ІННОВАЦІЙНІ ПРАКТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ, ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ У ПОСТВОЄННИЙ ПЕРІОД

Практикум

Кропивницький 2026

УДК УДК: 159.91:615.8:355.01-057.36(477)(076)
І66

Рекомендовано до друку
Науково-методичною радою Донецького державного університету внутрішніх справ
протокол № 1 від 25 вересня 2026 року

Рецензенти:

Костянтин МЕЛЬНИК – професор кафедри цивільного, трудового та господарського права Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор

Мирослава БРИКУЛЬСЬКА – завідувач відділення фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради», кандидат медичних наук, доцент

Інноваційні практики психологічної, фізичної реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей у поствоєнний період : практикум / О. О. Бондаренко, М. М. Клемпарський, А. М. Гельбак, І. О. Шостак, С. П. Мердов, О. В. Булгакова, Р. В. Фросіняк. – Кропивницький : ДонДУВС, 2026. –162 с.

Практикум містить матеріал, який знайомить із сучасними та інноваційними практиками психологічної і фізичної реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей у поствоєнний період, підходами до відновлення психоемоційної стійкості, фізичної спроможності, сімейного функціонування та професійної реінтеграції, а також сучасними технологіями й механізмами надання реабілітаційних послуг.

Представлені практики сприяють комплексному відновленню психічного і фізичного здоров’я, адаптації до умов поствоєнного життя та поверненню до професійної діяльності.

Видання адресоване представникам сектору безпеки і оборони, ветеранам та членам їхніх сімей, фахівцям у сфері реабілітації, працівникам державних і громадських організацій, здобувачам освіти та науково-педагогічним працівникам закладів вищої освіти зі специфічними умовами навчання.

ЗМІСТ

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ В УКРАЇНІ

1.1. Сутність та значення реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей в Україні.

2.1. Поняття, види та зміст реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей в Україні.

3.1. Цивільно-правове регулювання реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей.

Висновки до розділу 1

Список використаних джерел

РОЗДІЛ 2
ПСИХОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ТА ПОСТВОЄННА РЕІНТЕГРАЦІЯ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ І ПРАКТИКИ

2.1. Психологічні наслідки воєнного досвіду та потреби у психологічній реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей

2.2. Сучасні підходи та інноваційні моделі психологічної реабілітації в поствоєнний період

2.3. Інноваційні практики психологічної підтримки сімей представників сектору безпеки і оборони

2.4. Практики посттравматичного зростання, особистісного відновлення та професійної реінтеграції

2.5. Цифрові та технологічні інновації у психологічній реабілітації

Висновки до розділу 2

Список використаних джерел

РОЗДІЛ 3
РУХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ: СУЧАСНІ ПРАКТИКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕІНТЕГРАЦІЇ

3.1. Організаційні та методичні засади фізичної реабілітації представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей у поствоєнний період

3.2. Функціональне оцінювання та індивідуалізація програм фізичної реабілітації

3.3. Сучасні рухові, терапевтичні та адаптивно-спортивні практики фізичної реабілітації

3.4. Цифрові, роботизовані та технологічні інновації у фізичній реабілітації

3.5. Сімейно орієнтовані та рекреаційні практики відновлення фізичної активності

3.6. Від фізичної реабілітації до професійної реінтеграції: відновлення фізичної спроможності до виконання службових завдань

Висновки до розділу 3

Список використаних джерел

РОЗДІЛ 4
ІННОВАЦІЙНІ ПРАКТИКИ НАДАННЯ ПУБЛІЧНИХ ПОСЛУГ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ У ПОСТВОЄННИЙ ПЕРІОД

4.1. Інституційно-управлінські механізми та інноваційні практики надання публічних послуг з реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей

4.2. Інноваційні практики в діяльності громадських організацій в організації, адвокації та наданні публічних послуг з реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей

4.3. Економічна ефективність реабілітації: моделі фінансування, диверсифікація ресурсів та оцінка соціально-економічного ефекту (SROI)

Висновки до розділу 4

Список використаних джерел

ВИСНОВКИ

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Микола КЛЕМПАРСЬКИЙ – професор кафедри цивільно-правових дисциплін Донецького державного університету внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор (розділ 1);

Ольга БОНДАРЕНКО – завідувач кафедри цивільно-правових дисциплін Донецького державного університету внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, доцент (розділ 1);

Анжела ГЕЛЬБАК – завідувач кафедри психології, соціології та педагогіки Донецького державного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент (розділ 2, вступ, висновки);

Ігор ШОСТАК – завідувач кафедри спеціальної фізичної підготовки Донецького державного університету внутрішніх справ, кандидат педагогічних наук, доцент, кандидат в майстри спорту з легкої атлетики (розділ 3);

Станіслав МЕРДОВ – старший викладач кафедри спеціальної фізичної підготовки Донецького державного університету внутрішніх справ, майстер спорту України з боксу (розділ 3);

Олена БУЛГАКОВА – завідувач кафедри економіки та публічного управління Донецького державного університету внутрішніх справ, кандидат економічних наук, доцент (розділ 4);

Руслан ФРОСІНЯК – старший викладач кафедри економіки та публічного управління Донецького державного університету внутрішніх справ, доктор філософії (розділ 4);

ВСТУП

Повномасштабна збройна агресія Російської Федерації проти України зумовила безпрецедентні виклики для системи національної безпеки, соціального захисту та охорони здоров'я, актуалізувавши необхідність формування комплексної системи реабілітації представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей. Виконання службових і бойових завдань в умовах постійної загрози життю, вплив інтенсивних психотравмувальних чинників, фізичні поранення, контузії, функціональні обмеження, психологічне виснаження, переживання втрат і тривале перебування в умовах небезпеки створюють передумови для виникнення складних медичних, психологічних і соціальних проблем. Водночас наслідки війни не обмежуються безпосередніми учасниками бойових дій та особами, які виконують завдання із забезпечення безпеки держави, а поширюються на їхні родини, які також потребують системної підтримки, відновлення та адаптації до змінених життєвих обставин.

Особливої актуальності набуває розгляд реабілітації як комплексного, безперервного та міждисциплінарного процесу, спрямованого не лише на подолання наслідків фізичних і психологічних травм, а й на відновлення особистісного потенціалу, соціальних зв'язків, сімейного функціонування, професійної спроможності та якості життя. Такий підхід передбачає поєднання медичної, фізичної, психологічної, соціальної та професійної складових реабілітації, індивідуалізацію реабілітаційних програм, залучення сімейного оточення, використання доказових практик і сучасних технологічних рішень. Важливим завданням стає забезпечення переходу від фрагментарної допомоги до цілісної системи супроводу людини на різних етапах відновлення, включно з поверненням до професійної діяльності, суспільного життя та повноцінного сімейного функціонування.

Важливе значення у цьому контексті мають теоретико-правові засади реабілітації, що визначають нормативні гарантії, організаційні механізми,

суб’єктів та умови надання відповідних послуг. Реалізація права на охорону здоров’я, соціальний захист, психологічну допомогу та реабілітацію потребує узгодженого функціонування державних інституцій, органів сектору безпеки і оборони, закладів охорони здоров’я, реабілітаційних установ, територіальних громад і громадських організацій. Особливого значення набувають питання цивільно-правового регулювання відповідних суспільних відносин, доступності реабілітаційних послуг, дотримання прав людини, захисту гідності та забезпечення індивідуальних потреб отримувачів допомоги.

Поряд із правовими й організаційними аспектами актуальним напрямом дослідження є психологічне відновлення представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей. Воєнний досвід може супроводжуватися посттравматичними стресовими реакціями, тривожними й депресивними проявами, порушеннями емоційної регуляції, труднощами міжособистісної взаємодії та професійної адаптації. Водночас сучасні підходи до психологічної реабілітації орієнтуються не лише на подолання негативних наслідків травматичного досвіду, а й на розвиток резильєнтності, особистісних ресурсів, посттравматичного зростання та здатності до конструктивного переосмислення пережитого. Важливим компонентом цього процесу є сімейно орієнтована підтримка, що сприяє відновленню довіри, комунікації, взаєморозуміння та адаптації сімейної системи до нових умов життя.

Не менш значущою складовою комплексного відновлення є фізична реабілітація, яка передбачає відновлення функціональних можливостей організму, рухової активності, фізичної витривалості та здатності до самостійного повсякденного функціонування. Використання індивідуалізованих програм, адаптивного спорту, терапевтичних рухових практик, роботизованих систем, цифрових технологій і сучасних методів функціонального оцінювання розширює можливості реабілітаційного втручання. Для представників сектору безпеки і оборони особливої ваги

набуває взаємозв’язок фізичного відновлення з професійною реінтеграцією, зокрема відновленням спроможності виконувати службові завдання з урахуванням стану здоров’я та індивідуальних функціональних можливостей.

Водночас результативність реабілітаційної системи значною мірою залежить від якості публічних послуг, ефективності інституційно-управлінських механізмів, міжвідомчої взаємодії та ресурсного забезпечення. Особливого значення набуває залучення громадських організацій до розроблення, адвокації та надання реабілітаційних послуг, розвитку партнерських моделей підтримки, розширення доступу до інноваційних практик і забезпечення сталості відповідних програм. Актуальним є також застосування економічних підходів до оцінювання ефективності реабілітації, зокрема моделей диверсифікованого фінансування та методології соціальної віддачі від інвестицій (SROI), що дає змогу визначати не лише фінансові витрати, а й соціальну цінність досягнутих результатів.

Отже, комплексне дослідження теоретико-правових, психологічних, фізичних, організаційно-управлінських та економічних аспектів реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей є важливою передумовою формування сучасної, людиноцентричної та стійкої системи відновлення в Україні. Її стратегічним орієнтиром має стати не лише подолання наслідків війни, а й забезпечення довготривалого фізичного та психологічного благополуччя, соціальної адаптації, сімейної стабільності, професійної реалізації та повноцінної реінтеграції людини в суспільство.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ В УКРАЇНІ

Реабілітація представників сектору безпеки і оборони України та членів їхніх сімей є одним із пріоритетних напрямів державної політики в умовах повномасштабної війни, тривалого збройного протистояння та пов'язаних із ними соціально-гуманітарних викликів. Виконання службових і бойових завдань в умовах підвищеного ризику для життя і здоров'я, вплив інтенсивних стресогенних чинників, переживання травматичних подій, фізичні ушкодження, психологічне виснаження та тривале перебування в умовах небезпеки зумовлюють необхідність формування комплексної системи реабілітаційної допомоги. Водночас особливої уваги потребують сім'ї військовослужбовців, поліцейських, нацгвардійців, рятувальників, прикордонників та інших представників сектору безпеки і оборони, які зазнають значного психоемоційного навантаження, пов'язаного з переживанням за близьких, вимушеною розлукою, втратою, зміною сімейних ролей та необхідністю адаптації до нових життєвих обставин.

Теоретико-правове підґрунтя реабілітації цієї категорії осіб становить система міжнародних і національних нормативно-правових актів, що закріплюють право людини на охорону здоров'я, соціальний захист, психологічну допомогу, відновлення фізичного та психічного благополуччя, повагу до людської гідності й недискримінаційне ставлення. Важливе значення мають положення міжнародного гуманітарного права, міжнародні стандарти у сфері прав людини, документи Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також законодавство України, яке регулює питання соціального та правового захисту військовослужбовців, ветеранів війни, працівників правоохоронних органів, осіб, які постраждали внаслідок збройної агресії, та членів їхніх сімей. Зазначена нормативна база визначає не лише правові гарантії отримання реабілітаційних послуг, а й організаційні засади

міжвідомчої взаємодії, доступності допомоги, забезпечення безперервності реабілітаційного процесу та залучення мультидисциплінарних команд фахівців.

Водночас сучасне розуміння реабілітації передбачає вихід за межі традиційного медичного підходу та її розгляд як комплексного, безперервного й багатовимірного процесу відновлення фізичного, психологічного, соціального та професійного функціонування особистості. Такий підхід охоплює медичну, фізичну, психологічну, психотерапевтичну, соціальну та професійну складові, а також передбачає врахування потреб сімейного оточення як важливого ресурсу відновлення й реінтеграції. У цьому контексті актуалізується необхідність удосконалення теоретико-правових засад реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей в Україні, розвитку міждисциплінарних моделей підтримки, впровадження доказових реабілітаційних практик і забезпечення узгодженості державних, відомчих та громадських механізмів допомоги.

1.1. Сутність та значення реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей в Україні

В умовах тривалої збройної агресії проти України питання реабілітації представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей набуває особливого суспільного значення. Її актуальність зумовлена не лише необхідністю подолання наслідків поранень, захворювань, психологічних травм та інших негативних чинників, пов’язаних із проходженням військової служби, а й потребою збереження людського потенціалу держави. Адже відновлення здоров’я осіб, які забезпечували та продовжують забезпечувати національну безпеку й оборону, є не тільки питанням виконання державою соціальних зобов’язань, а й важливою передумовою повоєнного відновлення України, її економічного розвитку та формування здорового суспільства. У

цьому контексті реабілітацію доцільно розглядати як довгострокову суспільну інвестицію в людину, її фізичне і психічне благополуччя, здатність до активного суспільного життя та подальшої самореалізації.

Важливість реабілітації для держави та суспільства пов'язана також із забезпеченням обороноздатності країни та належним виконанням державою зобов'язань перед особами, які стали на захист Батьківщини. Так, автори дослідження «Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долання несистемності» наголошують, що належна реабілітація військовослужбовців і ветеранів після отриманих поранень є одним з елементів обороноздатності держави. Зокрема, держава зацікавлена у відновленні чинних військовослужбовців та, за наявності відповідних медичних показань, їх поверненні до виконання службових обов'язків. Водночас якісна реабілітація є однією з гарантій, які держава має забезпечувати громадянам в обмін на виконання ними конституційного обов'язку щодо захисту Батьківщини. Такий підхід відображає не лише повагу до осіб, які проходять військову службу, а й сприяє підтриманню її суспільного престижу [1, с. 5–6].

Разом із тим суспільне значення реабілітації не повинно зумовлювати її зведення виключно до досягнення державних цілей, зокрема відновлення боєздатності військовослужбовців або їх повернення до виконання службових обов'язків. У центрі реабілітаційного процесу передусім має перебувати конкретна людина з її індивідуальними потребами, станом здоров'я, життєвими обставинами та можливостями відновлення.

У цьому контексті заслуговує на увагу позиція Ядловської О.С., яка зазначає, що не може бути абстрактної реабілітації, оскільки вона завжди стосується конкретного пацієнта (клієнта) з конкретною проблемою, яка безпосередньо впливає на його життя. Відповідно, основним призначенням реабілітаційної системи є забезпечення ефективного надання послуг усім, хто їх потребує, а результативність соціальної реабілітації досягається шляхом комплексного застосування медичних, психологічних, професійних і

соціальних заходів [2, с. 486]. Тобто, ефективність реабілітації визначається не лише фактом надання окремих послуг, а й тим, наскільки вони відповідають індивідуальним потребам людини та сприяють відновленню її повсякденного функціонування.

Особливість такого підходу полягає також у тому, що результати реабілітації виходять далеко за межі індивідуального відновлення конкретної особи. Повернення ветеранів та інших представників сектору безпеки і оборони до повноцінного цивільного життя сприяє збереженню їхнього професійного досвіду, соціальної активності, трудового потенціалу та можливості брати участь у розбудові держави. Натомість відсутність належної реабілітаційної підтримки може ускладнювати соціальну адаптацію, обмежувати можливості працевлаштування, професійного розвитку та участі в житті територіальних громад. Важливо враховувати й те, що наслідки війни не обмежуються особою, яка безпосередньо зазнала фізичних або психологічних ушкоджень, а поширюються також на її сімейне середовище. Фізичний і психологічний стан військовослужбовця чи ветерана, зміни його повсякденних можливостей та потреба в сторонній допомозі можуть безпосередньо позначатися на добробуті й психологічному стані близьких. Тому реабілітаційна підтримка має охоплювати не лише особу, яка брала участь у забезпеченні оборони держави, а й членів її сім'ї, які також зазнають впливу наслідків війни та можуть потребувати психологічної, соціальної й іншої допомоги.

Значущість такого підходу простежується і в сучасних напрямах державної ветеранської політики. Зокрема, у березні 2026 року під час IX Міжнародного ветеранського форуму «Нова архітектура ветеранської політики», організованого Міністерством у справах ветеранів України за підтримки партнерів та ветеранської спільноти, було представлено пріоритети діяльності Міністерства на 2026–2027 роки. В основу визначених напрямів покладено принцип, відповідно до якого держава має бути організована навколо потреб ветерана, а не ветеран повинен самостійно

шукати необхідну підтримку в різних державних установах. Як зазначив Віталій Кім, основні завдання ветеранської політики вже сформульовані самою ветеранською спільнотою та відображені у відповідних урядових цілях і показниках, тому першочергового значення набуває їх практична реалізація та забезпечення конкретних результатів для ветеранів, ветеранок і членів їхніх родин. Відповідно, діяльність Міністерства зосереджуватиметься на п'яти основних пріоритетах: державному супроводі ветеранів, вшануванні та збереженні пам'яті, забезпеченні переходу від військової служби до цивільного життя, підтримці здоров'я та відновлення, а також сприянні економічній незалежності й розширенню можливостей для самореалізації ветеранів [3].

