
Ми запитували родини: «Чого вам не вистачало в комунікації з лікарями?».
Ми запитували вас, медичних працівників: «Що найважче у вашій роботі з такими пацієнтами?».

Цей документ – квінтесенція цих відповідей. Це спроба побудувати місток розуміння там, де часто виникає прірва мовчання або конфлікту.

Ми, команда проєкту, розуміємо, в яких надскладних умовах ви працюєте сьогодні. Ми не хочемо додавати вам зайвих інструкцій чи бюрократії. Наша мета – дати вам інструмент, який зекономить ваші сили, захистить від емоційного вигорання та допоможе вашим пацієнтам швидше знайти шлях до відновлення.

Ви – перша лінія надії для тих, хто вчиться жити в темряві чи тиші. Ми сподіваємося, що цей Порадник стане для вас надійним помічником на цій лінії.

З повагою та вдячністю,
Команда розробників онлайн-лабораторії «Маршрут можливостей»

Чому цей порадник важливий

Все більше військовослужбовців повертаються з фронту з сенсорними бойовими травмами – втратою зору, слуху або їх поєднання, часто разом з ампутаціями та хронічним болем. Для медичної системи це означає не лише зростання навантаження, а й появу пацієнтів із зовсім іншою реальністю щоденного життя, іншими запитами та вразливостями.

Медичний працівник у такій ситуації стає не тільки фахівцем, який лікує тіло, а й однією з ключових фігур на довгому шляху реабілітації.

Цей порадник створено як практичний інструмент, який допоможе вам:

Зрозуміти, що відбувається з пацієнтом «зсередини»

Зорієнтуватися в особливостях таких травм

Вчасно розпізнавати регрес

Вибудовувати ефективну комунікацію

Працювати разом із родиною

Дбати про власний професійний ресурс

Розділ 1. Що потрібно знати про сенсорні бойові травми

Сенсорна травма – це більше, ніж фізичне ушкодження.
Сенсорні бойові травми – це не тільки про анатомічне ушкодження органів чуття. Це про руйнування базового способу взаємодії зі світом.

Типи травм, про які йдеться:

- Втрата зору: повна або часткова. Людина втрачає орієнтацію, не бачить обличь, залежить від голосу та дотику.
- Втрата слуху: акустичні травми, контузії. Людина опиняється в ізоляції, не чує небезпеки, може здаватися «байдужою» або «агресивною» через нерозуміння мови.
- Комбіновані травми: Зір + Слух або Сенсорика + Ампутації – найскладніші випадки, що вимагають мультидисциплінарного підходу.

Психологічні наслідки (Невидима сторона)

Розуміння того, що відбувається в голові пацієнта:

- Втрата базової безпеки: Світ стає ворожим. Кожен крок, кожен дотик без попередження – це стрес. Людина не знає, де вона, хто до неї наближається, що чекає далі.
- Сенсорний голод: Мозок, звичний отримувати пласт сенсорної інформації, раптом опиняється в порожнечі. Він паніює. Може викликати галюцинації, неконтрольовану тривогу, дезорієнтацію. Це не психоз! Це здорова реакція мозку на ненормальні умови.
- Втрата суб'єктності: «Я тепер вантаж. Я залежу від усіх. Мною маніпулюють». Це викликає або бунтівну агресію («Я сам!»), або повну апатію («Байдуже мені»).
- Гнів на своє тіло: «Воно мене зрадило. Воно тепер ворог». Відмова від гігієни, від займань, від лікування – часто прояв цього гніву, спрямованого на себе.
- Горе та втрата: Людина переживає множинні втрати одночасно: втрату здоров'я, втрату професії, втрату незалежності, втрату себе попереднього. Це не одна депресія, а шар за шаром суцільного горя.

Розділ 2. Роль медичного працівника на кожному етапі реабілітаційного Маршруту

Ваша роль змінюється залежно від того, на якому етапі реабілітаційного маршруту знаходиться пацієнт.

Етап 1: Медичний (Лікарня, ІВЛ)

Ви – головний контакт та поручитель виживання пацієнта.

- Мета етапу: стабілізація, заживлення ран, контроль болю.
- Ваша роль: перший голос, перша дотична рука, перша інструкція.
- Що робити: назвіть своє ім'я, посаду (лікар, медсестра, інш.), поясніть, де він/вона знаходиться, що буде далі відбуватись, як покликати допомогу.

Етап 2: Комплексна реабілітація

Ви – супровідник терапевтів і монітор «відповіді на навантаження».

- Мета етапу: навчання нових навичок, фізичне відновлення, психологічна адаптація.
- Ваша роль: спостереження за тим, як пацієнт реагує на вправи, біль, втому.
- Що робити: стимулювання до руху, контроль регресу, координація з МДК.

Етап 3: Професійна/Соціальна реабілітація

Ви – консультант і координатор практичних навичок.

- Мета етапу: повернення до праці, розвиток нових компетенцій, інтеграція в суспільство.
- Ваша роль: адаптація середовища, рекомендації щодо обладнання, консультування щодо можливостей.
- Що робити: стимулювання до нових викликів, залучення соціальних працівників.

Етап 4: Довготривалий супровід

Ви – монітор і помічник у задоволенні якості життя.

- Мета етапу: запобігання рецидивам, відстеження супутніх наслідків (деградація слуху, психічні розлади).
- Ваша роль: регулярні консультації, рання діагностика проблем.
- Що робити: підтримуючі сеанси, скеровування до спеціалістів при потребі.