Практична необхідність реалізації зазначених напрямів підтверджується масштабами ветеранської спільноти в Україні. Так, за інформацією Міністерства у справах ветеранів України, наданою у відповідь на запит Руху ЧЕСНО щодо загальної кількості ветеранів та розподілу за окремими категоріями, станом на 1 травня 2026 року в Україні налічувалося 2 014 623 особи зі статусом ветерана. Зокрема, статус учасника бойових дій мали 1 471 193 особи, тоді як інвалідність внаслідок війни отримали 159 132 особи. Тобто, частка учасників бойових дій становила близько 73 %, а осіб з інвалідністю внаслідок війни близько 8 % від загальної кількості ветеранів. Географічний розподіл цієї категорії населення також засвідчує значну потребу в доступній реабілітаційній інфраструктурі на місцевому рівні, оскільки до регіонів із найбільшою кількістю ветеранів належать Львівська область (130 268 осіб), Київська область (127 919 осіб), місто Київ (120 554 особи) та Харківська область (117 564 особи) [4].

Наведені цифри важливі не лише з погляду кількісної характеристики ветеранської спільноти. Вони дозволяють звернути увагу на іншу обставину: реабілітація вже не може розглядатися як вузькоспеціалізований напрям медичної допомоги, актуальний виключно для осіб, які отримали поранення або встановлену інвалідність. Значна кількість осіб зі статусом ветерана, які

повертаються до цивільного життя з різним досвідом проходження військової служби, об'єктивно зумовлює потребу в ширшій системі підтримки. При цьому характер такої підтримки не може бути однаковим для всіх, адже потреби людини залежать від обставин її служби, стану здоров'я, пережитого досвіду, сімейного становища та можливостей подальшої соціальної реалізації. Отже, визначення сутності реабілітації передбачає врахування не тільки медичних показників, а й тих життєвих обставин, у яких опиняється людина після участі в бойових діях або завершення військової служби.

У цьому контексті особливого значення набувають результати дослідження Українського ветеранського фонду Міністерства у справах ветеранів України «Портрет ветерана. Блок «Потреби ветеранів». В опитуванні взяли участь 1247 осіб віком від 18 років, серед яких були ветерани та чинні військовослужбовці. Водночас дослідження мало характер анонімного онлайн-опитування, а вимоги щодо формування репрезентативної вибірки не встановлювалися. Тому наведені результати доцільно використовувати для виявлення актуальних потреб і проблем опитаних, а не як статистично репрезентативну характеристику всіх військовослужбовців та ветеранів України [5].

Результати дослідження засвідчують, що потреба в реабілітації охоплює значно ширше коло питань, ніж безпосереднє лікування поранень або захворювань. Вона пов’язана з відновленням фізичного здоров’я, психологічним благополуччям, доступом до медичних послуг, соціальною адаптацією, працевлаштуванням і підтриманням сімейних взаємин. Це дає підстави розглядати реабілітацію як комплексний процес, спрямований на відновлення функціональних можливостей людини та створення умов для її повноцінного життя після пережитого травматичного досвіду або завершення військової служби.

Особливо показовими є відповіді респондентів щодо проблем, з якими ветерани стикаються після повернення з війни. За даними дослідження, 77,5 % опитаних очікували проблем із фізичним здоров’ям, 72,8 % психологічних

розладів, натомість 64,9 % нерозуміння з боку суспільства. Крім того, 39,8 % респондентів звернули увагу на труднощі з оформленням соціальних пільг, 33,2 % на складнощі з отриманням медичної допомоги, а 30,8 % на проблеми з пошуком роботи. Респонденти могли обирати декілька варіантів відповіді [5].

Наведені показники демонструють багатовимірність процесу повернення до цивільного життя. Зокрема, висока частка відповідей щодо фізичного здоров'я вказує на важливість медичної та фізичної реабілітації, тоді як значна поширеність побоювань стосовно психологічних проблем обґрунтовує необхідність доступу до психологічної допомоги. Водночас очікування нерозуміння з боку суспільства свідчить про важливість соціальної складової реабілітації, яка передбачає не тільки індивідуальну підтримку, а й формування доступного та доброзичливого середовища для ветеранів.

Важливо, що в цьому випадку йдеться саме про очікувані труднощі після повернення з війни, а не про встановлену частоту відповідних захворювань або фактичний досвід усіх ветеранів. Проте такі відповіді дозволяють визначити напрями, на які має бути спрямована реабілітаційна політика.

Додатково актуальність реабілітації підтверджують відповіді ветеранів, які на момент опитування вже не проходили службу. Серед проблем, з якими вони фактично стикалися на той час, 68,4 % назвали проблеми з фізичним здоров'ям, 66,8 % психологічні розлади, 63,8 % нерозуміння з боку суспільства. Також 53,6 % вказали на проблеми з оформленням соціальних пільг, 53,2 % на труднощі з отриманням медичної допомоги, 50,4 % на труднощі з пошуком роботи, 47,9 % на проблему алкогольної залежності, а 34,7 % на конфлікти з близькими [5].

Ці дані дають змогу побачити взаємозв'язок між окремими напрямами реабілітації. Наприклад, фізичні порушення здоров'я можуть зумовлювати потребу в тривалому лікуванні та фізичному відновленні, а психологічні

труднощі необхідність професійної психологічної допомоги. Проблеми з працевлаштуванням і доступом до соціальних гарантій, своєю чергою, вказують на потребу в соціальному супроводі та професійній адаптації. Зазначені показники не доводять прямого причинно-наслідкового зв'язку між цими проблемами, проте підтверджують необхідність комплексного підходу до підтримки ветеранів.

Не менш важливим є сімейний вимір реабілітації. За результатами дослідження, серед чинних військовослужбовців 19 % зазначили, що потребують підтримки родині, а 18,3 % психологічної підтримки. Оцінюючи майбутні потреби, 11,3 % респондентів назвали допомогу родині, тоді як 58 % вказали на зміцнення здоров'я, а 34,1 % на реінтеграцію. При цьому учасники опитування могли обирати декілька варіантів відповідей [5].

Ці результати дають підстави наголосити, що реабілітаційна політика має враховувати не лише потреби самого військовослужбовця чи ветерана, а й обставини його сім'ї. Тривале перебування на службі, розлука, переживання за близьку людину, зміна розподілу сімейних обов'язків та необхідність догляду після поранення можуть впливати на емоційний стан усіх членів родини. Тому підтримка сім'ї може передбачати психологічне консультування, допомогу в адаптації до змінених життєвих обставин, інформування про соціальні гарантії та сприяння в отриманні необхідних послуг.

Водночас необхідно розмежовувати потребу військовослужбовців у підтримці власної родини та безпосередню потребу членів сім'ї в реабілітаційних послугах. Наведені показники відображають відповіді військовослужбовців і не є окремим дослідженням психологічного стану їхніх партнерів, дітей чи інших близьких. Однак вони підтверджують, що сімейна підтримка посідає важливе місце в уявленнях опитаних про необхідну допомогу [5].

Таким чином, реабілітацію представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей в Україні доцільно розуміти як комплексний, індивідуалізований

процес відновлення фізичного, психологічного, соціального та професійного функціонування осіб, які зазнали негативного впливу обставин проходження військової служби, участі в бойових діях або виконання завдань із забезпечення національної безпеки й оборони, з урахуванням потреб та життєвих обставин членів їхніх сімей. Її значення полягає не лише в подоланні наслідків поранень, захворювань і психологічних травм, а й у забезпеченні можливості повернення до повноцінного суспільного життя, відновленні сімейних зв'язків, професійній самореалізації та збереженні людського потенціалу держави. Реабілітація є важливою складовою державної політики у сфері національної безпеки й соціального захисту, ефективність якої залежить від комплексності надання допомоги, її доступності та орієнтації на індивідуальні потреби кожної людини.

2.1. Поняття, види та зміст реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей в Україні

Визначення поняття реабілітації, її основних видів та змісту має важливе значення для розуміння особливостей відновлення представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей. Насамперед це пов'язано з тим, що наслідки військової служби та участі в бойових діях можуть проявлятися не лише у фізичних порушеннях здоров'я, а й у психологічних труднощах, проблемах із соціальною адаптацією, професійною діяльністю та повсякденним життям. Тому реабілітацію варто розглядати ширше, ніж просто комплекс заходів із лікування та відновлення після поранень або захворювань. Вона має враховувати різні потреби людини та допомагати їй повернутися до звичного життя або пристосуватися до нових обставин.

Сам термін «реабілітація» походить із латинської мови та утворений шляхом поєднання префікса «re», що означає повторення або відновлення, і слова «habilitas», яке перекладається як придатність, здатність або спроможність. Отже, у загальному розумінні реабілітація пов'язана з

відновленням втрачених можливостей і здатностей людини, а також поверненням їй можливості повноцінно функціонувати в суспільстві [6].

У науковій літературі це поняття найчастіше розкривається через відновлення порушених функцій організму та повернення людини до повсякденного життя. Зокрема, відповідно до підходу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), медична реабілітація є активним процесом, спрямованим на відновлення функцій, порушених унаслідок захворювання або травми. Якщо повне відновлення є неможливим, основна увага приділяється максимально можливій реалізації фізичного, психічного та соціального потенціалу людини й забезпеченню її інтеграції в суспільство. Отже, важливим результатом реабілітації є не обов'язково повне усунення всіх наслідків травми чи захворювання, а насамперед відновлення максимально можливої самостійності людини та її здатності брати участь у повсякденному житті.

Подібне розуміння реабілітації простежується і в законодавстві України. Так, стаття 17 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» розмежовує реабілітацію у сфері охорони здоров'я та інші види реабілітації, визначені законодавством [7]. Водночас у статті 20 цього Закону закріплено визначення реабілітації у сфері охорони здоров'я як комплексу заходів, що здійснюються фахівцями з реабілітації в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно. Їх метою є надання допомоги особам з обмеженнями повсякденного функціонування або тим, у кого такі обмеження можуть виникнути, для досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування і якості життя у своєму середовищі.

Для представників сектору безпеки і оборони зазначені положення мають особливе значення, оскільки їхні реабілітаційні потреби можуть бути пов'язані як із відновленням здатності виконувати службові обов'язки, так і з подальшим переходом до цивільного життя. При цьому важливим є не лише

фізичне відновлення, а й повернення до активної соціальної взаємодії, професійної діяльності та звичних сімейних відносин.

Після визначення поняття реабілітації доцільно розглянути її основні види, оскільки саме через їх розмежування можна краще зрозуміти, які напрями допомоги охоплює процес відновлення представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей. Варто враховувати, що реабілітаційні потреби таких осіб не є однаковими: одні потребують передусім медичного та фізичного відновлення після поранень або захворювань, інші — психологічної підтримки, допомоги у поверненні до професійної діяльності чи адаптації до змінених життєвих обставин. Тому класифікація реабілітації має не лише теоретичне, а й практичне значення, адже дає змогу визначити спрямованість відповідних заходів та підібрати їх з урахуванням конкретних потреб людини.

У науковій літературі можна зустріти різні підходи до класифікації реабілітації. Зокрема, А. В. Мельнікова, А. В. Гороховський та Я. М. Костян виокремлюють медичну, соціальну, професійну (виробничу) та фізичну реабілітацію [8, с. 24–25]. Медична реабілітація, на думку дослідників, охоплює комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на відновлення функціонального стану організму та загального здоров’я військовослужбовців до максимально можливого рівня працездатності. Для цього можуть застосовуватися різні методи медичного, хірургічного, фізіотерапевтичного, психологічного та фізичного впливу. Водночас фізична реабілітація має більш конкретну спрямованість і пов’язана насамперед із відновленням рухливості та працездатності за допомогою дозованих фізичних навантажень. Отже, ці два види є тісно пов’язаними, однак не тотожними: фізичне відновлення становить один із важливих напрямів ширшого процесу медичної реабілітації.

Соціальна реабілітація, відповідно до зазначеного підходу, спрямована на формування та відновлення навичок, необхідних для самостійного повсякденного життя, зокрема навичок самообслуговування. Професійна

(виробнича) реабілітація, своєю чергою, передбачає підготовку осіб, які перенесли захворювання або зазнали травм, до трудової діяльності. Для представників сектору безпеки і оборони ці напрями мають особливе значення, оскільки після поранення, захворювання чи звільнення зі служби людина може потребувати не лише відновлення здоров'я, а й набуття нових навичок, пристосування до інших умов праці та пошуку свого місця в цивільному житті.

Більш розгорнутий перелік видів реабілітаційних заходів закріплено на законодавчому рівні. Так, стаття 24 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [7] передбачає можливість здійснення відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю медичних, психологічних, професійних, трудових, соціальних, психолого-педагогічних та фізкультурно-спортивних реабілітаційних заходів. Такий підхід дає змогу розглядати реабілітацію не як окрему процедуру чи послугу, а як систему взаємопов'язаних заходів, кожен з яких спрямований на певну сторону життєдіяльності людини.

Зокрема, заходи з реабілітації у сфері охорони здоров'я охоплюють медикаментозне лікування в межах компетенції лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичну терапію, ерготерапію, терапію мови та мовлення, а також забезпечення протезами, ортезами й іншими допоміжними засобами реабілітації. Психологічні заходи спрямовані на психокорекцію особистісних якостей і функцій, підтримання мотивації до повсякденного функціонування та праці, запобігання негативним психічним станам і формування навичок психологічної саморегуляції. Професійна реабілітація передбачає сприяння у професійному навчанні та адаптації, тоді як трудова зосереджена на раціональному працевлаштуванні й психологічній підтримці людини під час пристосування до виробничих умов.

Окреме місце посідають соціальні та психолого-педагогічні заходи. Перші охоплюють соціально-побутову адаптацію, орієнтацію в соціальному середовищі та забезпечення необхідними допоміжними засобами. Другі

передбачають психологічну й педагогічну корекцію розвитку. Фізкультурно-спортивна реабілітація, своєю чергою, пов’язана з фізкультурно-спортивною підготовкою та адаптацією, організацією і проведенням оздоровчих та спортивних занять. Таким чином, законодавчий перелік охоплює не лише відновлення фізичного стану, а й психологічну підтримку, соціальну адаптацію та створення умов для подальшої професійної реалізації людини.

Варто звернути увагу, що наведені класифікації не слід сприймати як такі, що суперечать одна одній. Науковий підхід А. В. Мельнікової, А. В. Гороховського та Я. М. Костяна дозволяє виокремити основні напрями реабілітації, тоді як законодавець деталізує їх через конкретні види заходів, які можуть застосовуватися відповідно до потреб особи. При цьому в практичній діяльності окремі напрями часто поєднуються. Наприклад, відновлення після тяжкого поранення може одночасно передбачати медичне лікування, фізичну терапію, психологічну підтримку та подальшу професійну адаптацію. Саме комплексне застосування таких заходів дає змогу врахувати не лише характер отриманих ушкоджень, а й те, як вони впливають на повсякденне життя людини.

Крім розмежування реабілітації за її видами, важливим є визначення обсягу допомоги, необхідної конкретній особі. У цьому контексті постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 року № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я» передбачено поділ реабілітаційної допомоги за обсягом роботи фахівців з реабілітації на високий, середній та низький рівні. Високий обсяг передбачає три та більше годин реабілітації на добу або не менше 15 годин на тиждень; середній – від однієї до двох годин на добу; низький — одну годину на добу та менше [9]. Такий поділ дає змогу визначати інтенсивність реабілітаційного процесу залежно від стану та потреб людини, а не застосовувати однаковий обсяг допомоги до всіх осіб.

Узагальнюючи вище наведені наукові підходи та положення законодавства, можна виокремити такі основні види реабілітації

представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей: медичну, фізичну, психологічну, соціальну, професійну (трудову), психолого-педагогічну та фізкультурно-спортивну Кожен із цих видів має власну спрямованість, однак на практиці вони тісно взаємопов'язані та можуть здійснюватися одночасно. Їх поєднання дає змогу врахувати різні наслідки військової служби та участі в бойових діях, а також забезпечити відновлення не лише фізичного стану людини, а й її психологічного благополуччя, соціальних зв'язків і здатності до професійної діяльності.

Одним із ключових напрямів у цій системі є медична реабілітація, оскільки саме вона спрямована на відновлення здоров'я та порушених функцій організму внаслідок поранень, травм або захворювань. Для розуміння її сутності варто звернутися до визначення, сформульованого О. М. Соколовою. На думку вченої, медична реабілітація є диференційованою етапною системою лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на відновлення функціонального стану організму та здоров'я військовослужбовців шляхом послідовного застосування методів медикаментозного, психологічного, фізіологічного і психофізіологічного впливу на функціонально змінені системи організму [10, с. 153]. Із цього визначення випливає, що медична реабілітація не обмежується безпосереднім лікуванням, а передбачає послідовне застосування різних методів, спрямованих на максимально можливе відновлення функціональних можливостей людини.

Значення такого відновлення особливо помітне в контексті виконання військовослужбовцями службових і бойових завдань. У науковій літературі неодноразово наголошувалося, що медична та фізична реабілітаційна допомога має безпосередній зв'язок із підтриманням боєздатності військових підрозділів. Так, на думку дослідників, застосування фізичної реабілітації дає змогу відновити функціональний стан організму військовослужбовців, нормалізувати емоційну, мотиваційну та моральну сфери особистості, а також сприяти відновленню професійних якостей, необхідних для виконання

бойових завдань [11, с. 165]. Водночас значення фізичного відновлення не варто пов’язувати виключно з можливістю повернення до військової служби. Воно є важливим і для тих осіб, які після поранення чи захворювання продовжують життя поза межами військової системи, оскільки забезпечує їхню самостійність та можливість повноцінно брати участь у повсякденному житті.

У цьому контексті окремо слід розглянути фізичну реабілітацію, яка передбачає застосування фізичних вправ і природних оздоровчих факторів з метою профілактики та лікування, сприяючи відновленню фізичного стану ветеранів. Вона використовується на різних етапах реабілітаційного процесу та є його невід’ємною складовою [12].

Близькою за спрямованістю, але дещо ширшою за змістом є фізкультурно-спортивна реабілітація. Вона охоплює не лише відновлення фізичних можливостей, а й покращення загального стану здоров’я, розвиток витривалості та сили, а також підтримання психологічного благополуччя. Регулярні фізкультурно-спортивні заняття можуть сприяти запобіганню вторинним ускладненням, зокрема порушенням координації рухів, атрофії м’язів і контрактурам, а також зменшенню рівня стресу та тривожності й підвищенню мотивації до активного життя [13]. Таким чином, фізична та фізкультурно-спортивна реабілітація доповнюють медичну допомогу, забезпечуючи поступове відновлення рухових функцій і підтримання фізичної активності людини.

Проте фізичні наслідки поранень і захворювань не вичерпують усіх проблем, з якими можуть зіткнутися представники сектору безпеки і оборони. Не менш важливим напрямом є психологічна реабілітація, необхідність якої зумовлена впливом бойового досвіду, пережитих травматичних подій, тривалого стресу та труднощів повернення до звичного життя. В. В. Волошина розглядає психологічну реабілітацію як комплекс заходів, спрямованих на розвиток і підтримання функцій психічного здоров’я з урахуванням соціального та фізичного компонентів, а також на

реінтеграцію військовослужбовців із психічними розладами до суспільного, професійного й особистого життя [14, с. 10]. Отже, її призначення полягає не лише в подоланні окремих психологічних труднощів, а й у відновленні здатності людини будувати стосунки, працювати, взаємодіяти з оточенням і самостійно організовувати своє життя.

Дещо ширше розуміння психологічної реабілітації пропонують С. Белроуз та співавтори, які досліджували особливості реабілітації французьких ветеранів-військовослужбовців із позицій нейронаук і когнітивних наук [15]. На думку дослідників, реабілітація є сукупністю терапевтичних втручань, покликаних розкрити потенціал людини та допомогти їй покращити якість власного життя. При цьому основна мета психологічної реабілітації полягає в тому, щоб людина могла успішно функціонувати в обраному нею середовищі та відчувати задоволення від життя, потребуючи якомога меншого постійного професійного втручання. Серед основних цілей такого процесу автори називають зменшення проявів психологічних розладів, зміцнення підтримки з боку родини й найближчого оточення, покращення умов середовища, подолання дискримінації та стигматизації, розвиток соціальних навичок та емпатії, а також підтримання самовизначення і позитивного самосприйняття [15].

Особливої уваги в цьому підході заслуговує акцент на підтримці родини та найближчого оточення. Адже психологічні наслідки участі в бойових діях можуть позначатися не лише на самому військовослужбовцеві чи ветерані, а й на його взаєминах із членами сім'ї. Зміни у звичному способі життя, труднощі спілкування, необхідність пристосування до нових обставин можуть створювати додаткове навантаження для близьких людей. Тому психологічна реабілітація має враховувати сімейне середовище, а за потреби передбачати залучення членів родини до реабілітаційного процесу. Такий підхід узгоджується з позицією П. Кнехта (Франція), який визначає психолого-соціальну реабілітацію травмованих військовослужбовців як втручання, що здійснюється в немедичному середовищі та поєднує

психологічну і соціальну підтримку, сприяє подальшому життєвому розвитку, відновленню професійної діяльності як у військовій сфері, так і поза нею, а також передбачає адаптацію до індивідуальних особливостей військовослужбовця та його оточення [16].

Таким чином, психологічна реабілітація тісно пов'язана із соціальною, оскільки психологічний стан людини значною мірою впливає на її здатність взаємодіяти з іншими, відновлювати соціальні зв'язки та пристосовуватися до змінених життєвих умов. Соціально-психологічна реабілітація, як зазначають дослідники, спрямована на відновлення психічних функцій, працездатності та соціальної активності осіб, які зазнали впливу бойових дій. Вона передбачає сприяння адаптації до цивільного середовища, професійну підготовку або перекваліфікацію, створення умов для працевлаштування, зокрема шляхом облаштування спеціально пристосованих робочих місць, що в результаті сприяє економічній незалежності та соціальній інтеграції ветеранів [12].

Соціальну реабілітацію також можна розглядати як ширший процес відновлення зв'язків людини із суспільством та її місця в соціальному середовищі. Звертаючись до теоретичних положень, її можна охарактеризувати як комплекс медичних, юридичних, адміністративних і соціально-психологічних заходів, спрямованих на адаптацію людини в суспільстві, її самоідентифікацію та відновлення функціональних зв'язків із соціальними групами й інститутами. Важливим результатом такого процесу є не лише повернення або набуття відповідного соціального статусу, а й відновлення соціальних функцій та формування нового способу життя з урахуванням обставин, у яких опинилася людина [18, с. 495]. Для представників сектору безпеки і оборони це може означати поступове пристосування до цивільного середовища, відновлення контактів із громадою, участь у суспільному житті та подолання труднощів, пов'язаних зі зміною звичного соціального статусу.

Поряд із медичною, фізичною, психологічною та соціальною реабілітацією важливе місце посідає професійна реабілітація, яка особливо актуальна для осіб, що через стан здоров'я або інші обставини не можуть продовжувати попередню військову службу чи виконувати роботу за набутою спеціальністю. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», професійна реабілітація є системою заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення або здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням і необхідним соціальним супроводом з урахуванням особистих схильностей та побажань особи [7]. Отже, її зміст не зводиться лише до пошуку роботи, а охоплює підготовку людини до нової професійної діяльності, врахування її можливостей та інтересів і створення умов для подальшої економічної самостійності. У цьому аспекті професійна реабілітація безпосередньо доповнює соціальну, адже працевлаштування є не лише джерелом доходу, а й одним зі способів відновлення самостійності, соціальної активності та відчуття власної значущості.

Комплексний характер усіх зазначених напрямів реабілітації зумовлює необхідність дотримання певних принципів під час їх організації та здійснення.

Так, В. В. Турбан наголошує, що дієвість реабілітаційної діяльності забезпечується сукупністю психологічних, медичних, соціальних та етичних принципів. До психологічних належать оперативність, гнучкість, багатоступеневість, невідкладність та індивідуальний підхід; до медичних синергічне співробітництво і багаторівневий характер саногенних заходів; до соціальних цілісність, гармонійність, динамічність і системність; до етичних гуманізація, індивідуалізація, взаємодія фахівців мультидисциплінарної команди та забезпечення моральної підтримки. На думку дослідниці, дотримання цих принципів визначає вибір організаційно-педагогічних умов,

форм, методів і технологій реабілітаційної діяльності та сприяє досягненню позитивних результатів відновлення військовослужбовців [18, с. 342].

3.1. Цивільно-правове регулювання реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей

Забезпечення реабілітації представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей потребує не лише належної організації медичних, психологічних, фізичних і соціальних заходів, а й чіткого правового регулювання відносин, що виникають у процесі їх надання. Адже можливість отримати необхідну допомогу залежить не тільки від наявності відповідних реабілітаційних програм і фахівців, а й від закріплення прав осіб, які потребують реабілітації, визначення обов'язків держави та інших уповноважених суб'єктів, а також механізмів реалізації й захисту таких прав. У цьому контексті особливого значення набуває цивільно-правове регулювання, оскільки реабілітаційні відносини охоплюють питання охорони здоров'я, надання послуг, відновлення особистих немайнових прав, забезпечення належної якості допомоги та захисту інтересів людини [19].

Загальні конституційні засади такого регулювання закріплені у статті 17 Конституції України, відповідно до якої держава забезпечує соціальний захист громадян України, які перебувають на службі у Збройних Силах України та інших військових формуваннях, а також членів їхніх сімей [20]. Це положення має принципове значення, оскільки встановлює особливий обов'язок держави щодо соціального захисту осіб, які виконують завдання із забезпечення оборони держави, та їхніх близьких. При цьому соціальний захист не варто зводити виключно до матеріального забезпечення чи надання пільг. Він охоплює також створення умов для збереження і відновлення здоров'я, отримання необхідної реабілітаційної допомоги та подолання наслідків, пов'язаних із проходженням служби й участю в бойових діях.

Закріплений у Конституції України підхід узгоджується із загальновизнаними міжнародними та європейськими стандартами у сфері соціального забезпечення і захисту прав людини. Зокрема, положення Загальної декларації прав людини та Європейської соціальної хартії відображають обов'язок держав забезпечувати умови для реалізації права на соціальне забезпечення, охорону здоров'я та гідний рівень життя. Як зазначає І.О. Наливайко, конституційне закріплення соціального захисту військовослужбовців та членів їхніх сімей свідчить про необхідність особливої уваги держави до цієї категорії осіб і відповідає відповідним міжнародним та європейським підходам [21]. Тобто, реабілітація представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей має розглядатися не лише як напрям державної соціальної політики, а і як складова забезпечення основоположних прав людини.

Подальшого розвитку ці конституційні положення набувають у спеціальному законодавстві та документах державної політики. Зокрема, державна політика у сфері охорони здоров'я ветеранів спрямована на створення умов для збереження і відновлення їхнього здоров'я, забезпечення доступності медичної та реабілітаційної допомоги, підтримання ментального здоров'я й повноцінної інтеграції в суспільство. Відповідні напрями визначені у Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року [22], яка передбачає формування системи комплексної підтримки ветеранів, розвиток медичної та реабілітаційної допомоги, а також забезпечення доступу до послуг у сфері ментального здоров'я.

Важливе місце серед нормативно-правових актів, що забезпечують реалізацію зазначених напрямів, посідає Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [23]. Ним передбачено низку гарантій у сфері медичного забезпечення ветеранів війни, зокрема право на медичну допомогу, лікарські засоби, медичні вироби та допоміжні засоби реабілітації. Для окремих категорій ветеранів також установлено додаткові гарантії, серед яких медичне обстеження, зубопротезування та

отримання медичної допомоги у відомчих закладах охорони здоров’я. Таким чином, цей Закон визначає спеціальні гарантії для осіб, які мають статус ветерана війни, та створює правові передумови для забезпечення їхніх потреб у сфері охорони здоров’я і відновлення. Водночас його значення полягає не лише у встановленні окремих пільг, а й у визнанні особливих потреб ветеранів, пов’язаних із наслідками участі в бойових діях, пораненнями, захворюваннями та необхідністю подальшої адаптації до мирного життя.

Водночас правове регулювання реабілітації не обмежується положеннями зазначеного Закону. Відповідні правовідносини охоплюються низкою нормативно-правових актів, які регулюють окремі аспекти медичного забезпечення, соціального захисту, психологічної підтримки та надання реабілітаційних послуг. Зокрема, до них належать закони України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», «Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про систему охорони психічного здоров’я в Україні», «Про психіатричну допомогу», «Про систему громадського здоров’я» та «Про соціальні послуги».

Кожен із цих законодавчих актів має власне призначення у формуванні системи реабілітаційного забезпечення. Так, Закон України «Про Основи законодавства України про охорону здоров’я» [24] визначає загальні правові, організаційні та соціальні засади охорони здоров’я, закріплює права громадян у цій сфері та обов’язки держави щодо їх забезпечення. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [25] встановлює механізми фінансування медичних послуг за рахунок державного бюджету, що має безпосереднє значення для забезпечення доступності медичної та реабілітаційної допомоги. Водночас Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» передбачає спеціальні гарантії для військовослужбовців і

їхніх близьких, зокрема у сфері охорони здоров'я, медичного забезпечення та соціального захисту [26].

Безпосередньо питання організації та надання реабілітаційної допомоги врегульовані Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [27]. Він визначає правові, організаційні та економічні засади реабілітації, встановлює коло осіб, які можуть отримувати відповідну допомогу, визначає основні принципи її надання та регламентує діяльність фахівців і мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Доповнює ці положення Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», який закріплює гарантії рівних можливостей, доступності соціальної інфраструктури та недопущення дискримінації за ознакою інвалідності [28].

Окремий напрям законодавчого регулювання стосується психологічного та психічного здоров'я. Зокрема, Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» [29] визначає засади функціонування відповідної системи, спрямованої на збереження, зміцнення та відновлення психічного здоров'я населення, а також передбачає організаційні механізми надання допомоги у цій сфері. Закон України «Про психіатричну допомогу» [30] регулює питання надання психіатричної допомоги, визначає права осіб, які її потребують, та гарантії дотримання їхніх прав під час її надання. Для представників сектору безпеки і оборони ці положення мають особливе значення з огляду на можливі психологічні наслідки бойового досвіду, тривалого стресу та інших обставин проходження служби.

Не менш важливими є нормативні положення, що стосуються соціальної складової реабілітації. Так, Закон України «Про систему громадського здоров'я», закріплює засади діяльності у сфері громадського здоров'я, зокрема щодо профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та формування безпечного середовища [31]. А Закон України «Про соціальні послуги» визначає організаційні та правові засади надання соціальних

послуг, встановлює права їх отримувачів і обов'язки надавачів, а також передбачає можливість отримання соціального супроводу, консультування, соціальної адаптації та інших видів підтримки [32].

Подальший розвиток законодавства у цій сфері пов'язаний із запровадженням нових підходів до організації медичної допомоги, реабілітації та протезування військовослужбовців і ветеранів. З цією метою Верховна Рада України 19 серпня 2026 року прийняла Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців, ветеранів та військовополонених, яких звільнено з полону, на належну медичну допомогу, реабілітацію, протезування» [33]. Ним удосконалено механізми забезпечення безперервності лікування та реабілітації, зокрема передбачено можливість продовження реабілітаційних заходів у довготривалому періоді. Протезування та ортезування розглядаються як складові реабілітаційного маршруту, а особі надається можливість обирати фахівця та суб'єкта, який надає відповідні послуги. Крім того, особам зі статусом ветерана війни передбачено право самостійно придбавати допоміжні засоби реабілітації з подальшим отриманням компенсації їхньої вартості за рахунок коштів державного бюджету. Закон також встановлює вимоги щодо професійного супроводу та навчання користуванню такими засобами, удосконалює механізми інформаційного забезпечення відповідних послуг, контролю їх якості та розгляду скарг. Окремо слід відзначити запровадження біопсихосоціальної моделі оцінювання функціонування особи з використанням Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Сукупно ці зміни спрямовані на формування більш персоналізованої моделі медичної та реабілітаційної допомоги, яка враховує індивідуальні потреби людини, забезпечує можливість вибору відповідного фахівця та передбачає довготривалий характер процесу відновлення.

Важливою передумовою відновлення здоров'я є також доступ до необхідних лікарських засобів. У цьому контексті постанова Кабінету

Міністрів України «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» [34] передбачає право ветеранів війни на безоплатне або пільгове отримання лікарських засобів за рецептами лікарів під час амбулаторного лікування. Така гарантія має практичне значення для осіб, які потребують тривалого лікування, оскільки сприяє доступності медикаментозної терапії та забезпечує можливість продовження відновлення поза межами стаціонарного лікування.

Безпосередній порядок організації реабілітаційної допомоги визначається також відповідним Порядком організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я [35]. Ним передбачено, що така допомога надається особам з обмеженнями повсякденного функціонування та особам з інвалідністю протягом гострого, післягострого і довготривалого реабілітаційних періодів. При цьому її надання може здійснюватися різними суб'єктами та в різних умовах: у стаціонарних і амбулаторних відділеннях, закладах охорони здоров'я територіальних громад, а також за місцем проживання особи. Важливим елементом визначеного порядку є функціонування мультидисциплінарних реабілітаційних команд, до складу яких входять фахівці різних спеціальностей, що дає змогу враховувати фізичні, психологічні та інші потреби людини. Крім того, передбачено формування реабілітаційного маршруту й індивідуального реабілітаційного плану, завдяки яким визначаються необхідні заходи, їх послідовність та очікувані результати. Такий підхід дає змогу забезпечити наступність реабілітаційного процесу та пристосувати його до стану й індивідуальних потреб конкретної особи.

Окрему групу нормативно-правових актів становлять ті, що регулюють забезпечення осіб допоміжними засобами реабілітації. Зокрема, Порядком забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших

окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби [36] визначено перелік відповідних засобів, до яких належать протезно-ортопедичні вироби, засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому, крісла колісні, а також засоби для самообслуговування і спілкування. Забезпечення ними здійснюється з урахуванням індивідуальних потреб особи та визначеної для неї необхідності у відповідному засобі. При цьому окремі категорії населення, зокрема ветерани війни та військовослужбовці, можуть отримувати такі засоби на умовах, установлених законодавством. Важливою гарантією є також можливість самостійного придбання необхідного засобу з подальшим отриманням грошової компенсації його вартості.