Розділ 3. Як спілкуватися з Реабілітантом (Інструменти та техніки)

3.1. Золоті правила комунікації (Універсальні для всіх пацієнтів)

Представтеся голосом при вході в палату. Назвіть своє ім'я, роль, що саме ви робите.

Попередьте про дотик ДО того, як торкнутися. Не раптовий дотик – це лякає. Завжди перший контакт – голосом, потім дотик з попередженням.

Говоріть з Реабілітантом напряму, а не про нього, навіть якщо поруч його родина, лікар-консультант чи інші працівники.

Визнавайте складні емоції Реабілітанта, не виправляйте їх. Не кажіть «Не сумуй», скажіть «Я бачу, що вам важко. Це нормально».

Слухайте вголос. Якщо пацієнт мовчить – це не означає, що він не чує або не розуміє. Іноді це означає, що йому страшно, і він чекає знаку.

Поясніть, де він знаходиться, що його оточує. Реабілітант не орієнтується в просторі. Фраза «Ваша ліжко біля вікна, двері палати зліва» дає йому почуття контролю.

3.2. Комунікація з пацієнтом з втратою зору

Дескриптивна техніка (Тифлокоментування):

Замість: «Дивись, вікно» → Скажіть: «За вікном йде дощ, чути стук крапель, повіяло вологою».

Орієнтування в просторі:

- Використовуйте метод годинника: «Тарілка на 12 годин, чашка на 3 години, вилка на 9 годин».
- Описуйте маршрут: «Від ліжка прямо 5 кроків, потім направо до двері».

Фізичний контакт:

- Запропонуйте свій лікоть, не тягніть його за руку.
- Дозвольте йому триматися за вас, а не керуйте його рухами.

Адресування:

- Назвіть його ім'я перед тим, як почати розмову.
- Якщо в палаті кілька людей, уточніть: «Іване, я звертаюсь до вас».

3.3. Комунікація з пацієнтом з втратою слуху

Альтернативна комунікація:

- Стійте обличчям до світла (щоб ваша міміка була видима).
- Говоріть чітко, але не кричіть (крик спотворює міміку, що найбільше допомагає нечуючим та людям зі зниженим слухом).
- Використовуйте письмо на папері, планшеті чи смартфоні.
- Жести та міміка – дуже важлива частина комунікації.

Додатки для комунікації:

- Встановіть на вашому робочому телефоні додаток «Перекладач ЖМ» або подібний, що перетворює усну мову в текст.
- Запропонуйте Реабілітанту скористатися своїм смартфоном для письмової комунікації.

Адресування:

- Привертіть увагу жестом чи легким дотиком перед тим, як почати розмову.
- Упевніться, що він/вона дивиться на вас.

3.4. Комунікація з пацієнтом із комбінованою втратою (Сліпоглухий)

Це найбільш вразлива категорія. Людина позбавлена двох основних каналів контакту зі світом.

Методи контакту:

1. Дактилація в долоню – писання букв пальцем на долоні пацієнта.
2. Жестова мова на дотик – адаптована жестова мова, де жести виконуються у руках пацієнта.
3. Простий дотик – як сигнал емоції (погладжування – заспокоєння, постійна рука – присутність).

Психологічна особливість: Сліпоглухий часто найбільше боїться повної ізоляції. Ваша постійна присутність та послідовна комунікація – це його лінія до світу.

3.5. Складні розмови

❌ **Не кажіть:**	✅ **Скажіть:**
Коли пацієнт запитує: «Я буду бачити? Я буду чути?»	
«Так, вернеш на 100%» *(це неправда).* «Ні, занадто пізно» *(це вбиває надію).*	«Зараз важко передбачити. Ми будемо робити все можливе. Ви вже помітили деякі зміни в [назвіть конкретне: 'слухові сприйнятті', 'орієнтуванні в просторі']. Давайте будемо спостерігати разом».
Коли пацієнт виявляє агресію чи стає зневіреним:	
«Чому ви такий! Ми ж допомагаємо!»	«Я розумію, що вам важко. Розкажіть мені, що вас дратує. Можливо, я можу щось змінити».
Коли пацієнт каже: «Краще б я помер»:	
«Не говоріть так!»	«Я чую, що вам дуже боляче. Це сигнал, що вам потрібна допомога. Давайте запросимо психолога, він допоможе». І негайно зателефонуйте психологу чи скеруйте на консультацію.

3.6. Стимулювання/мотивація без маніпуляції

❌ **Не кажіть:**	✅ **Скажіть:**
«Робіть вправи, щоб одружитися», «Терпіть, щоб повернутись на роботу».	«Кожна вправа повертає вам маленький шматок контролю над своїм тілом. Це ваша перемога».

Святкуйте маленькі перемоги:
«Сьогодні ви спустилися
сходами без допомоги!
Це велике досягнення».

Розділ 4. Як розпізнати регрес і що робити (Алгоритми безпеки)

4.1. Що таке регрес у реабілітації ❓

Регрес – це не просто погіршення фізичного стану. Це тимчасова втрата набутих навичок, повернення до патернів без надії або ізоляції, часто під впливом стресу, болю, втоми чи психологічної кризи.

Медик часто сприймає регрес як власну невдачу («*Я недостатньо добре лікую*»). Насправді це сигнал про те, що ресурси пацієнта вичерпані, і йому потрібна перезавантаження.

4.2. Сигнали тривоги 🚨

Фізичні сигнали:

- Безсоння 3+ дні поспіль або, навпаки, невмотивована сонливість.
- Повна або часткова відмова від їжі (більше 24 годин без їжі).
- Фантомні болі, що не знімаються звичайними ліками.
- Раптова зміна реакції на температуру, світло, звук (гіперчутливість).