Спеціальні умови передбачено і для осіб, які потребують протезування або ортезування виробами підвищеної функціональності. Так, Порядок протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій осіб, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок [37] визначає механізм безоплатного забезпечення учасників бойових дій сучасними протезами й ортезами, виготовлення яких із застосуванням відповідних технологій не здійснюється в Україні, а також спеціальними виробами для занять спортом. Передбачено можливість отримання таких виробів як в Україні, так і за кордоном. Крім того, відповідна державна підтримка охоплює не лише безпосереднє забезпечення протезуванням та/або ортезуванням, а й відшкодування окремих витрат, пов’язаних із його отриманням за кордоном, зокрема на проїзд, проживання та харчування. Отже, наведені положення спрямовані на забезпечення не тільки доступу до необхідних технічних засобів, а й можливості їх належного використання та подальшого відновлення функціональних можливостей людини.

Фінансове забезпечення окремих напрямів медичної допомоги також врегульовано на рівні урядових актів. Зокрема, затверджений Кабінетом

Міністрів України Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання окремих медичних послуг деяким категоріям громадян31 встановлює механізм використання бюджетних коштів за відповідною програмою. Його значення полягає у визначенні порядку фінансування окремих медичних послуг для передбачених законодавством категорій осіб, що доповнює загальні механізми державних фінансових гарантій та створює додаткові можливості для отримання необхідної допомоги [38].

Поряд із медичним і фізичним відновленням важливе місце в системі реабілітації посідає психологічна підтримка, зокрема допомога особам, у яких виникли розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. У цьому контексті слід відзначити затверджений 11 лютого 2026 року Порядок реалізації експериментального проєкту щодо надання послуг із медико-психологічного супроводу окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і мають розлади, що виникли внаслідок вживання психоактивних речовин, включаючи алкоголь [39]. Передбачений ним супровід охоплює комплекс медичних, психологічних, психотерапевтичних, освітніх і соціальних заходів, спрямованих на формування мотивації до здорового способу життя, профілактику повторного виникнення розладів, відновлення соціальної адаптації та забезпечення психоемоційної підтримки. Послуги надаються на добровільних засадах, індивідуально або в групах, за самостійним зверненням особи чи за направленням медичних працівників, фахівців із супроводу ветеранів або представників ветеранських просторів. Порядком також визначено триетапну модель надання послуг із використанням науково обґрунтованих методів, серед яких мотиваційне інтерв'ю, когнітивно-поведінкова та сімейна терапія, травмаорієнтований підхід і профілактика рецидивів.

Висновки до розділу 1

Реабілітація представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей в Україні має розглядатися як комплексна система відновлення, спрямована не лише на подолання наслідків поранень, захворювань і психологічних травм, а й на повернення людини до повноцінного особистого, сімейного, професійного та суспільного життя. Її значення полягає у збереженні людського потенціалу держави, підтриманні обороноздатності, забезпеченні соціальної стабільності та створенні умов для успішного переходу військовослужбовців і ветеранів до цивільного життя. При цьому основним орієнтиром реабілітаційного процесу має бути конкретна людина з її індивідуальними потребами, можливостями та життєвими обставинами.

Однією з визначальних особливостей реабілітації є її комплексний та індивідуалізований характер. Відновлення не повинно обмежуватися виключно медичним втручанням або усуненням фізичних порушень, оскільки наслідки військової служби та участі в бойових діях можуть охоплювати психологічну, соціальну, професійну й сімейну сфери життя. Відповідно, ефективність реабілітації залежить від узгодженого застосування різних напрямів допомоги з урахуванням стану здоров'я, функціональних можливостей та потреб кожної особи.

Окремим напрямом реабілітаційної політики має бути підтримка членів сімей військовослужбовців і ветеранів. Їх залучення до реабілітаційного процесу зумовлене тим, що наслідки бойового досвіду, тривалої розлуки, поранень та зміни звичного способу життя впливають на сімейні взаємини й психологічний стан близьких. Тому реабілітаційна допомога має враховувати не лише потреби безпосереднього отримувача послуг, а й сімейне середовище, передбачаючи за необхідності психологічне консультування, соціальний супровід та допомогу в адаптації до змінених життєвих обставин.

Правове регулювання реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей характеризується міжгалузевим характером і ґрунтується на конституційних гарантіях соціального захисту, міжнародних

стандартах прав людини, спеціальному законодавстві та підзаконних нормативно-правових актах. Нормативна база охоплює питання медичного забезпечення, надання реабілітаційних і соціальних послуг, психологічної допомоги, протезування, забезпечення допоміжними засобами реабілітації та професійної адаптації. Водночас важливе значення має не лише закріплення відповідних прав і гарантій, а й визначення реальних механізмів їх реалізації, фінансування та забезпечення доступності необхідних послуг.

Подальший розвиток правового регулювання цієї сфери має бути спрямований на забезпечення безперервності реабілітаційного процесу, його доступності, індивідуалізації та належної якості. Особливого значення набувають розвиток мультидисциплінарного підходу, формування індивідуальних реабілітаційних маршрутів, удосконалення механізмів протезування й ортезування, а також розширення можливостей отримання психологічної та соціальної підтримки. При цьому результативність державної політики повинна оцінюватися не лише за кількістю передбачених програм і послуг, а насамперед за можливістю людини своєчасно отримати необхідну допомогу та досягти реальних результатів відновлення.

Отже, основною ідеєю реабілітації представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей має стати перехід від вузького розуміння відновлення як подолання наслідків поранень і захворювань до комплексного підходу, орієнтованого на відновлення спроможності людини самостійно жити, підтримувати сімейні відносини, брати участь у суспільному житті та реалізовувати себе у професійній діяльності.

Список використаних джерел

1. Овод Г., Лисенко Є., Липова П. Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долання несистемності : дослідження. Київ, 2024. 116 с.

2. Yadlovska O. S. Osoblyvosti protsesu kompleksnoi sotsialnoi reabilitatsii [Peculiarities of the process of complex social rehabilitation]. Scientific Achievements of Modern Society : Proceedings of the 11th International Scientific

and Practical Conference (June 24–26, 2020). Liverpool : Cognum Publishing House, 2020. P. 336–337.

3. Віталій Кім представив ключові пріоритети ветеранської політики на 2026–2027 роки. Міністерство у справах ветеранів України. URL: https://mva.gov.ua/prescenter/category/86-novini/vitaliy-kim-predstaviv-kluchovi-prioriteti-veteranskoi-politiki-na-20262027-roki

4. Маркіна К. В. Україні вже понад 2 мільйони ветеранів: які області в лідерах. Рух ЧЕСНО. URL: https://www.chesno.org/post/6867/

5. Друге анонімне онлайн-опитування серед ветеранів та діючих військовослужбовців «Портрет ветерана. Блок «Потреби ветеранів». Український ветеранський фонд Міністерства у справах ветеранів України URL: https://veteranfund.com.ua/doc/6-12-02-23.pdf

6. Тлумачний словник іншомовних слів / авт.-уклад. О. М. Сліпушко. Київ : Школа, 2006. 288 с.

7. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 06 жовт. 2005 р. № 2961-IV // Відомості Верховної Ради України. 2006. № 2–3. Ст. 36.

8. Мельнікова А. В., Гороховський А. В., Костян Я. М. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни військовослужбовців. Молодий вчений. 2023. № 11 (123). С. 23–26.

9. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я : Постанова Кабінету Міністрів України від 03 листоп. 2021 р. № 1268 // Офіційний вісник України. 2021. № 97. Ст. 6296.

10. Соколова О. М., Васюк Н. О., Радиш Я. Ф. Реабілітація військовослужбовців: термінологія, класифікація, принципи та особливості (до проблеми державного регулювання реабілітації особового складу Збройних Сил України). Інвестиції: практика та досвід. 2015. № 23. С. 148–155.

11. Трачук С. В., Хмара В. В., Підлетейчук Р. В., Сиротюк С. М. Проблеми реабілітації та відновлення військовослужбовців за особливих

умов. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15. 2024. № 4 (177). С. 163–168.

12. Якимець В.М. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки. Організація медичної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. №3 (93). С. 41–50.

13. Когут І. Базові положення соціально-гуманістичної спрямованості адаптивної фізичної культури. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2013. №3. С. 58-63

14. Волошина В. В. Сутність поняття психологічної реабілітації військовослужбовців. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024. Вип. 2. С. 7–11.

15. Belrose C., Gibert L., Trousselard M. Recovery, Rehabilitation and Positive Psychology for Chronic Post-Traumatic Stress Disorder: Theoretical and Practical Aspects among French Veterans. IntechOpen [Електронний ресурс]. 2019. DOI: https://doi.org/10.5772/intechopen.86813.

16. Knecht P. Importance des dispositifs de réhabilitation psychosociale dans la prise en charge des militaires blessés psychiques. Présentation du dispositif ATHOS de Cambes. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2023. Vol. 181, no. 2. P. 176–179.

17. Соціальні технології: заради чого? яким чином? з яким результатом? : монографія / колектив авторів ; наук. ред. В. І. Подшивалкіна. Одеса : Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2014. 546 с.

18. Турбан В.В. Реабілітаційна та реінтеграційна робота з військовослужбовцями, учасниками бойових дій в центрах соціальних служб: етичний аспект.Проблеми сучасної психології. 2019. № 11. Т. 9. С. 336–337.

19. Радецька Л. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій. Медсестринство. 2020. № 4. С. 23–26.

20. Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141.

21. Наливайко І.О. Теоретико-правова характеристика соціального захисту учасників бойових дій в Україні. Аналітично-порівняльне правознавство. 2023. №2. С. 179-186.

22. Стратегія ветеранської політики на період до 2030 року : схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29 листоп. 2024 р. № 1209-р. *Урядовий кур'єр*. 2024. № 248.

23. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22 жовт. 1993 р. № 3551-XII // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 45. Ст. 425.

24. Основи законодавства України про охорону здоров’я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19.

25. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII // Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. Ст. 31.

26. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20 груд. 1991 р. № 2011-XII // Відомості Верховної Ради України. 1992. № 15. Ст. 190.

27. Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я : Закон України від 03 груд. 2020 р. № 1053-IX // Відомості Верховної Ради України. 2021. № 8. Ст. 59.

28. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 21 берез. 1991 р. № 875-XII // Відомості Верховної Ради УРСР. 1991. № 21. Ст. 252.

29. Про систему охорони психічного здоров’я в Україні : Закон України від 15 січ. 2025 р. № 4223-IX // Відомості Верховної Ради України. 2025. № 31. Ст. 103.

30. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22 лют. 2000 р. № 1489-III // Відомості Верховної Ради України. 2000. № 19. Ст. 143.

31. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06 верес. 2022 р. № 2573-IX // Відомості Верховної Ради України. 2023. № 26. Ст. 93.

32. Про соціальні послуги : Закон України від 17 січ. 2019 р. № 2671-VIII // Відомості Верховної Ради України. 2019. № 18. Ст. 73.

33. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців, ветеранів та військовополонених, яких звільнено з полону, на належну медичную допомогу, реабілітацію, протезування : Закон України від 19 серп. 2026 р. № 4954-IX / Верховна Рада України. URL: rada.gov.ua (дата звернення: 03.11.2026).

34. Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серп. 1998 р. № 1303 // Офіційний вісник України. 1998. № 33. С. 63.

35. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 03 листоп. 2021 р. № 1268 // Офіційний вісник України. 2021. № 97. Ст. 6296.

36. Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби : Постанова Кабінету Міністрів України від 05 квіт. 2012 р. № 321 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 07 груд. 2023 р. № 1306) // Офіційний вісник України. 2023. № 103. Ст. 6176.

37. Про затвердження Порядку протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для

занять спортом окремих категорій осіб, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок : Постанова Кабінету Міністрів України від 01 жовт. 2014 р. № 518 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 04 листоп. 2020 р. № 1053) // Офіційний вісник України. 2020. № 93. Ст. 2990.

38. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання окремих медичних послуг деяким категоріям громадян : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лют. 2025 р. № 156 / Кабінет Міністрів України. URL: kmu.gov.ua (дата звернення: 03.11.2026).

39. Про затвердження Порядку реалізації експериментального проєкту щодо надання послуг із медико-психологічного супроводу окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і мають розлади, що виникли внаслідок вживання психоактивних речовин, включаючи алкоголь : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лют. 2026 р. № 195 / Кабінет Міністрів України. URL: kmu.gov.ua (дата звернення: 03.11.2026).

РОЗДІЛ 2
ПСИХОЛОГІЧНІ ВИКЛИКИ ТА РЕСУРСИ ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ МВС І ЧЛЕНІВ ЇХНІХ СІМЕЙ У ПОСТВОЄННИЙ ПЕРІОД

Повномасштабна військова агресія проти України суттєво змінила умови професійної діяльності та життєдіяльності особового складу сил безпеки, зумовивши формування комплексу специфічних психологічних викликів. Працівники органів та підрозділів системи Міністерства внутрішніх справ України – поліцейські, рятувальники, гвардійці та прикордонники – тривалий час функціонують у режимі надвисокого психоемоційного та фізичного навантаження, поєднуючи виконання щоденних оперативно-службових завдань із реагуванням на наслідки бойових дій, ракетних ударів та надзвичайних ситуацій. Постійна загроза власному життю, залучення до ліквідації наслідків руйнувань, безпосередній контакт із потерпілими й загиблими, а також хронічне виснаження та депривація сну поступово призводять до накопичення дистресу та формування специфічних психофізіологічних і поведінкових реакцій, що негативно позначаються на професійному функціонуванні фахівців. Водночас деструктивний вплив екстремальних умов воєнного сьогодення не обмежується суб’єктами професійної діяльності, а поширюється на сімейну систему працівників МВС, викликаючи порушення її внутрішньої динаміки та структурних зв’язків.

У поствоєнний період ключовим завданням відомчої психологічної науки та практики стає не лише вивчення чинників дезадаптації та психоемоційних порушень, а й системне визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів відновлення особистості та сімейної системи. З огляду на це, даний розділ спрямований на всебічний аналіз психологічних ризиків, з якими стикаються працівники МВС та їхні рідні, а також на обґрунтування

концептуальних засад використання відновлювальних ресурсів у рамках комплексної реабілітації та профілактики.

2.1. Психологічні наслідки воєнного досвіду та потреби у психологічній реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей

Питання забезпечення психологічної стійкості, визначення чинників адаптації та оцінки ризиків дезадаптації представників екстремальних професій є предметом прискіпливої уваги української та зарубіжної наукової спільноти. Особливого значення дана проблематика набула в контексті сучасної воєнної агресії. Так, специфіку впливу екстремальних чинників воєнного стану на емоційно-вольову сферу та психологічний стан правоохоронців глибоко аналізує В. Богуславська [4; 5]. Організаційно-методичні та адміністративно-правові засади функціонування психологічної служби системи Міністерства внутрішніх справ України, а також ризики виникнення відтермінованих стресових реакцій і посттравматичних розладів у поліцейських після виконання завдань у районах бойових дій висвітлено у працях С. Андрієнка, О. Бондаренко, О. Кудерміної, А. Костюка, Л. Процик, С. Чижевського та ін. [2; 24; 10].

Аналіз наукових праць переконує, що сучасний реабілітаційний підхід стосовно представників сектору безпеки і оборони має формуватися як багаторівнева та міждисциплінарна система. Вона повинна поєднувати заходи первинної профілактики, ранньої психологічної діагностики, індивідуалізованої психокорекційної допомоги та сімейно орієнтованого супроводу. Така концептуальна модель має враховувати як специфіку оперативно-службового навантаження, так і деструктивний вплив воєнного стану на сімейну динаміку, життєві ресурси та міжособистісну комунікацію. Ключовими умовами ефективності цієї системи виступають безперервність

супроводу, відсутність стигматизації, належна координація та залучення методів із доведеною науковою ефективністю [8; 11; 22-24].

Слід підкреслити, що потреби в психологічній реабілітації не є однорідними: вони суттєво варіюються залежно від модальності та інтенсивності пережитих травматичних подій, тривалості перебування в екстремальних умовах, внутрішніх психологічних ресурсів та поточного соціально-побутового контексту. Якщо на первинному етапі провідну роль відіграє психоосвіта, інформування про нормотипові реакції на дистрес та оволодіння навичками самодопомоги, то за наявності стійких феноменів (стійкі розлади сну, інтрузивні спогади, високий рівень тривожності, емоційне сплощення, труднощі у повсякденному функціонуванні) виникає потреба в спеціалізованій кваліфікованій допомозі. Для сімейного оточення критично важливими стають консультативні послуги з питань конструктивної комунікації, подолання внутрішньосімейних конфліктів, підтримки діточок та реорганізації сімейного укладу. При цьому надання будь-яких реабілітаційних послуг має ґрунтуватися на принципах добровільності, конфіденційності та поваги до гідності особистості [6; 16].

У сучасній психологічній парадигмі феномен досвіду трактується як цілісне, багаторівневе особистісне утворення, що включає систему знань, умінь, навичок, а також суб’єктивно сформованих психічних структур, які виникають у процесі життєдіяльності та професійної практики [20]. Стосовно персоналу органів системи МВА та інших правоохоронних структур доцільно виокремити три взаємопов’язані та взаємозумовлені складники воєнно-професійного досвіду.

Перший складник становить безпосередній досвід участі у бойових діях або виконання завдань у зоні активного воєнного протистояння. Даний складник охоплює перебування під безпосереднім вогневим впливом супротивника (артилерійські, мінометні, ракетні та авіаційні удари, атаки безпілотних літальних апаратів), безпосереднє відчуття смертельної небезпеки, втрату побратимів і колег по службі, а також інтенсивне

морально-психологічне навантаження, пов’язане із правомірним застосуванням зброї або спеціальних засобів у ситуаціях із ризиком завдання летальних уражень [8; 30; 31].

Другий складник виражається через екстремальний досвід виконання специфічних службових обов’язків у прифронтових або деокупованих територіях. До нього належать тривала позбавленість сну, нестабільний або цілодобовий режим чергування, підвищена відповідальність за збереження життя цивільного населення, щоденний контакт із правопорушниками та деструктивними елементами. Єдиним із найважчих чинників цього складника є залучення працівників поліції та рятувальників до ліквідації наслідків техногенних і природних катастроф, огляду місць воєнних злочинів, де фахівці змушені безпосередньо контактувати з тілами або фрагментами тіл загиблих осіб, у тому числі дітей [2; 7; 8; 31].

Третій складник репрезентує особисту кризову історію проживання війни на індивідуальному та родинному рівнях. Вона охоплює втрату або суттєве пошкодження особистого житла чи майна, вимушене переміщення, тривалу розлуку з родиною через евакуаційні заходи, порушення соціальних зв’язків та невизначеність щодо власного майбутнього та безпеки близьких [2; 8; 30; 31]..

Важливо зауважити, що на відміну від військовослужбовців Збройних Сил України, які після виконання завдань на лінії фронту зазвичай мають можливість пройти планову ротацію, працівники правоохоронних та рятувальних служб (особливо у прифронтових регіонах) піддаються так званому «подвійному навантаженню». Після виконання надскладних бойових або гуманітарних місій вони змушені безпосередньо повертатися до виконання щоденних поліцейських, рятувальних або адміністративних функцій у своїх підрозділах. Відсутність повноцінного часового та просторового інтервалу для відновлення суттєво обмежує можливості для природної психофізіологічної релаксації організму та поглиблює симптоматику виснаження [3].

Систематичний та комплексно деструктивний вплив зазначених чинників зумовлює формування багаторівневих психологічних загроз. Для здійснення ґрунтовного наукового аналізу їх доцільно диференціювати за трьома основними рівнями: психофізіологічним, особистісно-психологічним та соціально-поведінковим [1; 6; 13;14].

На психофізіологічному рівні базовими проявами виступають хронічна втома та глибоке психофізіологічне виснаження організму, обумовлені постійною гіперактивацією симпато-адреналової системи та надмірною секрецією гормонів стресу (кортизолу, адреналіну, норадреналіну). Тривале перебування в стані «бойової готовності» призводить до зниження лабільності нервових процесів, уповільнення когнітивних реакцій, порушення здатності до концентрації уваги та розладів архітектоніки сну [14]. Зазначений стан супроводжується вираженою соматизацією: виникають або загострюються хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, артеріальна гіпертензія, серцево-судинні розлади та психогенні головні болі. Соматичні симптоми посилюються в умовах, коли працівник під час виконання службових завдань змушений пригнічувати виражені емоційні реакції страху, гніву або безпорадності, не маючи можливості для їх своєчасного емоційного відреагування.

Особистісно-психологічний рівень загрожує виникненням посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як у клінічно виражених, так і в субклінічних формах. Його ядро становлять симптоми вторгнення (інтрузії, флешбек-реакції, нічні жахіття), симптоми уникнення (ухилення від думок, місць чи осіб, які нагадують про травму), а також гіперзбудливість (дратівливість, гіперстезія, спалахи гніву) [6]. Крім того, у сучасних дослідженнях акцентується увага на порушеннях самоорганізації (ПСО), що супроводжуються стійкими негативними уявленнями про власну особистість («я зламаний»), відчуттям відчуженості від суспільства та деструктивним сприйняттям навколишнього світу як повністю ворожого середовища [6].

Паралельно з цим розвивається професійне та емоційне вигорання, яке виражається у формалізованому виконанні обов'язків, деперсоналізації, цинічному ставленні до громадян та втраті відчуття ціннісної значущості власної праці [13]. Окрему групу ризику становлять фахівці слідчих підрозділів, криміналісти та рятувальники, які піддаються вторинній травматизації («травмі свідка») внаслідок постійного фіксування наслідків воєнних злочинів, катувань та загибелі людей, що поступово руйнує їхні базові переконливі уявлення про справедливість та безпеку світу.

На соціально-поведінковому рівні наслідки травматизації проявляються у деструкції соціальних та міжособистісних зв'язків. Працівники, які не змогли переробити власні екстремальні переживання, часто самоізолюються від родинного та дружнього оточення. У них формується специфічна когнітивна установка про те, що цивільні особи або члени родини, які не мали подібного досвіду, неспроможні зрозуміти їхній внутрішній стан. На цьому тлі можуть закріплюватися шкідливі поведінкові стратегії подолання напруження, такі як систематичне вживання алкоголю чи психоактивних речовин для купірування тривоги й безсоння, а також схильність до ризикованої або аутоагресивної поведінки, що виступає способом компенсації зниженої емоційної чутливості [6].

Повернення фахівця з району виконання екстремальних завдань не гарантує автоматичного відновлення конструктивного сімейного функціонування. Процес адаптації до умов мирного життя або менш інтенсивного ритму служби вимагає значного часового та психологічного ресурсу. У той же час члени родини протягом періоду відсутності працівника проходять власний шлях вимушеної трансформації: вони перебирають на себе додаткові сімейно-побутові обов'язки, самостійно приймають рішення, проживаючи високий рівень тривоги в умовах дефіциту інформації.

Внаслідок цього під час возз'єднання сімейної системи нерідко спостерігаються розсинхронізація очікувань, загострення міжособистісних конфліктів, труднощі у відновленні емоційної близькості та розподілі

авторитету в родині. З огляду на це, реабілітаційний процес повинен мати виражений сімейно орієнтований вектор, не покладаючи на близьких осіб функції «домашнього психотерапевта» та забезпечуючи кваліфіковану підтримку всім учасникам сімейних відносин.

З метою мінімізації виявлених ризиків та відновлення психоінтелектуального й соматичного потенціалу особового складу в систему відомчого супроводу впроваджується комплексна трирівнева модель реабілітації та профілактики [15]:

1. Первинний рівень (профілактичний): спрямований на масове підвищення рівня психологічної грамотності особового складу, дестигматизацію звернень по психологічну допомогу та декультивацію хибних уявлень про «слабкість» під час виявлення стресових симптоматик. Обов'язковим компонентом цього рівня є навчання персоналу базовим технікам саморегуляції, заземлення, м'язової релаксації та дихальним вправам для блокування гострих станів напруження [23].

2. Вторинний рівень (кризово-інтервенційний): передбачає регламентоване проведення процедур дебрифінгу або оперативних психологічних обговорень критичних подій безпосередньо після завершення небезпечних виїздів чи дій. На цьому рівні реалізується оперативна підтримка під час перебування в зоні ризику та розвиток мереж підтримуючої взаємодії за принципом «рівний – рівному» [14]. Зазначена робота підпорядковується вимогам спеціалізованих відомчих Протоколів психологічного супроводу працівників органів системи МВС на всіх етапах виконання бойових завдань [9].

3. Третинний рівень (спеціалізовано-реабілітаційний): передбачає надання висококваліфікованої медико-психологічної допомоги особам із вираженими ознаками дезадаптації, ПТСР або складних психосоматичних розладів. Реабілітаційний процес здійснюється у спеціалізованих медичних або реабілітаційних установах із застосуванням доказових напрямів психотерапії, насамперед когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та

десенсибілізації й опрацювання рухами очей (ДПРО / EMDR) [7]. При цьому обов'язково враховується прогресивний вітчизняний та міжнародний досвід реабілітації ветеранів війни [25-35].

Таким чином, воєнний, службово-екстремальний та індивідуальний кризовий досвід представників сектору безпеки і оборони створює комплексні деструктивні наслідки, які виявляються на психофізіологічному, особистісному та соціально-поведінковому рівнях, зачіпаючи також функціонування сімейних систем. Забезпечення психологічного здоров'я та професійного довголіття особового складу вимагає відходу від фрагментарних заходив на користь цілісної, багаторівневої системи медико-психологічної реабілітації.

Практична картка 2.1. «Від емоційного тригера до психологічної стійкості».

Мета: визначити напрям психологічної саморегуляції та сформулювати дієвий алгоритм подолання стресових/кризових станів.

Цільова група: військовослужбовці та працівники сектору безпеки і оборони, які відчувають наслідки бойового стресу, адаптаційні труднощі, хронічну тривожність або наслідки психотравмувальних подій; для членів їхніх родин, які відчувають емоційне виснаження та потребують відновлення психологічного благополуччя.

Алгоритм застосування:

- **визначити** конкретну ситуацію або емоційну реакцію, яка заважає в щоденному житті;
- **окреслити** бажану якість життя чи міжособистісну взаємодію, до якої прагне людина;
- **сформулювати** реалістичний кроковий результат (короткострокове завдання);
- **сформулювати** перспективний стан або ціль психологічного відновлення;

- **виявити** психоемоційні та поведінкові чинники, що ускладнюють самоконтроль або адаптацію;
- **обрати** практичні техніки та інструменти психологічної самодопомоги/психокорекції;
- **визначити** спостережувані маркери, за якими фіксується покращення стану.

Структура картки для заповнення

Позиція	**Зміст позиції**
Основний психоемоційний дефіцит / виклик	*(опис складного стану: напр., вибухи гніву, порушення сну, труднощі в спілкуванні, нав'язливі спогади)*
Бажана цільова діяльність / якість взаємин	*(що саме важливо відновити: напр., спокійне спілкування з дитиною, повернення до навчання/роботи, відновлення довіри)*
Першочергове завдання (короткостроковий результат)	*(конкретний кроковий результат на найближчий тиждень/два)*
Перспективна ціль психологічного відновлення	*(системний результат відновлення саморегуляції чи соціальної адаптації)*
Ключові обмежувальні чинники	високий рівень тривоги / емоційна лабільність / спалахи агресії / когнітивне виснаження / ізоляція / уникнення / проблеми сну / гіперпильність / інше
Засоби та техніки психологічної підтримки	*(техніки заземлення, дихальні вправи, ведення щоденника, робота з переконаннями, сімейна комунікація, психоосвіта)*
Показники / маркери покращення	*(суб'єктивна оцінка за шкалою,*

стану	*зменшення частоти сривів, покращення сну, відновлення соціальних контактів)*

Застереження. *Наявність ознак гострого стресового розладу, депресивного стану, ПТСР чи виражених психосоматичних розладів потребує обов'язкового залучення фахівців із психічного здоров'я (психолога, психотерапевта, лікаря-психіатра). Наведені практичні орієнтири мають навчально-методичний характер і слугують інструментом самодопомоги та супроводу, але не замінюють кваліфікованої медико-психологічної допомоги.*

2.2. Сучасні підходи та інноваційні моделі психологічної реабілітації в поствоєнний період

Сучасна парадигма психологічної реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей у поствоєнний період вимагає відходу від традиційних медикаментозно-орієнтованих чи ізольованих симптом-центрованих підходів на користь біопсихосоціальної моделі відновлення. Тривале перебування фахівців у середовищі з високим рівнем загрози та непередбачуваності формує складні комплексні стани, зокрема: комплексний ПТСР, порушення самоорганізації, моральну травму та емоційне виснаження, які охоплюють не лише нейробіологічні та емоційні, а й ціннісно-смислові та міжособистісні виміри особистості. З огляду на це, інноваційні моделі реабілітації спрямовані на відновлення цілісного функціонування людини через поєднання доказових методів психотерапії, системної сімейної підтримки та технологічних інструментів саморегуляції.

Провідне місце у сучасній світовій та вітчизняній практиці посідають напрями психотерапії із підтвердженою ефективністю. Серед них ключовими є когнітивно-поведінкова терапія, фокусована на травмі, десенсибілізація та

опрацювання рухами очей, а також терапія прийняття та відповідальності. Інноваційність їх застосування в поствоєнний період полягає у розробці пролонгованих та короткострокових протоколів, адаптованих до специфіки воєнно-професійного досвіду правоохоронців, нацгвардійців, прикордонників та рятувальників [16; 18; 22].

Важливим вектором є опрацювання феномену «моральної травми», що виникає внаслідок вимушених дій або спостереження подій, які порушують глибокі етичні переконання особистості. У цьому контексті застосовуються моделі відновлення сенсу та ціннісної орієнтації, які допомагають реінтегрувати травматичний досвід у цілісну картину життя без руйнування особистісної ідентичності [16; 18; 22].

Сучасним напрямом є впровадження високотехнологічних та цифрових інновацій у реабілітаційний процес. Застосування технологій віртуальної реальності (VR-експозиційна терапія), методів біологічного зворотного зв’язку та мобільних додатків для моніторингу ментального здоров’я дозволяє підвищити точність саморегуляції та зменшити фізіологічну гіперреактивність. Водночас зростає роль моделей рівнозначної підтримки, де підготовлені інструктори з-поміж ветеранів чи працівників із власним досвідом подолання кризи виступають містком між фахівцем та професійним психологом, сприяючи дестигматизації звернень по допомогу [18].

Системною інновацією поствоєнного періоду є перехід від індивідуально-центричної до сімейно-орієнтованої моделі реабілітації. Родина розглядається не лише як фактор підтримки, а й як самостійний суб’єкт відновлення, який потребує опрацювання вторинної травматизації, відновлення емоційної комунікації та гармонізації родинних ролей. Побудова багаторівневих програм, що поєднують психоосвіту, мультисімейні групи та тренінги резильєнтності, створює стійке підґрунтя для довгострокової соціально-психологічної адаптації представників сектору безпеки і оборони та їхніх близьких [16].

Практична вправа 2.2. «Карта тижневого спринту психологічної стійкості».

Концепція моделі: Використання коротких 7-денних циклів (спринтів) для поступового, прогнозованого відновлення психоемоційних та комунікативних ресурсів без ризику перевантаження.

Мета вправи: сформувати навички короткострокового фокусного планування та саморегуляції, відновити відчуття особистісного контролю й суб'єктності, а також забезпечити покрокове, прогнозоване поповнення психоемоційних, фізичних і комунікативних ресурсів через виконання малих доступних дій у межах 7-денних циклів без ризику перевтоми та вторинної травматизації.

Цільова група: працівники сектору безпеки і оборони, які повертаються до нормального ритму життєдіяльності або відчувають виснаження; для членів їхніх родин для спільного планування відновлювальних дій.

Етап 1. Фокус спринту – Визначення 1 головного пріоритету на 7 днів.

Інструкція: оберіть лише один напрям, який наразі потребує найбільшої уваги, (наприклад: «Якість сну», «Контроль емоційних спалахів», «Спільний час із родиною», «Зменшення тривожності».

- **Мій фокус на цей тиждень:**

_____

Етап 2. Ресурсний чек-лист – Що даватиме мені сили?

Інструкція: визначте 3 прості, щоденні або періодичні дії-ресурси, які живитимуть ваш стан протягом тижня.

1. **Фізичний ресурс:** *(наприклад, прогулянка 20 хв, дихальні вправи вранці, контрастний душ, відмова від новин за 2 год до сну).*

_____

2. **Емоційний / Психологічний ресурс:** *(наприклад, 10 хвилин заземлення, ведення щоденника, прослуховування музики).*

_____

3. **Соціальний / Родинний ресурс:** *(наприклад, щира розмова з партнером без телефонів, прогулянка з дитиною, кава з побратимом).*

_____

Етап 3. Карта ризиків та «Захисний протокол».

Інструкція: спрогнозуйте, що може збити вас із ритму, та пропишіть дію за принципом «Якщо..., то...».

- **Потенційний тригер / завада:** *(наприклад, раптове роздратування, нічна тривожність, втома після зміни).*

_____

- **Мій захисний протокол:** *(наприклад, «Якщо відчуваю спалах гніву – роблю паузу на 90 секунд, виходжу в іншу кімнату і роблю 5 глибоких видихів»).*

_____

ЕТАП 4. Щоденний трекер кроків (1 хвилина увечері).

Інструкція: позначте кожен день, коли вдалося виконати хоча б один ресурсний крок або застосувати захисний протокол.

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб

ЕТАП 5. Підсумкова рефлексія (Завершення спринту).

Інструкція: дайте короткі відповіді наприкінці 7-го дня:

– **Що вдалося найкраще?**

– **Що заважало та потребує коригування?**

– **Оцінка моєї стійкості за тиждень (від 1 до 10): _____**

– **Головний висновок для наступного спринту:**

_____

Примітка. *Дана вправа базується на принципах короткострокової терапії, фокусованої на рішенні, та концепції малих кроків. Вона допомагає*

повернути відчуття контролю над власним життям, уникаючи масштабних і важкодосяжних цілей у період гострої адаптації чи реабілітації.