Поведінкові сигнали:

- *Ізоляція*: Пацієнт накрився з головою, не хоче спілкуватися, відмовляється від вправ, сеансів терапії.
- *Регресія навичок*: Людина, яка вчилася орієнтуватися самостійно, раптом звертається по допомогу для будь-якої дрібниці.
- *Агресія*: Безпричинна дратливість, крик, іноді фізичні спалахи.
- *Відмова від гігієни*: Не хоче умиватися, переодягатися, робити туалет.

Психологічні сигнали:

- *Апатія*: Пацієнт стоїть або сидить без руху, не реагує на звернення.
- *Суїцидальні висловлювання*: «Немає сенсу», «Краще б я помер», «Виконайте будь-яку ін'єкцію».
- *Раптова паніка*: Страх, що не має видимої причини.

4.3. Алгоритм дій: СПОСТЕРІГАЙ – ПИТАЙ – ДІЙ

Крок 1: СПОСТЕРІГАЙ

Зафіксуйте факти (не інтерпретації):

- «Лежить 3 дні без ознак активності»
- «Не поїв вчора ввечері та сьогодні»
- «Звук напівзакритих дверей викликає паніку»

Крок 2: ПИТАЙ

Зверніться безпосередньо до пацієнта:

- «Я бачу, що зі вчора у вас щось змінилося. Як ви себе почуваєте?»
- «Ви не їсте. Це болі, чи щось інше?»
- «Ви виглядаєте стривожено. Що вас непокоїть?»

Крок 3: ДІЙ

Легкий регрес (один-два сигнали, пацієнт реагує на контакт):

→ Зменште навантаження на 1-2 дні.
→ Перенесіть сеанси ФТ/ЕТ.
→ Проводьте більше часу поруч (просто присутність).
→ Наголошуйте/згадуйте разом із пацієнтом, чого він вже досяг.

Середній регрес (3-4 сигнали, пацієнт замкнувся):

→ Негайно зателефонуйте психологу.
→ Інформуйте завідувача відділення.
→ Виключіть насильницькі процедури (тільки життєво важливі).
→ Підготуйте папки для комунікації (якщо пацієнт не хоче говорити).

Важкий регрес (суїцидальні висловлювання, агресія до себе/інших, гостра психотична симптоматика):

→ Викликайте психіатра та психолога негайно.
→ Вилучіть небезпечні предмети з палати.
→ Поставте пост (постійний нагляд).
→ Інформуйте сім'ю.
→ Запишіть всі висловлювання в медичну карту.

Розділ 5. Робота з родиною: від «відвідувачів» до партнерів

5.1. Чому родина – ключовий партнер

Ви бачите пацієнта 3-4 години на дню (під час обходу чи процедур). Родина буде з ним 24/7 – під час вживання їжі, гігієни, ночей, коли він/вона сам один з собою і своїм гнівом.

Чим родина допомагає медику:

1. Перекладачі: Вони часто краще розуміють невиразну мову, жести або реакції своєї близької людини, ніж персонал.
2. Мотиватори: Для багатьох пацієнтів дружина/чоловік чи діти – єдина причина терпіти біль і робити вправи.
3. Детектори змін: Родина першою помічає дрібні зміни в поведінці (початок регресу), які можуть вислизнути від лікаря на обході.
4. Асистенти: Навчена родина може взяти на себе частину побутового догляду (годування, гігієна), розвантажуючи молодший медперсонал.

Ваш інтерес: *Інвестувати 15 хвилин у навчання родини зараз, щоб зекономити години часу на розв'язання проблем потім.*

5.2. Що пояснювати родині (Медичний лікбез)

Родина часто перебуває в розгубленості або паніці. Їм потрібна не просто «інформація», а інструкція.

А. "Це не назавжди, але це надовго" (Реальність)

Проблема: Родина чекає «дива» за тиждень. Коли дива не стається, вони звинувачують лікарів або впадають у відчай.

Що сказати: «Відновлення після сенсорної травми – це марафон, а не спринт. Будуть хороші дні і погані. Це нормально. Ваше завдання – не чекати швидкого фінішу, а святкувати кожен маленький крок (сам сів, сам поїв, посміхнувся)».

Б. "Не робіть ЗА нього, робіть РАЗОМ із ним" (Суб'єктність)

Проблема: Гіперопіка. Родина намагається годувати з ложки того, хто може їсти сам, «щоб він не втомився». Це вбиває реабілітацію.

Що сказати: «Я розумію, ви хочете допомогти. Але якщо ви робите за нього те, що він може сам, ви забираєте в нього перемогу. Хочете допомогти? Покладіть ложку йому в руку і підтримайте лікоть. Нехай він керує процесом. Це його відновлення, не ваше».

В. "Сльози і злість – це частина лікування" (Емоції)

Проблема: Родина лякається агресії або депресії пацієнта і просить «вколоти щось заспокійливе».

Що сказати: «Він зараз переживає втрату. Злість і сльози – це здорова реакція на ненормальні обставини. Не забороняйте йому плакати. Просто будьте поруч. Якщо він замовкне, перестане реагувати та почне відмовлятися від їжі – оце вже тривожний сигнал. Тоді ми діємо».

5.3. Як підтримати родину (Профілактика вигорання)

Виснажена родина = проблемна родина (конфлікти, скарги, зриви на пацієнта). Підтримати їх – у ваших інтересах.

1. Легалізація втоми

Скажіть їм: «Ви теж робите величезну роботу. Втомлюватися – це нормально. Ви не мусите бути залізними».