2.3. Інноваційні практики психологічної підтримки сімей представників сектору безпеки і оборони

Трансформація сімейної системи під впливом воєнно-професійного досвіду працівників сектору безпеки і оборони постає одним із найбільш складних і багатовимірних викликів у сучасній практичній психології. Тривале перебування фахівців у районах виконання екстремальних і бойових завдань, постійна загроза їхньому життю, невизначеність та вимушена розлука виснажують адаптаційні ресурси близького оточення. У поствоєнний період або під час ротаційних інтервалів родина зіштовхується з необхідністю повторної реінтеграції працівника у сімейний простір, що часто супроводжується десинхронізацією сімейних ролей, емоційним відчуженням, бар'єрами у комунікації та підвищеною конфліктністю. З огляду на це, сучасні підходи вимагають переходу від індивідуалізованого супроводу лише фахівця до впровадження інноваційних системних моделей підтримки всієї сімейної системи [6; 16; 25; 27; 34].

Інноваційна парадигма родинної психологічної підтримки базується на системній сімейній терапії, концепції сімейної резильєнтності та терапії, фокусованій на емоціях. Родина розглядається не просто як ресурсне середовище для відновлення працівника, а як цілісний суб'єкт реабілітації, кожен член якого піддається прямому чи вторинному стресовому впливу. Сучасні практики відходять від директивного консультування на користь партнерських, інтерактивних та психоосвітніх форматів, спрямованих на відновлення емоційної безпеки, створення умов для висловлення складних переживань та перевизначення спільних сімейних цінностей і правил [6; 16; 25; 27; 34].

Серед провідних інноваційних моделей особливе місце посідають мультисімейні групи підтримки та тренінги сімейної резильєнтності. Мультисімейний формат дає змогу родинам військовослужбовців, поліцейських і рятувальників взаємодіяти у спільному безпечному просторі, обмінюватися досвідом подолання криз та відчути універсальність власних переживань, що значно знижує рівень ізоляції та стигматизації. Під час таких зустрічей фахівці застосовують інтерактивні моделі психоосвіти, які роз'яснюють членам родин нейробіологічні та психологічні механізми посттравматичних реакцій, «травми свідка» та емоційного заніміння. Це формує у близьких адекватні очікування щодо процесу відновлення і запобігає патологізації нормальних реакцій на ненормальні обставини [6; 16].

Важливим вектором інновацій є впровадження арт-терапевтичних, тілесно-орієнтованих та метафоричних практик у сімейну реабілітацію. Контакт із травматичним досвідом або накопиченим роздратуванням часто ускладнює вербальну комунікацію між партнерами чи між батьками та дітьми. Застосування арт-технік (виготовлення сімейних колажів, робота з метафоричними асоціативними картами, спільні ліплення та конструювання) створює «захищений місток» для висловлення почуттів без ризику виклику захисної агресії чи відсторонення. Подібні практики сприяють відновленню безпосереднього емоційного контакту, невербального відчуття безпеки та довіри у родинному колі [34].

Крім того, сучасна практика активно залучає цифрові та дистанційні інструменти підтримки сімей. Враховуючи високу зайнятість особового складу та територіальну розосередженість родин, розробляються онлайн-платформи сімейної самодопомоги, інтерактивні гайди та мобільні застосунки із вправами для відновлення родинної комунікації. Окремої уваги набувають програми супроводу дітей представників сектору безпеки і оборони, де через ігрові та казкотерапевтичні методи здійснюється зниження дитячої тривожності, пов'язаної з переживанням за безпеку батьків, та формуються адаптивні стратегії подолання стресу. Комплексне поєднання

зазначених інноваційних практик створює надійне підґрунтя для гармонізації внутрішньосімейних стосунків, відновлення психічного здоров'я та довгострокової соціономічної адаптації родин у поствоєнному суспільстві [25; 27].

Практична вправа 2.3. «Сімейний компас резильєнтності».

Концепція вправи: інтерактивна діалогова гра-інструмент для використання у родинному колі (або під час консультації із сімейним психологом). На відміну від стандартних опитувальників, «Компас» орієнтований на спільне обговорення чотирьох поверхонь сімейного життя: **Безпека, Комунікація, Відпочинок та Майбутнє**.

Мета: оцінити поточний стан основних сфер сімейного функціонування (безпеки, комунікації, відпочинку та планування майбутнього), виявити родинні ресурси і потенційні тригери напруження, а також узгодити спільні алгоритми взаємопідтримки та безпечної розрядки для підвищення адаптаційного потенціалу (резильєнтності) родини.

Цільова група: представники сектору безпеки і оборони та їхні партнери/родини на етапі відновлення спільної життєдіяльності після повернення з ротації, службових відряджень або тривалого виснаження.

Етап 1. Карта родинних секторів.

Інструкція: партнери по черзі оцінюють поточний стан кожного сектора за 5-бальною шкалою та коротко пояснюють свою оцінку.

1. Безпека та емоційний комфорт
2. Конструктивний діалог
3. Відновлення та відпочинок
4. Спільне майбутнє

1. «Безпека та емоційний комфорт» *(відчуття спокою вдома, відсутність напруження)*

- Моя оцінка: [___] | Оцінка партнера/ки: [___]
- *Що додає балів:*

---

2. «Конструктивний діалог» *(здатність говорити про труднощі без звинувачень)*

- Моя оцінка: [___] | Оцінка партнера/ки: [___]
- *Що додає балів:*

---

3. «Відновлення та відпочинок» *(наявність спільного дозвілля, якість сну, розвантаження)*

- Моя оцінка: [___] | Оцінка партнера/ки: [___]
- *Що додає балів:*

---

4. «Спільне майбутнє» *(наявність спільних малих планів, відчуття перспективи)*

- Моя оцінка: [___] | Оцінка партнера/ки: [___]
- *Що додає балів:*

Етап 2. Контракт стоп-сигналу (Угода про безпечну розрядку).

Інструкція: спільно сформулюйте родинний протокол дій на випадок виникнення гострого роздратування чи конфлікту.

- **Наш родинний «Стоп-сигнал» (слово або жест):**

- **Правило паузи:** *(наприклад, «Якщо лунає стоп-сигнал, ми зупиняємо розмову на 20 хвилин, розходимося по різних кімнатах, щоб знизити напруження, і повертаємося до теми без претензій»)*

Етап 3. Мікро-ритуал відновлення (Дія на найближчі 3 дні).

Інструкція: оберіть одну просту спільну дію для сектора із найнижчою оцінкою.

- **Наша спільна відновлювальна дія:** *(наприклад, 15-хвилинна вечірня прогулянка без обговорення роботи/служби; спільне приготування вечері; вимкнення гаджетів після 21:00)*

_____

- **Час виконання:**_____

Застереження. *Вправа «Сімейний компас резильєнтності» є інструментом налагодження сімейної взаємодії та психоосвіти. Вона не повинна перетворюватися на взаємний пошук винних або звинувачення. Якщо під час виконання виникають сильні афективні реакції, обговорення слід призупинити та звернутися по підтримку до сімейного психолога.*

2.4. Практики посттравматичного зростання, особистісного відновлення та професійної реінтеграції

Сучасна парадигма медико-психологічного та соціономічного супроводу представників сектору безпеки і оборони у поствоєнний період вимагає принципового розширення фокусу: від виключно нозоцентричної моделі, спрямованої на купірування симптоматики дезадаптації чи посттравматичного стресового розладу, до салютогенетичної концепції посттравматичного зростання. У працях класиків даного напряму (Р. Тадеші, Р. Кальваро) посттравматичне зростання визначається не просто як повернення особистості до вихідного рівня функціонування, що передував травмі, а як якісний позитивно-трансформаційний стрибок, який виникає внаслідок активної когнітивно-емоційної переробки та подолання надскладних життєвих випробувань. Переживання екстремальних воєнно-професійних подій, тривале перебування у високостресовому середовищі та загроза життю піддають деструкції фундаментальні схеми «Я-концепції» та

базові уявлення про безпеку, справедливість і передбачуваність світу. Процес вимушеного переформатування цих внутрішніх когнітивних структур за умови фахово організованого психологічного супроводу створює підґрунтя для глибокої особистісної реорганізації, зміцнення психологічної резильєнтності та відкриття нових суб'єктних ресурсів [9; 17; 19; 20].

Концептуалізація посттравматичного зростання у персоналу органів системи МВС та інших структур сектору безпеки охоплює декілька взаємопов'язаних вимірів особистісного розвитку. Насамперед спостерігається трансформація у сфері сприйняття власних можливостей, коли фахівець виявляє у собі високу внутрішню силу, витривалість і здатність ефективно діяти в граничних ситуаціях, що знижує відчуття безпорадності та підвищує самоефективність. У сфері міжособистісних взаємин зростання проявляється через поглиблення емоційної близькості з рідними, зростання цінності щирого людського контакту, формування високого рівня емпатії та солідарності з тими, хто пережив подібний травматичний досвід. Окремим вагомим вектором виступає ціннісно-смислова перебудова: відбуваються кардинальна репріоритизація життєвих цілей, усвідомлення крихкості та унікальності життєвого шляху, відмова від другорядних конфліктів та сформованість нових духовних чи гуманістичних орієнтирів [9; 20].

Особистісне відновлення постає центральною ланкою цього трансформаційного процесу та вимагає інтеграції важкого травматичного досвіду в цілісну наративну історію особистості без її деструктивного розщеплення. Важливу методологічну базу тут становлять нарративна психотерапія, логотерапевтичний підхід В. Франкла, терапія, фокусована на співчутті, а також когнітивно-поведінкові моделі третьої хвилі (зокрема терапія прийняття та відповідальності. Особистісне відновлення вимагає зниження рівня надмірної самокритики, подолання феноменів ірраціональної провини вцілілого чи моральної травми, які часто супроводжують воєнно-професійне функціонування. Через рефлексивне переосмислення та

рефреймінг травматичний досвід поступово втрачає статус афективно зарядженого патогенного чинника, який викликає постійну вегетативну гіперреактивність, і трансформується у структурований складник професійно-життєвої зрілості фахівця [9; 17; 19].

Паралельно з особистісною трансформацією критично важливим завданням є забезпечення успішної професійної реінтеграції працівників. Повернення до виконання цивільних, адміністративних або стандартних оперативно-службових функцій після тривалого перебування у зоні активних бойових дій чи надзвичайних ситуацій супроводжується необхідністю складного поведінкового та когнітивного переналаштування. В умовах бойової обстановки нервова система фахівця функціонує в режимі високого адреналінового напруження, де реакції мають бути миттєвими, тоді як цивільне чи рутинне службове середовище вимагає гнучкості, компромісності, дотримання тривалих бюрократичних процедур і виваженої комунікації. Зміна інтенсивності зовнішніх подразників нерідко спричиняє у працівників суб'єктивне відчуття нудьги, втрати сенсу діяльності, роздратування від «дріб'язковості» цивільного життя чи уявлення про несправедливість оточуючого устрою [32-35].

Для мінімізації зазначених ризиків інноваційні практики професійної реінтеграції спрямовуються на поступову адаптацію фахівців, психологічне супроводження етапів відновлення ротаційного циклу, запобігання професійній деформації та емоційному вигоранню. Важливим інструментом реінтеграції виступає конверсія та переформатування воєнно-професійного досвіду у вектор наставництва, інструкторської діяльності та лідерства в службовому колективі. Включаючись у передачу практичних навичок молодим колегам, досвідчені фахівці віднайдуть нові смислові засади для продовження служби, відчувають власну затребуваність та статусність, що забезпечує відновлення професійної ідентичності та сприяє збереженню якісного кадрового потенціалу органів сектору безпеки і оборони в поствоєнний період.

Практична вправа 2.4.1. Кейс «Емоційне відчуження та гіперпильність після повернення з ротації».

Опис ситуації:

Суб'єкт: капітан поліції Олексій, 34 роки, повернувся до виконання обов'язків у прифронтовому місті після 6 місяців перебування у зоні активних бойових дій.

Проблема: дружина зазначає, що вдома чоловік став «чужим», замкненим, майже не посміхається і не залучається до виховання 7-річної доньки. На будь-які прохання поговорити реагує роздратуванням: *«Ви не розумієте, що відбувається, займаєтеся нісенітницями»*. На службі Олексій проявляє надмірну вимогливість до підлеглих, гіперпильність (постійно перевіряє вікна, двері, реакції колег) та спить по 3–4 години на добу, відмовляючись від відпочинку.

Психологічний аналіз стану:

- **Основний виклик:** наявність субклінічних проявів ПТСР (гіперзбудливість, уникнення емоційного контакту), реакція «збереження бойової готовності» в цивільних умовах, емоційне заніміння (*emotional numbing*) як захисний механізм від пережитого дистресу.
- **Сімейний виклик:** десинхронізація очікувань – дружина очікувала на відновлення близькості, натомість зіштовхнулася з бар'єром відчуження та нерозуміння.

Алгоритм розв'язання та психологічна інтервенція: основний напрям фахової роботи полягає у послідовному проходженні трьох етапів: від первинної психоосвіти та зниження нейробіологічного напруження до поступового відновлення безпечних мікро-контактів у родинному колі.

Крок 1 (первинний контакт та психоосвіта): відомчий психолог проводить індивідуальну зустріч без тиску. Пояснює Олексію нейробіологічний механізм його стану: *«Ваша гіперпильність і заніміння – це не «зіпсований характер», а нормальна реакція вашої нервової системи, яка*

врятувала вам життя на фронті, але зараз продовжує працювати на максимумі».

Крок 2 (робота з тілом та сном): навчання техніці дихання по квадрату (4–4–4–4) та соматичному заземленню перед сном. Застосування правила «цифрового карантину» за 1,5 години до сну.

Крок 3 (сімейний мікро-протокол): упровадження вправи «Безпечні 15 хвилин». Олексій та дружина домовляються про щоденний 15-хвилинний ритуал спільного чаювання, під час якого заборонено обговорювати службу, війну та побутові проблеми – фокус лише на простих поточних враженнях.

Практична вправа 2.4.2. Кейс «Моральна травма та криза сенсу у рятувальника ДСНС».

Опис ситуації:

Суб'єкт: майор служби цивільного захисту Сергій, 39 років, понад 12 років у ДСНС. Останній рік залучався до ліквідації наслідків масованих ракетних ударів по житловому кварталу.

Проблема: під час одного з викликів не вдалося врятувати дитину з-під завалів. Попри те, що згідно з протоколом діяти інакше було неможливо через загрозу повторного обвалу, Сергія переслідує почуття провини (*«Я міг зробити більше»*). З'явилися цинізм щодо керівництва, знецінення власної праці (*«Моя робота нічого не змінює»*), зловживання алкоголем у вихідні дні для купірування важких думок.

Психологічний аналіз стану:

- **Основний виклик:** ознаки моральної травми, ірраціональне почуття провини, криза професійної ідентичності та втрата ціннісних орієнтирів.
- **Ризики:** розвиток професійного вигорання, аутоагресивна поведінка (алкоголізація), деструкція кар'єрного шляху.

Алгоритм розв'язання та психологічна інтервенція: *основний* напрям психокорекційної роботи на даному етапі полягає в поступовому переведенні особистості від деструктивного самозвинувачення до

об’єктивного оцінювання меж власної відповідальності та ціннісного переосмислення службового обов’язку.

Крок 1 (техніка розмежування відповідальності): спільний аналіз ситуації з психологом за допомогою «Кола відповідальності». На папері фіксуються чинники, які реально залежали від Сергія (професіоналізм, дотримання інструкції), та чинники, які від нього не залежали (дія ворожого удару, конструкція будівлі, час обвалу). Це дозволяє відокремити реальну відповідальність від ірраціональної провини.

Крок 2 (опрацювання моральної травми): застосування елементів терапії, фокусованої на співчутті (*CFT*). Формулювання листа підтримки до самого себе від імені поважного колеги чи наставника.

Крок 3 (трансформація в наставництво): залучення Сергія до проведення практичних занять для новоприбулих молодих рятувальників. Передача власного досвіду розбору завалів допомагає відчути реальну цінність накопичених знань, відновлює відчуття професійного сенсу та запускає процеси посттравматичного зростання.

2.5. Цифрові та технологічні інновації у психологічній реабілітації

Стрімкий розвиток інформаційно-комунікаційних технологій та цифрових медико-психологічних рішень суттєво трансформує сучасну парадигму реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей у поствоєнний період. Масштабність потреби у психологічному супроводі, територіальна роззосередженість особового складу, висока інтенсивність службового навантаження та стигматизація звернень по психологічну допомогу диктують необхідність впровадження інноваційних технологічних моделей. Цифровізація реабілітаційного простору дає змогу подолати бар’єри доступності, забезпечити безперервність супроводу, підвищити об’єктивність діагностики та створити висококонтрольовані умови для опрацювання травматичного досвіду [31; 33; 35].

Одним із найбільш перспективних і доказово обґрунтованих технологічних напрямів у сучасній психотерапії травми є застосування іммерсивних технологій віртуальної (VR) та доповненої (AR) реальності. Віртуально-реаліті експозиційна терапія (*Virtual Reality Exposure Therapy, VRET*) демонструє високу ефективність у корекції симптоматики посттравматичного стресового розладу, флешбек-реакцій та тривожних станів у військовослужбовців, поліцейських і рятувальників. Шляхом занурення фахівця у контрольоване 3D-середовище, яке моделює окремі аудиальні, візуальні або просторові стимули перенесеної екстремальної події, психолог має змогу поступово й безпечно проводити десенсибілізацію. Це дозволяє нервовій системі пацієнта переробити заблокований афективний матеріал, знизити вегетативну гіперреактивність та відновити відчуття контролю над власною емоційною сферою [8; 11; 16].

Окреме значення у сфері цифрової реабілітації посідають методи біологічного зворотного зв'язку (*Biofeedback*) та нейрофідбеку (*Neurofeedback*). Використання портативних датчиків для фіксації варіабельності серцевого ритму, електрошкірної провідності, м'язового напруження та електроенцефалографічних показників дозволяє візуалізувати фізіологічний стан людини у режимі реального часу. Отримання наочного зворотного зв'язку через графічні або ігрові інтерфейси суттєво прискорює процес оволодіння навичками глибокої саморегуляції, цілеспрямованої м'язової релаксації та довільної зміни дихального ритму. Зазначений підхід є особливо цінним для працівників із високим рівнем соматизації стресу, розладами сну та хронічним м'язовим напруженням, оскільки він базується на об'єктивних психофізіологічних маркерах.

Паралельно відбувається активний розвиток мобільних застосунків ментального здоров'я (*mHealth*), цифрових щоденників самоспостереження та телепсихологічних платформ. Спеціалізовані відомчі додатки дозволяють здійснювати регулярну самодіагностику психоемоційного стану, проходити інтерактивні курси з формування резильєнтності, виконувати аудиально

супроводжувані вправи заземлення та отримувати оперативну підтримку у разі виникнення панічних або тривожних станів. Телеконсультативні карти й дистанційні групи підтримки забезпечують можливість залучення до реабілітаційного процесу членів родин працівників, незалежно від їхнього поточного місця перебування, що є критично важливим у період виконання фахівцями завдань у прифронтових областях [12].

Водночас упровадження цифрових та технологічних інновацій вимагає чіткого дотримання етичних норм, забезпечення високого рівня кібербезпеки, збереження конфіденційності персональних даних та належного фахового контролю. Цифрові інструменти й технології віртуальної реальності постають потужним допоміжним засобом, що доповнює, розширює та підсилює класичні методи психотерапії, але не замінює безпосереднього живого контакту та емпратійної взаємодії фахівця з людиною у реабілітаційному процесі.

Практична вправа 2.5.1. Протокол соматичної саморегуляції з елементами БЗЗ (Biofeedback).

Мета: зниження вегетативного напруження, нормалізація серцевого ритму та швидке купірування стану тривоги/гіперзбудження за допомогою моніторингу пульсу (смарт-годинник, пульсоксиметр або застосунок).

Цільова група: працівники сектору безпеки і оборони, які відчувають прискорене серцебиття, тривожність, м’язове напруження або труднощі під час засинання.

Алгоритм виконання:

1. Підготовка: увімкніть функцію моніторингу пульсу в реальному часі на смарт-годиннику або у відповідному мобільному застосунку. Зафіксуйте початкову частоту серцевих скорочень (ЧСС).

2. Техніка резонансного дихання: прийміть зручне положення. Почніть дихати у ритмі: 4 секунди – вдих носом, 6 секунд – повільний видих ротом.

3. Візуальний контроль: спостерігайте за зміною показника ЧСС на екрані пристрою під час видиху. Повільний видих активує парасимпатичну нервову систему, що призводить до поступового зниження частоти пульсу.

4. Завершення: продовжуйте цикл протягом 5–7 хвилин до моменту, поки показник пульсу не знизиться на 8–12% від початкового рівня, а в тілі не з'явиться відчуття фізичного розслаблення.

Практична вправа 2.5.2. Інтерактивна карта цифрового самомоніторингу та детоксикації

Мета вправи: відстеження впливу інформаційного поля на психоемоційний стан, зменшення когнітивного перевантаження та оптимізація використання мобільних додатків самодопомоги.

Цільва група: фахівці та члени їхніх родин, які відчувають підвищену тривожність унаслідок безперервного перегляду новинних стрічок та соціальних мереж.

Структура трекеру для заповнення

Параметр самоконтролю	**Понеділок – Середа**
Час у новинних каналах / соцмережах	*(зафіксувати екранний час за даними смартфона)*
Використання додатків самодопомоги	*(вправи з дихання, медіації чи трекери сну)*
Правило «Цифрового карантину»	*(вимкнення сповіщень за 1 годину до сну)*
Суб'єктивний рівень тривоги (1–10)	[___]

Методична примітка. *Представлені технологічні вправи розроблені як адаптивний інструментарій для самостійного застосування особовим складом, а також для залучення відомчими психологами під час дистанційного та змішаного супроводу фахівців і їхніх сімей.*

Висновки до розділу 2

Узагальнення результатів теоретико-методологічного аналізу та практично-прикладних розробок, висвітлених у першому розділі, дозволяє сформулювати низку концептуальних висновків щодо психологічного відновлення та поствоєнної реінтеграції представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей.

1. Воєнно-професійний досвід фахівців органів та підрозділів сектору безпеки і оборони (поліцейських, рятувальників, гвардійців, прикордонників) постає цілісним, багаторівневим утворенням, що охоплює безпосередню участь у бойових діях, виконання службових завдань в умовах екстремального навантаження та особисту кризову історію проживання війни. Сукупний деструктивний вплив цих чинників зумовлює виникнення специфічних психологічних ризиків на психофізіологічному (хронічна втома, соматизація, розлади сну), особистісному (ПТСР, порушення самоорганізації, емоційне вигорання, моральна травма) та соціально-поведінковому (ізоляція, деструктивна поведінка) рівнях. Водночас травматичний вплив має виражений системно-родинний характер, спричиняючи десинхронізацію сімейних ролей, зростання тривожності та виснаження адаптаційних ресурсів близьких оточуючих, що обґрунтовує нагальну потребу в побудові доступної та багаторівневої системи супроводу.

2. Сучасна парадигма психологічної реабілітації у поствоєнний период спирається на біопсихосоціальну модель та вимагає впровадження доказових психотерапевтичних підходів (когнітивно-поведінкової терапії, фокусованої на травмі, EMDR / ДПРО, терапії прийняття та відповідальності), адаптованих до специфіки службової діяльності. Ефективне подолання дезадаптації передбачає реалізацію комплексної трирівневої моделі, яка поєднує масову психоосвіту та формування навичок саморегуляції на первинному рівні, дебрифінги й підтримку за принципом «рівний – рівному»

на вторинному рівні, а також спеціалізовану медико-психологічну допомогу в центрах реабілітації на третинному рівні.

3. Інноваційні практики підтримки родин представників сектору безпеки і оборони базуються на концепції сімейної резильєнтності та системній сімейній терапії. Перехід від індивідуально-центричної до сімейно-орієнтованої моделі дозволяє розглядати родину як самостійний суб'єкт відновлення. Застосування мультисімейних груп підтримки, інтерактивних діалогових інструментів, арт-терапевтичних практик та сімейних протоколів безпеки сприяє зниженню вторинної травматизації, відновленню емоційної інтимності, подоланню комунікативних бар'єрів та гармонізації внутрішньосімейного середовища під час реінтеграції працівника.

4. Забезпечення довгострокової стійкості особового складу вимагає доповнення нозоцентричних підходів концепцією посттравматичного зростання. Переформатування важкого воєнно-професійного досвіду через наративні методи, логотерапію та терапію, фокусовану на співчутті, сприяє зміцненню особистісної зрілості, переосмисленню життєвих цілей та підсиленню самоефективності. У свою чергу, професійна реінтеграція досягається через коригування професійних цінностей, запобігання вигоранню та конверсію накопиченого досвіду у вектор наставництва й лідерства в службових колективах.

5. Впровадження цифрових та технологічних інновацій (VR-експозиційної терапії, методів біологічного зворотного зв'язку, нейрофідбеку, мобільних застосунків ментального здоров'я та цифрових трекерів) суттєво розширює можливості реабілітаційного простору. Використання зазначених інструментів дозволяє об'єктивізувати діагностику, підвищити точність соматичної саморегуляції, забезпечити безперервність супроводу в умовах роззосередженості родин та подолати стигматизацію звернень по допомогу, виступаючи потужним підсиленням класичних психотерапевтичних методів.

Список використаних джерел

1. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в Україні з 2022 року. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 4. DOI: https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-4-1

2. Андрієнко С. С. Психологічна підготовка та підтримка співробітників правоохоронних органів в умовах гібридної війни. *Економіка, управління та адміністрування*. 2024. № 4 (110). С. 103–108. DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2024-4(110)-103-108

3. Апробація програми психологічного відновлення та профілактики емоційного вигорання психологів ДСНС з прифронтових територій України. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 2 (8). С. 16–26.

4. Богуславська В. В. Предметне поле психологічного дослідження впливу сім'ї на особливості професійної діяльності поліцейських в умовах воєнного стану. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73). 2023. № 3. С. 47–53.

5. Богуславська В. Психологічні особливості правоохоронної діяльності під час російської воєнної інтервенції. *Юридична психологія*. 2024. № 34 (1). С. 93–100. DOI: https://doi.org/10.33270/03243401.93

6. Гельбак А. М., Мухіна Г. В. Аналіз актуальних потреб сімей працівників МВС України у сфері психологічної підтримки. Правовий часопис Донбасу. 2025. № 1. С. 98–103.

7. Григор'ян Р. Ефективність тренінгу з підвищення стресостійкості військовослужбовців сил територіальної оборони ЗСУ. *Проблеми політичної психології*. 2024. № 16. DOI: https://doi.org/10.33120/popp-Vol16-Year2024-169

8. Клінічна настанова, заснована на доказах «Посттравматичний стресовий розлад» / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. Київ, 2024. 142 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf.

9. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Ін-т психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.

10. Костюк А., Процик Л. Супервізія як механізм підтримки психологів: запобігання вторинній травматизації та забезпечення професійного здоров'я. *Психологічне забезпечення правоохоронної діяльності в умовах воєнного стану* : матеріали наук.-практ. семінару (м. Київ, 17 квіт. 2025 р.). Київ : Національна академія внутрішніх справ, 2025. С. 45–49.

11. Міністерство внутрішніх справ України. Психологічне забезпечення в системі МВС України : офіційні матеріали. Київ, 2023 (дата звернення: 05.06.2026).

12. Національна програма психічного здоров’я та психосоціальної підтримки «Ти як?». Методичні матеріали. Київ, 2023.

13. Подкоритова Л., Леня К. Особливості першої психологічної допомоги під час війни: аналіз теоретичних підходів. *Науковий журнал «Психологічні травелоги»,* 2023, № 2. С. 81-90. URL: https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-6

14. Постанова Кабінету Міністрів України № 1338 від 29.11.2022 «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни та членам їхніх сімей» (дата звернення: 05.06.2026).

15. Приходько І., Мацегора Я., Байда М. Psychological recovery of Ukrainian military personnel after a long participation in hostilities. *Honor and Law*. 2023. № 4 (87). DOI: https://doi.org/10.33405/2078-7480/2023/4/87/295208

16. Психологічна підтримка сімей працівників МВС України: інноваційні методи, виклики та перспективи розвитку : прак- тикум / за заг. ред. А. В. Костюка.

17. Розвиток життєвої компетентності особистості в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України : монографія / Н. В. Чепелєва, М. Л. Смульсон, С. Ю. Рудницька [та ін.]; за ред. Н. В. Чепелєвої. Київ, Ін-тут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2025. 207 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/743074/

18. Романенко О. Актуальні напрями психологічного супроводження професійної діяльності правоохоронців. *Юридична психологія*. 2023. № 2 (33). С. 18–25.

19. Сприяння подолання травматичного досвіду військовослужбовців : методичні рекомендації / В. В. Турбан, Л. З. Сердюк, В. В. Москаленко, О. А. Мельник, Н. М. Бугайова, О. А. Вернік, В. М. Волошин, А. Д. Терещук, В. П. Чудакова, С. Є. Солодчук, Л. О. Скальська; за наук. ред. В. В. Турбан. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 96 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/747183

20. Титаренко Т. М. *Психологія особистості в умовах життєво-просторових змін : монографія.* Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2022. 240 с.

21. Товма М., Товма І., Каплюченко О. Substantiation of requirements for provision of information-psychological security of servicemen of the National Guard of Ukraine at the stage of service missions performance. *Honor and Law*. 2023. № 1 (84). DOI: https://doi.org/10.33405/2078-7480/2023/1/84/276859

22. Ушакова І. М. Психопрофілактика виникнення гострих стресових розладів у працівників ДСНС України під час війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 2. С. 112–116. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.19

23. Хоружий С.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Олійник В.О., Сириця М.В. Практикум з індивідуального психологічного консультування військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей: навч.-метод. посіб. К.: ТОВ «7БЦ», 2023. 90 с.

24. Чижевський С. О., Колесніченко О. С., Бондаренко О. Г. Актуальні проблеми розвитку системи психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Честь і закон*. 2022. № 2 (81). С. 139–149. DOI: https://doi.org/10.33405/2078-7480/2022/2/81/263832.

25. Additional Health-Related Resources for Service Members, Veterans, and Military Families https://www.rand.org/health/projects/veterans/resources.html

26. American Psychological Association. Guidelines for Trauma-Informed Psychological Practice. Washington, DC : APA, 2023.

27. Carleton R. N., Afifi T. O., Turner S., et al. Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie. 2018. No. 63 (1). P. 54–64.

28. European Federation of Psychologists' Associations. Psychological Support for Emergency and Security Personnel in Post-War Conditions. Brussels, 2024.

29. Herman J. Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. New York : Basic Books, 2022.

30. Hobfoll S. et al. Trauma-Informed Care and Psychological Recovery in Military Populations. New York : Springer, 2023.

31. NATO Psychological Support Programs for Military Personnel and Veterans : Guidelines and Best Practices. Brussels : NATO Publications, 2023.

32. SAMHSA. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Updated Guidelines. Rockville, 2023.

33. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York : Penguin Books, 2022.

34. Veteran Mental Health and Family Reintegration Programs : International Practices and Digital Models of Support. London : Routledge, 2024.

35. World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva : WHO, 2022.

РОЗДІЛ 3
ІННОВАЦІЙНІ ПРАКТИКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ У ПОСТВОЄННИЙ ПЕРІОД

Тривала збройна агресія проти України зумовила суттєве збільшення кількості представників сектору безпеки і оборони, які внаслідок виконання службово-бойових завдань зазнали поранень, травм, функціональних порушень, тривалого фізичного та психоемоційного перевантаження. Для значної частини таких осіб потреба у відновленні не завершується після завершення гострого етапу лікування. У поствоєнний період особливого значення набуватиме забезпечення їх максимально можливого повернення до фізичної самостійності, активного сімейного і суспільного життя, професійної діяльності, а за наявності відповідних передумов – до виконання службових функцій.

Фізична реабілітація в такому контексті не повинна зводитися до окремих вправ, процедур або відновлення ізольованих фізичних якостей. Сучасний підхід передбачає побудову індивідуальної траєкторії фізичного відновлення, що охоплює функціональне оцінювання, терапевтичні вправи, функціональний тренінг, адаптивну фізичну активність і спорт, цифрові та технологічні засоби, рекреаційні практики, сімейну рухову активність, а для осіб, які повертаються до професійної діяльності, – професійно орієнтоване фізичне відновлення.

Важливою особливістю поствоєнної реабілітації є необхідність урахування потреб членів сімей представників сектору безпеки і оборони. Сім’я може бути важливим ресурсом підтримки процесу відновлення, однак водночас члени сім’ї також можуть потребувати відновлення нормального рівня фізичної активності, режиму праці та відпочинку, формування нових оздоровчих і рекреаційних практик. Саме тому перспективною є модель, за

якої індивідуальна фізична реабілітація поступово інтегрується у сімейне, соціальне та професійне середовище.

Інноваційність фізичної реабілітації у поствоєнний період доцільно пов'язувати не лише із застосуванням новітнього обладнання. Насамперед вона полягає у переході від стандартизованої моделі «одна програма для всіх» до персоналізованої, функціонально орієнтованої, міждисциплінарної та безперервної моделі відновлення, у центрі якої перебувають реальні можливості, обмеження, потреби та життєві цілі конкретної людини.

3.1. Організаційні та методичні засади фізичної реабілітації представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей у поствоєнний період

Специфіка фізичної реабілітації представників сектору безпеки і оборони визначається значною різноманітністю можливих наслідків службово-бойової діяльності. Це можуть бути ампутації, ушкодження опорно-рухового апарату, наслідки мінно-вибухової травми, черепно-мозкові ушкодження, хронічні больові синдроми, порушення рівноваги, координації та рухливості, зниження сили і витривалості, детренованість після тривалого лікування [3; 5].

Водночас необхідності у фізичному відновленні можуть потребувати і ті представники сектору безпеки і оборони, які не мають тяжких поранень. Тривала робота в умовах нерегулярного режиму, дефіциту сну, значного фізичного та психоемоційного навантаження, носіння засобів індивідуального захисту і спорядження, чергування періодів надмірних навантажень і вимушеної малорухомості здатні істотно впливати на загальну фізичну працездатність.