Часто родичі відчувають провину за те, що хочуть спати чи їсти, поки їхній близький страждає. Дайте їм «медичний дозвіл» на відпочинок.

2. Правило "Кисневої маски"

Нагадайте: «Спочатку маску на себе, потім на пацієнта. Якщо ви звалитеся з ніг, хто йому допоможе? Ідіть додому, поспіть, ми доглянемо».

3. Інформаційна дієта

Домовтеся про час для запитань: «Я зможу відповісти на ваші запитання щодня о 14:00. Будь ласка, запишіть їх у блокнот, щоб не забути».

Це структурує їхню тривогу і звільняє вас від хаотичних запитань у коридорі.

4. Скеровуйте далі

Якщо бачите, що родина не справляється емоційно – не намагайтеся бути їхнім психологом.

Дайте контакти: «Ось номер гарячої лінії для родин. Там працюють фахівці, які знають, як вам допомогти. Зателефонуйте їм, це безкоштовно».

Розділ 6. Документування та координація

6.1. Паспорт стану реабілітанта: що це і ваша роль

Паспорт стану реабілітанта – це єдиний документ, що мандрує з пацієнтом з одного закладу в інший.

Що ви маєте туди вносити (крім діагнозів):

1. Функціональний статус (Що він МОЖЕ):

- НЕ тільки: "S.O.S. (без особливостей)".
- А КОНКРЕТНО: "Самостійно сидить 15 хв", "Тримає ложку адаптованим хватом", "Орієнтується в межах палати з підказками" та інше.

2. Сенсорні особливості (Як з ним комунікувати):

- "Реагує на голос тільки з правого боку".
- "При яскравому світлі виникає головний біль – потребує напівтемряви".
- "Не розрізняє обличь, орієнтується за голосом".

3. Тригери регресу (Чого уникати):

- "Категорично відмовляється від допомоги жінок при гігієні".
- "Панічна атака при звуці сирени".

Правило: Пишіть так, ніби ви пишете інструкцію для свого колеги, який завтра вперше побачить цього пацієнта.

6.2. Як передавати інформацію ("Естафетна паличка")

Передача пацієнта (на іншу зміну, в інше відділення, в інший заклад) – це момент найвищого ризику втрати інформації.

Алгоритм ефективної передачі (SBAR для реабілітації):

1. **S (Situation) – Ситуація**: "Пацієнт Іваненко, після мінно-вибухової, втрата зору, часткова втрата слуху".
2. **B (Background) – Контекст**: "3 дні тому був епізод агресії, зараз стабільний. Приймає [ліки]. Родина активна, дружина вчиться супроводу".
3. **A (Assessment) – Оцінка поточного стану**: "Фізично стабільний. Психологічно – етап заперечення. Потребує допомоги при ходьбі, але їсть сам".

4. **R (Recommendation) – Рекомендації:** "Увага! Завжди попереджайте голосом перед входом. Не змінюйте розташування речей на тумбочці – це викликає паніку".

6.3. З ким координувати дії

Ви не один у полі. Ви частина Мультидисциплінарної команди (МДК).

Психолог:

- Коли дзвонити: Суїцидальні думки, відмова від їжі/лікування, безсоння, неконтрольована агресія.
- Що передати: "Зверніть увагу, він сьогодні третій раз питав про знеболювальне, хоча об'єктивно болю немає. Перевірити на ризик залежності".

Соціальний працівник / Кейс-менеджер:

- Коли дзвонити: Проблеми з документами (немає паспорта, УБД), немає родичів, нікому забрати після виписки.
- Що передати: "Готуємо до виписки через 3 дні. Чи готове житло? Чи оформлені милиці/візок?".

Фізичний терапевт / Ерготерапевт:

- Коли дзвонити: Поява болю після занять, зміни в тиску/пульсі, нові навички.
- Що передати: "У нього сьогодні температура 37.2, зменште навантаження".

6.4. Червоні лінії в документуванні

Що ❗ НЕ МОЖНА ігнорувати в записах:

1. Сліди тілесних ушкоджень неясного походження: може бути самоушкодження або насильство.
2. Відмова від підписання інформованої згоди: обов'язково фіксуйте причину і факт роз'яснення.
3. Факти вживання алкоголю/наркотиків у відділенні: це юридичний захист персоналу і сигнал для нарколога.

Розділ 7. Самопідтримка медичного персоналу

7.1. «Вторинна травматизація»: ворог, якого треба знати в обличчя

Коли ви щодня бачите наслідки війни – понівечені тіла, зруйновані долі, – ваша психіка теж травмується. Це називається втома співчуття (compassion fatigue).

📢*Сигнали, що ви «вигоряєте»:*

1. Цинізм: Ви починаєте жартувати «чорним гумором» там, де це недоречно, або називаєте пацієнтів зневажливими прізвиськами («той сліпий з 5-ї»).
2. Роздратування: Вас бісять пацієнти, колеги, родина. Будь-яке прохання викликає гнів.
3. «Замороження»: Ви перестаєте відчувати будь-які емоції на роботі. Ви робите все механічно, як робот.
4. Проблеми вдома: Ви зриваєтеся на своїх дітях або чоловікові/дружині. Ви не можете розслабитися вдома.
5. Тілесні симптоми: Головний біль, безсоння, постійна втома, яка не проходить після вихідних.

Важливо: Якщо ви впізнали себе – це не означає, що ви «поганий медик». Це означає, що ви – жива людина, яка перебрала болю. Вам потрібна перезавантаження.

7.2. Техніки швидкої саморегуляції (на зміні)

У вас немає години на медитацію під час чергування. Але у вас є 3 хвилини.

Техніка 1: «Заземлення» (коли накриває емоціями)

1. Коли пацієнт кричить або ви щойно побачили щось жахливе:
2. Зупиніться.
3. Відчуйте стопи на підлозі (потупайте).
4. Знайдіть очима 5 предметів синього кольору.
5. Знайдіть 4 предмети, які можна торкнутися (стіл, халат, ручка).
6. Почуйте 3 звуки (гудіння лампи, кроки, дихання).

Це перемикає мозок з емоційної «паніки» на реальність «тут і зараз».

Техніка 2: «Дихання по квадрату» (зняття напруги)
Перед тим, як зайти в складну палату або після розмови з агресивним родичем:

- Вдих (4 секунди)
- Затримка дихання (4 секунди)
- Видих (4 секунди)
- Пауза (4 секунди)

Повторити 3-4 рази.

Техніка 3: «Ритуал зняття халата» (завершення роботи)
Коли ви переодягаєтеся після зміни, уявіть, що разом із халатом ви знімаєте з себе чужий біль, відповідальність і історії пацієнтів.

- Скажіть собі подумки: «Я зробила все, що могла сьогодні. Моя зміна закінчена. Тепер я просто [Ім'я]».
- Помийте руки холодною водою по лікті – це фізичний маркер «очищення».

7.3. Куди звертатися за підтримкою

Медики часто соромляться просити про допомогу («Я ж сама лікар/медсестра, я маю справлятися»). Це помилка.

1. Супервізії / Балінтовські групи:
Якщо у вашому закладі є психолог – ініціюйте групи обговорення складних випадків. Мета не поскаржитися колегам, а зрозуміти: «Чому мене так зачепив цей пацієнт?».

2. Гарячі лінії психологічної підтримки (для всіх):

- Lifeline Ukraine: 7333 (цілодобово, анонімно).
- Гаряча лінія МОЗ: 0-800-60-20-19.

3. Колеги (система "Аларм" - напарник):
Домовтеся з колегою, якому довіряєте: якщо хтось із вас бачить, що іншого «несе» (агресія, сльози), він має право сказати стоп-слово (наприклад, «Кава»). Це сигнал: «Тобі треба вийти на 5 хвилин, я підстрахую».

7.4. Пам'ятка «Права медичного працівника у контексті емоційного навантаження»

Про що ця пам'ятка і звідки вона?

Ця пам'ятка – не юридичний документ, а психологічний інструмент саморегуляції. Вона базується на принципах професійної етики та охорони психічного здоров'я працівників допомагаючих професій, сформульованих міжнародними організаціями (WHO, ICN – Міжнародна рада медсестер).

Мета пам'ятки:

- Легалізувати почуття та обмеження, які медики часто соромляться визнати.
- Запобігти синдрому вигорання через нереалістичні очікування від самого себе.
- Дати собі дозвіл на турботу про власний ресурс без почуття провини.

ПАМ'ЯТКА: Права медичного працівника під час емоційного навантаження

1. Я маю право **не знати** відповіді на всі запитання одразу.
2. Я маю право **відчувати безсилля / сум / горе**, коли не можу врятувати.
3. Я маю право на **перерву, їжу, воду, сон і базову безпеку** (щоб не робити помилок від виснаження).
4. Я маю право вимагати **поваги та коректної комунікації**.
5. Я маю право **ставити межі** і припиняти розмову, якщо є образи/тиск (із поверненням через час).
6. Я маю право **просити підстрахування/підміну/допомогу** (колега, старша, охорона, адміністрація) — це не слабкість.
7. Я маю право **делегувати** і "не тягнути все сам/сама".
8. Я маю право на **психологічну підтримку / супервізію** (без сорому).
9. Я маю право сказати: "Мені потрібен час, щоб уточнити / перевірити / узгодити".
10. Я маю право бути **людиною, а не функцією**.

Як нею користуватися?

Це не декларація, яку треба вивчити напам'ять. Це перевірочний лист для моментів, коли ви відчуваєте, що «щось не так».

Приклади використання:

<table>
<tr><td colspan="2">Ситуація 1: Родич агресивно вимагає: «Чому ви досі не поставили йому діагноз?! Ви ж лікарі!»</td></tr>
<tr><td>Внутрішній голос (без пам'ятки): «Я поганий лікар, я маю знати все».</td><td>Відповідь із пам'яткою:
Пригадати: «Я маю право не знати відповіді на всі запитання».
Сказати вголос: «Ми провели всі доступні дослідження. Зараз очікуємо результатів консультації невролога. Я розумію вашу тривогу, але деякі запитання потребують часу».</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ситуація 2: Пацієнт помер, хоча ви робили все можливе. Ви відчуваєте провину.</td></tr>
<tr><td>Внутрішній голос (без пам'ятки): «Я мав щось ще зробити, я підвів його».</td><td>Відповідь із пам'яткою:
Пригадати: «Я маю право відчувати безсилля, коли не можу врятувати».
Дати собі дозвіл на горе: «Це не моя провина. Я зробив/-ла все, що було в моїх силах. Смерть – це частина реальності медицини, з якою я не завжди можу боротися». Якщо потрібно – звернутися до колеги або психолога, щоб обговорити цей випадок.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ситуація 3: Ви працюєте 12-ту годину поспіль без перерви. Колега каже: «Ще одна виписка, швиденько!»</td></tr>
<tr><td>Внутрішній голос (без пам'ятки): «Я мушу, я ж медик, я маю терпіти».</td><td>Відповідь із пам'яткою:
Пригадати: «Я маю право на відпочинок, їжу і безпеку».
Сказати: «Я зараз виписую тільки екстрені випадки. Решту зроблю після 15-хвилинної перерви, бо я на межі помилки через втому».</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ситуація 4: Родич реабілітанта ображає вас: «Ви всі тут бидло, вам байдуже!»</td></tr>
<tr><td>Внутрішній голос (без пам'ятки): «Я мушу терпіти, бо він страждає».</td><td>Відповідь із пам'яткою:
Пригадати: «Я маю право вимагати поваги».
Сказати спокійно, але чітко: «Я розумію ваш біль і готова допомагати. Але я не буду працювати в умовах образ. Якщо вам потрібна допомога – прошу спілкуватися коректно. Якщо не можете зараз – повернемося до розмови через 10 хвилин».
Якщо агресія продовжується – залучити адміністрацію/ охорону (це не ваша слабкість, а захист меж).</td></tr>
</table>

Юридична основа (для тих, хто сумнівається)

Хоча пам'ятка – психологічний інструмент, вона спирається на реальні норми:

1. Конституція України (ст. 43): «Кожен має право на належні, безпечні і здорові умови праці».
2. Закон України "Про охорону праці": Роботодавець зобов'язаний забезпечити безпечні умови, включаючи психологічне навантаження.
3. Етичний кодекс медичного працівника: Ви не зобов'язані приносити в жертву своє здоров'я заради пацієнта – це не героїзм, а шлях до вигорання.

Як впровадити пам'ятку в роботу відділення?

Варіант 1: Індивідуальне використання

- Роздрукуйте, прикріпіть у своїй шафці або ординаторській.
- Перечитуйте після важких змін.

Варіант 2: Командне обговорення (10 хв на нараді)

- Завідувач/старша медсестра зачитує пам'ятку.
- Запитує: «Чи є хтось, хто відчуває, що порушує ці права щодо себе?»
- Обговорюють, як команда може допомагати один одному (наприклад, домовитися про обов'язкові перерви).

Варіант 3: Супервізія складних випадків

- Якщо є психолог – використовувати пам'ятку як основу для аналізу: «Яке із цих прав ви порушили щодо себе в тій ситуації?»

Ви не можете допомагати іншим із пустого ресурсу.

Дбати про себе – це не егоїзм. Це професійна необхідність, яка робить вас кращим медиком на довгі роки, а не на короткий спалах із подальшим згоранням.

Ці права – не про «відмазки», а про стійкість. Медик, який знає свої межі і захищає їх, – це медик, який зможе бути поруч із пацієнтами роками, а не місяцями.

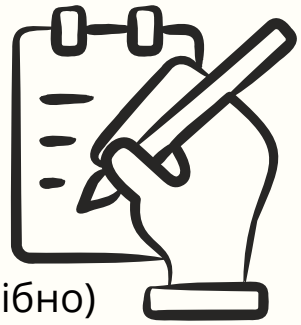
ДОДАТКИ

Додаток 1. Швидкі чек-листи

Чек-лист: «Перший контакт з реабілітантом після сенсорної травми»

□ Представився голосом (назвав ім'я, роль)
□ Попередив про дотик перед процедурою
□ Описав, де пацієнт знаходиться (палата, поверх)
□ Пояснив, що буде відбуватися далі (прості кроки)
□ Запитав, чи є больові відчуття
□ Залишив спосіб виклику (кнопка/дзвінок у межах досяжності)

Чек-лист: «Підготовка до виписки реабілітанта із сенсорною травмою»



□ Виписка містить чіткі рекомендації (не «спостереження», а «де і коли»)
□ Родина навчена базовим навичкам супроводу
□ Передано контакти для екстрених ситуацій
□ Оформлені направлення на реабілітацію (якщо потрібно)
□ Паспорт статусу реабілітанта заповнений та переданий

Чек-лист: «Ознаки регресу – що перевірити»

□ Сон (порушення 3+ ночі поспіль?)
□ Апетит (відмова від їжі 2+ дні?)
□ Комунікація (мовчання, ізоляція?)
□ Гігієна (відмова від догляду за собою?)
□ Вербальні сигнали («краще б я помер», «немає сенсу»?)
□ Агресія (до себе, до персоналу, до родини?)
→ *Якщо 3+ пункти – діяти за алгоритмом регресу*

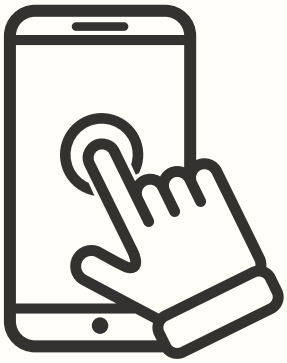
Додаток 2. Таблиця екстрених контактів

Проблема	Контакт	Режим роботи
Суїцидальна криза	Lifeline Ukraine: 7333	24/7
Психологічна криза	Гаряча лінія УВФ: 0 800 33 20 29	24/7
Екстрена психіатрична допомога	103	24/7
Медична консультація (МОЗ)	800 602 019	щодня 8:00–20:00
Документи, статус УБД	Мінветеранів: 0 800 505 217	щодня 8:00–20:00
Юридична допомога ветеранам	Veteran Hub: 067-348-28-68	щодня 9:00–21:00
Підтримка родин	ГО «Жіноча Сила»: 0 800 332 720	щодня 10:00–20:00

Додаток 3. Зразки фраз для комунікації (Quick Reference)

Ситуація	Як не треба казати?	Як можна сказати?
Пацієнт плаче	«Заспокойся, все буде добре»	«Я бачу, що вам важко. Я поруч»
Пацієнт агресивний	«Чому кричите?! Я ж допомагаю!»	«Скажіть, що вас дратує, я виправлю»
Пацієнт мовчить	«Скажіть щось!»	«Якщо не хочете говорити – посиджу поруч»
Пацієнт відмовляється від процедур	«Ви мусите!»	«Поясню, навіщо це потрібно. Вирішуєте ви»
Пацієнт питає про прогноз	«Ви вже дізнаєтеся»	«Зараз передбачити важко. Ми спостерігатимемо разом»
Регрес, апатія	«Яких результатів ви чекали?»	«Ваш організм потребує паузи. Це нормально»

Додаток "Перекладач ЖМ" (Connect by BeWarned)
Що це: Додаток, що перетворює усну мову в текст на екрані (і навпаки) для спілкування з людьми з порушенням слуху.
Рекомендація: Встановити на робочий планшет/телефон у відділенні.



4. Юридична та соціальна підтримка (для довідок)
Куди направити за консультацією.

Платформа «Е-Ветеран» (Мінветеранів)
Чим корисний: Вся інформація про статус УБД, пільги, санаторно-курортне лікування.
Сайт: eveteran.gov.ua
Юридична сотня
Чим корисний: Безкоштовні юридичні консультації для військових та їхніх родин (МСЕК, виплати).
Сайт: legal100.org.ua

5. Психологічна підтримка (онлайн)

Мобільний додаток "База"
Що це: Додаток для ветеранів з інструментами самодопомоги при тривозі, панічних атаках, флешбеках.
Рекомендація: Показати пацієнту (є в Google Play / App Store).

Додаток 4. Словник ключових термінів та понять

Абілітація – процес формування нових навичок, яких у людини раніше не було (наприклад, читання шрифтом Брайля, орієнтування з тростиною), на відміну від реабілітації (відновлення втраченого). Для ветеранів із повною втратою зору актуальна саме абілітація.

Акустична травма – ураження внутрішнього вуха внаслідок дії надпотужного звуку (вибух, постріл). Часто поєднується з баротравмою.

Альтернативна та додаткова комунікація (АДК) – способи спілкування без використання усної мови (жести, картки, письмо на долоні, додатки в смартфоні).

Вторинна травматизація (Втома співчуття) – емоційне виснаження фахівця внаслідок постійного контакту з травматичним досвідом пацієнтів.

Мультидисциплінарна команда (МДК) – група фахівців (лікар, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог, соцпрацівник), які спільно планують та реалізують маршрут пацієнта.

Регрес (у реабілітації) – тимчасове погіршення стану, втрата набутих навичок або повернення до попередніх патернів поведінки (ізоляція, безпомічність) під впливом стресу, болю або втоми.

Сенсорна бойова травма – ушкодження органів чуття (зору, слуху) або відповідних зон мозку внаслідок бойових дій, що призводить до стійкого порушення сприйняття інформації.

Сенсорна депривація – стан, при якому організм позбавлений звичного обсягу зовнішніх стимулів (звуків, зорових образів). У ветеранів може викликати галюцинації, тривогу, дезорієнтацію.

Суб'єктність пацієнта – здатність і право пацієнта бути активним учасником процесу лікування, приймати рішення та нести відповідальність, навіть в умовах обмежених фізичних можливостей.

Тифлокоментування (Аудіодескрипція) – лаконічний словесний опис візуальної інформації (предметів, простору, дій) для незрячої людини. Навичка, необхідна медперсоналу для пояснення процедур.

Фантомні сенсорні відчуття – зорові (спалахи, образи) або слухові (голоси, музика) феномени, які виникають у мозку у відповідь на втрату реальних сигналів від очей/вух. Не є психічним розладом! (Синдром Шарля Бонне).

Ясна мова (Plain Language) – стиль комунікації, де інформація подається максимально просто, короткими реченнями, без складних термінів. Критично важливий при контузіях та когнітивних порушеннях.

Додаток 5. Корисні ресурси для медичних працівників та реабілітантів

1. Навчання та підвищення кваліфікації (для медиків). Курси, вебінари та матеріали для покращення навичок роботи з сенсорними травмами.

Центр громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ)
Тема: Курси з надання психологічної допомоги, робота з ПТСР.
Доступ: academy.phc.org.ua (Платформа дистанційного навчання)

Платформа Prometheus: «Як комунікувати з людьми з інвалідністю»
Тема: Етика спілкування, безбар'єрність, коректна термінологія.
Доступ: prometheus.org.ua (Безкоштовний онлайн-курс)

EdEra: «Робота з людьми з травматичним досвідом»
Тема: Особливості комунікації з ветеранами.
Доступ: ed-era.com

2. Ресурси для пацієнтів з порушенням зору
Куди скеровувати пацієнта та родину для навчання навичок (орієнтування, шрифт Брайля, гаджети).

Навчально-інформаційний комп'ютерний центр УТОС
Чим корисний: Навчання користуванню смартфоном/ПК з озвучкою (Screen Reader), консультації з тифлотехніки.
Сайт: utos.org.ua

Ресурсний центр «Безбар'єрна Україна»
Чим корисний: Добірки аудіокниг, програм для незрячих, інформація про доступність простору.
Сайт: bezbariernist.gov.ua

Додаток "Be My Eyes" (Будь моїми очима)
Що це: Мобільний додаток, де волонтери через відеозв'язок допомагають незрячим (прочитати термін придатності, знайти річ).
Рекомендація: Допомогти встановити пацієнту на смартфон.

3. Ресурси для пацієнтів з порушенням слуху
Інструменти для комунікації.

Громадська організація «Відчуй»
Чим корисний: Безкоштовна онлайн-діагностика слуху, консультації, курси жестової мови.
Сайт: vidchui.ua

Післямова
Замість висновків

Реабілітація після сенсорної травми – це не ремонт зламаного механізму.

Це народження нової людини в старому тілі. І ви – ті, хто приймає ці «пологи».

Пацієнт може не запам'ятати назви препаратів, які ви йому вводили. Він може забути ваше ім'я.

Але він ніколи не забуде того моменту, коли ви поклали руку йому на плече і сказали: «Я тут. Ти не сам».

Або коли ви вперше дали йому відчути, що він – не безпомічний пацієнт, а людина з гідністю.

Ваша робота вимірюється не тільки загоєними ранами, а й збереженими душами.

Кожен раз, коли ви пояснюєте незрячому, де стоїть його чашка, замість того щоб мовчки сунути її в руки, – ви повертаєте йому шматок його життя.

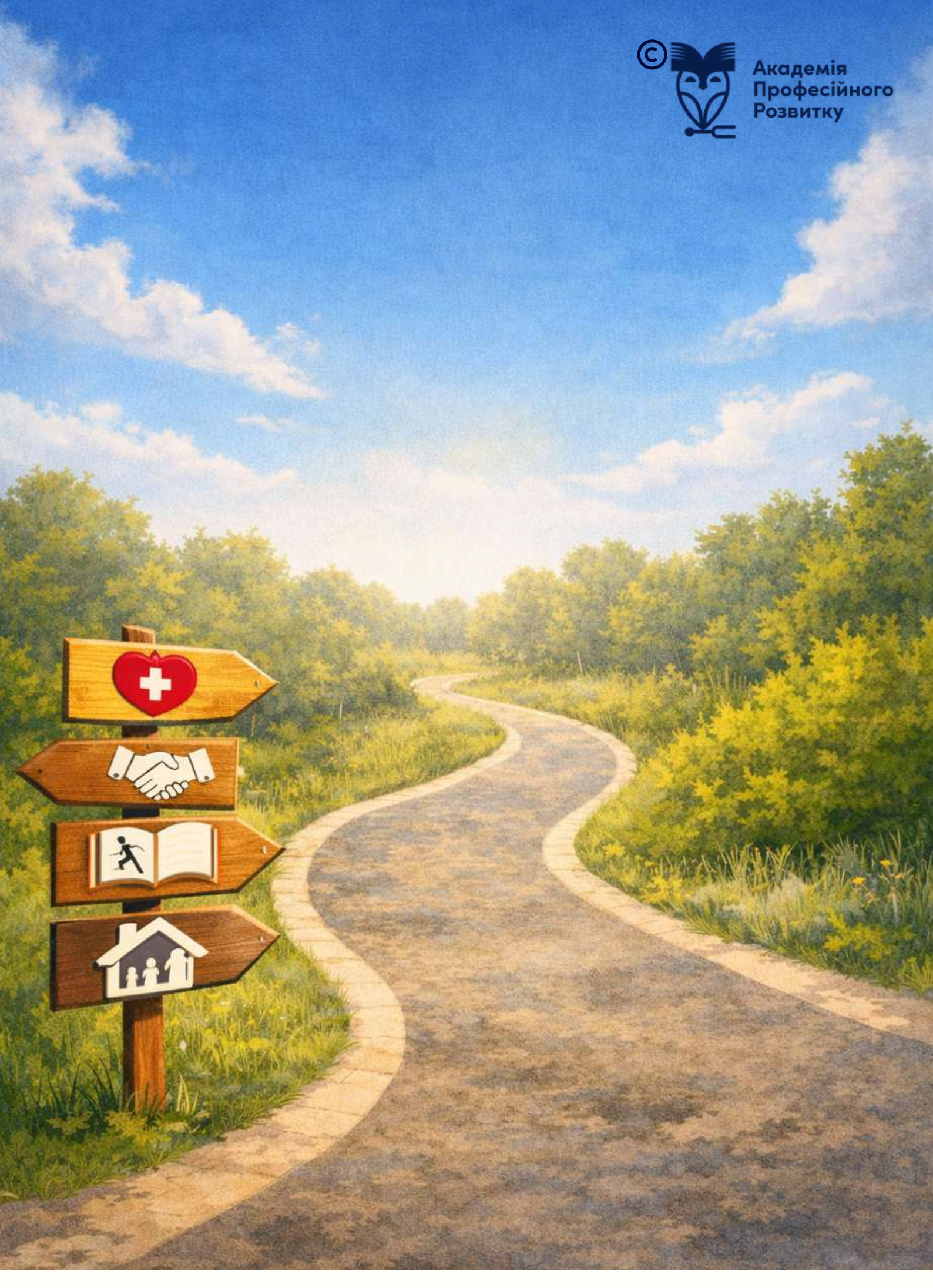
Кожен раз, коли ви витрачаєте зайву хвилину, щоб написати запитання пацієнту з втратою слуху, – ви будуєте міст через прірву ізоляції.

Це важка праця. Бережіть себе, щоб мати сили продовжувати її.

Ви потрібні їм. Ви потрібні нам.

Дякуємо за вашу службу життю!

“Дорогу здолає той, хто йде”


©
Академія
Професійного
Розвитку