Саме тому фізична реабілітація повинна орієнтуватися не лише на діагноз або вид травми, а передусім на функціонування людини. Визначальним стає питання: що конкретно особа може виконувати зараз, які

дії для неї є обмеженими та до яких видів діяльності вона прагне повернутися.

Наприклад, формулювання «особа має наслідки травми колінного суглоба» не дає достатньої інформації для визначення програми фізичного відновлення. Значно більш практично значущим є визначення, що особа не може без значної втоми пройти 500 метрів, має труднощі під час піднімання сходами або не може тривалий час перебувати у вертикальному положенні.

Такий функціонально орієнтований підхід узгоджується з положеннями Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яка дає змогу розглядати стан людини не лише через наявність ушкодження, а через взаємозв'язок функцій і структур організму, активності, участі та чинників середовища. Для реабілітації військовослужбовців використання МКФ є доцільним також як основа для кількісної оцінки результативності відновлення [7].

Таким чином, процес фізичної реабілітації доцільно спрямовувати за послідовністю: функціональна проблема → індивідуальна потреба → реабілітаційна мета → добір засобів → дозування навантаження → моніторинг → повторне оцінювання → корекція програми.

До основних принципів фізичної реабілітації представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей доцільно віднести:

– індивідуалізацію;

– функціональну спрямованість;

– безпечність;

– поступовість;

– систематичність;

– міждисциплінарність;

– активну участь самої особи;

– орієнтацію на значущі для неї види діяльності;

– сімейно орієнтований підхід;

– наступність між різними етапами відновлення;

– систематичний моніторинг результатів.

Особливого значення набуває принцип наступності. Реабілітація не повинна припинятися після завершення стаціонарного лікування або формального реабілітаційного курсу. Наступним етапом має бути поступовий перехід до самостійної фізичної активності, рекреації, адаптивного спорту, а для осіб, які повертаються до професійної діяльності, – до спеціально організованого професійно орієнтованого тренування [5; 16; 27].

Практична картка 3.1. «Від функціональної проблеми до реабілітаційної мети»

Мета практики: визначити індивідуальну спрямованість фізичної реабілітації.

Для кого рекомендовано: для представників сектору безпеки і оборони після травм, лікування, тривалого обмеження рухової активності або значного службового перевантаження; для членів їхніх сімей, які потребують відновлення нормального рівня фізичної активності.

Алгоритм застосування:

– визначити, що саме обмежено у повсякденному житті;

– встановити значущу для людини діяльність;

– сформулювати короткострокову функціональну мету;

– сформулювати довгострокову мету;

– визначити фізичні компоненти, що обмежують її досягнення;

– обрати відповідні засоби фізичного відновлення;

– визначити критерії, за якими оцінюватиметься прогрес.

Позиція	Заповнення

Основна функціональна проблема	
Значуща для особи діяльність	
Короткострокова мета	
Довгострокова мета	
Основні обмежувальні компоненти	сила / витривалість / мобільність / баланс / координація / біль / толерантність до навантаження / рухова впевненість / користування протезом або допоміжним засобом / інше
Критерій досягнення	

Застереження. Наявність травми, операції чи захворювання потребує врахування медичних обмежень і рекомендацій фахівців реабілітаційної команди. Практичні моделі, запропоновані у цьому розділі, мають навчально-методичний характер і не замінюють індивідуального клінічного рішення.

3.2. Функціональне оцінювання та індивідуалізація програм фізичної реабілітації

Однією з визначальних характеристик сучасної фізичної реабілітації є індивідуалізація. Її зміст полягає не просто у створенні різних комплексів вправ для різних людей, а у визначенні того, який саме компонент фізичного функціонування потребує першочергового відновлення у конкретної особи [7; 10].

Наприклад, труднощі під час ходьби можуть бути пов’язані з недостатньою м’язовою силою, порушенням рівноваги, мобільності, координації, болем або недостатньою аеробною витривалістю. Тому зовні

схожий функціональний дефіцит може потребувати принципово різних програм.

Функціональне оцінювання може охоплювати мобільність, м’язову силу, силову і загальну витривалість, рівновагу, координацію, здатність змінювати положення тіла, ходьбу, піднімання сходами, перенесення предметів, виконання базових функціональних рухів, толерантність до фізичного навантаження, а також здатність виконувати побутові, рекреаційні та професійно значущі рухи.

Функціональне оцінювання доцільно проводити не одноразово, а на ключових етапах програми, використовуючи однакові або зіставні показники для фіксації динаміки. Для представників тактичних професій оцінювання має охоплювати не лише загальні фізичні компоненти – аеробну та анаеробну спроможність, силу, м’язову витривалість, потужність і спритність, – а й, за необхідності, моделювання професійно значущих завдань [18]. Конкретний набір тестів визначається функціональною метою, станом особи, етапом реабілітації та медичними обмеженнями.

Практично доцільно формувати індивідуальний функціональний профіль, у якому сильні сторони та обмеження оцінюються окремо. Особа може мати добру силу верхніх кінцівок, але низьку витривалість; достатню аеробну підготовленість, але порушення рівноваги; високий загальний рівень сили, але обмеження одного конкретного рухового патерну.

Такий підхід добре узгоджується з концепцією Ability-Based Training (ABT). У роботі R. G. Lockie та співавторів ABT розглядається як модель, за якої фізичне тренування індивідуалізується відповідно до фактичного рівня фізичних можливостей осіб у складі однієї групи. Автори протиставляють цей підхід традиційній моделі one-size-fits-all, яка може створювати недостатнє навантаження для більш підготовлених осіб і надмірне – для менш підготовлених [17].

Практична цінність ABT полягає у використанні прогресій і регресій. Усі учасники можуть працювати над одним руховим патерном, однак

складність вправи, амплітуда, опір, тривалість або темп для них відрізняються. Одна й та сама людина може перебувати на різних рівнях для різних рухів [17].

Практична картка 3.2. «Індивідуальний функціональний профіль»

Компонент	**Значне обмеження**	**Помірне**	**Незначне**	**Не виявлено**	**Коментар**
Мобільність	□	□	□	□	
М’язова сила	□	□	□	□	
Витривалість	□	□	□	□	
Баланс	□	□	□	□	
Координація	□	□	□	□	
Ходьба	□	□	□	□	
Піднімання сходами	□	□	□	□	
Перенесення предметів	□	□	□	□	
Толерантність до навантаження	□	□	□	□	
Побутові дії	□	□	□	□	
Рекреаційна активність	□	□	□	□	
Професійно значущі дії	□	□	□	□	

Сильні сторони:

_____

Пріоритет № 1:

_____

Пріоритет № 2:

_____

Пріоритет № 3:

_____

Приклад АВТ-прогресії: вставання / присідання

– Рівень - 3 – вставання з високої опори з допомогою рук;
– Рівень - 2 – вставання з високої опори без допомоги рук;
– Рівень - 1 – вставання зі стандартного стільця;
– Рівень - 0 – контрольоване присідання з власною масою тіла;
– Рівень +1 – збільшення амплітуди;
– Рівень +2 – присідання з додатковим опором;
– Рівень +3 – комплексна функціональна вправа з перенесенням або іншим додатковим завданням.

Критерії прогресу: належний контроль руху, стабільність виконання, збільшення амплітуди, обсягу або тривалості роботи без погіршення техніки чи самопочуття.

Застереження. Перехід на складніший рівень не здійснюється автоматично після певної кількості занять. Прогресія має ґрунтуватися на фактичних функціональних змінах.

3.3. Сучасні рухові, терапевтичні та адаптивно-спортивні практики фізичної реабілітації

Сучасна реабілітація дедалі більше орієнтується не на тренування окремого м’яза або фізичної якості, а на відновлення здатності людини виконувати значущі рухові дії. Базовими елементами функціонального тренування можуть бути вставання і присідання, крок і випад, нахил, тягові й жимові рухи, ротація тулуба, ходьба, підйом, перенесення предметів та зміна положень тіла [2; 14; 34].

Варіюючи опору, амплітуду, темп, зовнішнє навантаження, тривалість і координаційну складність, один і той самий рух можна адаптувати до різних функціональних можливостей.

Терапевтичний компонент доцільно будувати від відновлення базових передумов руху до їх інтеграції у цілісні функціональні дії. Залежно від індивідуального профілю це може включати роботу над доступною амплітудою рухів, силою, нейром'язовим контролем, рівновагою, координацією та якістю ходьби, а надалі - включення цих компонентів у піднімання сходами, перенесення предметів, зміну положень тіла й інші значущі дії. У військовослужбовців після ампутацій або мінно-вибухових травм окремі засоби, зокрема кінезіотерапія та дзеркальна терапія, можуть бути складовими індивідуальної програми за наявності відповідних показань [4; 14; 34].

Окремим компонентом є відновлення загальної та аеробної витривалості. Для цього можуть використовуватися дозована ходьба, велоергометр, водні вправи, адаптоване веслування та інші циклічні види рухової активності.

Перспективним продовженням фізичної реабілітації є адаптивна фізична активність та адаптивний спорт. Їх доцільно розглядати не як альтернативу реабілітації, а як один із наступних етапів відновлення.

Умовно можна виділити три рівні використання адаптивного спорту: реабілітаційний → рекреаційний → спортивно-змагальний. На першому рівні окремі елементи спорту використовуються для відновлення функцій. На другому – спортивна активність стає регулярною частиною способу життя. На третьому – особа може перейти до систематичних тренувань і участі у змаганнях.

Дані систематичних оглядів і програм, орієнтованих на ветеранів, свідчать, що адаптивний спорт та структурована фізична активність можуть мати значення не лише для фізичного відновлення, а й для соціальної

залученості та довгострокового підтримання активного способу життя [19; 20; 27].

До перспективних напрямів належать адаптивне плавання, веслування, велосипедна активність, сидячий волейбол, баскетбол на кріслах колісних, адаптивна легка атлетика, стрільба з лука, силові види активності, скандинавська ходьба та адаптивний туризм.

Практична картка 3.3. «Функціональне коло»

Станція	**Функціональний зміст**	**Регресія**	**Базовий варіант**	**Прогресія**
1	Вставання / присідання			
2	Тяговий рух			
3	Жимовий рух			
4	Ходьба або інший циклічний рух			
5	Баланс			
6	Перенесення предмета			
7	Координаційне завдання			

Принципове правило: одна функціональна станція не означає однакову вправу й однаковий обсяг роботи для всіх учасників.

Практична картка 3.3-А. «Вибір адаптивної фізичної активності»

Критерій	**0 балів**	**1 бал**	**2 бали**
Фізична доступність	низька	часткова	висока
Безпечність	потребує значної адаптації	помірної	мінімальної

Особистий інтерес	відсутній	середній	високий
Доступність у громаді	відсутня	обмежена	достатня
Можливість регулярного використання	низька	середня	висока

Вибір виду активності має ґрунтуватися не на тому, який вид спорту абстрактно вважається «найкращим», а на поєднанні його функціональної доцільності, доступності, безпечності та особистої мотивації людини.

2.4. Цифрові, роботизовані та технологічні інновації у фізичній реабілітації

Суттєвим напрямом розвитку сучасної фізичної реабілітації є використання цифрових, сенсорних і віртуальних технологій. Їх доцільно розглядати як допоміжні засоби для оцінювання, моніторингу, зворотного зв’язку, підтримки мотивації та дистанційного супроводу, а не як заміну роботі фахівця [22-24; 32; 33].

Однією з найбільш доступних форм є телереабілітація, яка дозволяє продовжувати супровід людини після завершення стаціонарного або інтенсивного етапу відновлення. Дистанційний формат може використовуватися для контролю виконання домашньої програми, уточнення техніки вправ, оцінювання переносимості навантажень та своєчасної корекції програми [22].

Перспективними є також носимі цифрові пристрої (wearables) – смарт-годинники, фітнес-трекери, сенсори руху. Вони можуть надавати інформацію про кількість кроків, тривалість активності, частоту серцевих скорочень та інші параметри [23].

Водночас отримані показники не повинні розглядатися ізольовано. Наприклад, збільшення добової кількості кроків саме по собі не означає повного функціонального відновлення, оскільки не характеризує силу, баланс, координацію, якість руху або професійну фізичну спроможність.

До технологічних напрямів, для яких у сучасній реабілітації накопичується доказова база, належать connected sensor technologies, носимі пристрої та віртуальна реальність [23; 24; 32; 33]. Роботизовані тренажери, екзоскелетні системи, biofeedback та exergaming можуть застосовуватися як спеціалізовані засоби залежно від конкретного функціонального дефіциту, доступності обладнання та клінічних показань.

Інноваційність застосування таких технологій полягає не в самому факті їх наявності, а в тому, наскільки вони допомагають вирішити конкретну функціональну проблему.

Систематичні огляди вказують на перспективність використання віртуальної реальності у реабілітації осіб із хронічним м’язово-скелетним болем та у відновленні рухових функцій після ампутацій нижніх кінцівок. Водночас технологічний засіб доцільно розглядати як частину комплексної програми, а не як її самодостатню заміну [32; 33].

Практична картка 3.4. «Технологія має відповідати реабілітаційній потребі»

Запитання	Робоча відповідь
Яку конкретну функціональну проблему потрібно вирішити?	
Який результат очікується?	
Чи дає технологія перевагу порівняно з простішими засобами?	
Які показники вона дозволяє оцінити?	
Як отримані дані вплинуть на	

подальшу програму?	
Чи безпечне використання технології для конкретної особи?	
Чи переноситься отриманий результат у реальне повсякденне середовище?	

Технологія	**Орієнтовне призначення**
Телереабілітація	дистанційний супровід
Wearables	контроль рухової активності
Сенсори руху	об’єктивізація параметрів рухів
Biofeedback	формування усвідомленого контролю
VR/AR	інтерактивні рухові завдання
Exergaming	підвищення мотивації та залучення
Роботизовані системи	контрольоване повторення рухів
Екзоскелетні системи	підтримка окремих рухових функцій

Застереження. Високотехнологічний засіб не є самостійною метою реабілітації та не повинен застосовуватися лише заради демонстрації «інноваційності».

3.5. Сімейно орієнтовані та рекреаційні практики відновлення фізичної активності

Сімейно орієнтований підхід до відновлення доцільно будувати з урахуванням того, що сім’я може бути значущим чинником участі людини в адаптивній фізичній активності та спорті [21].

Сім’я може допомагати підтримувати регулярність активності, створювати позитивне середовище, сприяти поверненню людини до звичних

сімейних ролей. Водночас члени сім'ї не повинні перетворюватися на контролерів або підміняти фахівців з реабілітації.

Досвід програм адаптивного спорту для військових і ветеранів показує, що сімейний компонент може сприяти відчуттю належності, кращому розумінню ролі фізичної активності та підтримці участі у відновленні, тоді як самі програми фізичної активності ветерани пов'язують із поліпшенням фізичної форми, соціальної залученості та готовністю продовжувати активний спосіб життя [20; 21].

Особливий потенціал мають природоорієнтовані та рекреаційні практики: прогулянки, дозована і скандинавська ходьба, велосипедні прогулянки, плавання, веслування, адаптивний туризм, нескладні піші маршрути та рухові ігри на відкритому повітрі [13; 27].

Принципово важливим є положення: спільна фізична активність не означає однакове фізичне навантаження. Наприклад, один член сім'ї може пройти 2 км, інші – 5 км; один може виконувати адаптовані вправи, інші - їх складніші варіанти. Основою є спільна участь, а не однаковий результат.

Практична картка 3.5. «Родина в русі»: чотиритижнева модель

Тиждень 1 – формуємо регулярність. Нетривалі прогулянки, легка рухливість, доступна побутова активність. Головний критерій – регулярність, а не дистанція.

Тиждень 2 – розширюємо активність. Поступово збільшується тривалість ходьби, можуть вводитися нескладні маршрути, рухові ігри, басейн або велосипед.

Тиждень 3 – шукаємо активність, яку хочеться продовжувати. Сім'я може випробувати 2-3 різні формати: плавання, скандинавську ходьбу, велосипед, туристичний маршрут, доступний адаптивний спорт.

Тиждень 4 – формуємо власний режим. Визначаються 1-2 види активності, які реально можуть бути включені у щотижневий сімейний режим.

День	Вид активності	Учасники	Індивідуальний обсяг	Виконано
Пн				
Вт				
Ср				
Чт				
Пт				
Сб				
Нд				

Критеріями прогресу можуть бути не лише збільшення дистанції або тривалості, а й регулярність участі, підвищення самостійності, поява активності, яка приносить позитивні емоції, та зменшення бар'єрів для сімейного дозвілля.

Застереження. Не слід перетворювати сімейну підтримку на примус, постійний контроль кількості кроків, тренувань або «виконання норми».

3.6. Від фізичної реабілітації до професійної реінтеграції: відновлення фізичної спроможності до виконання службових завдань

Особливістю фізичної реабілітації представників сектору безпеки і оборони є необхідність визначення можливості повернення людини не лише до повсякденного життя, а й до професійної діяльності.

У межах цього розділу доцільно розмежовувати три послідовні, але не тотожні рівні: Return to Activity – повернення до активного життя; Return to Work – повернення до трудової діяльності; Return to Duty – повернення до виконання службових функцій. Необхідність окремо оцінювати професійну та службову реінтеграцію особливо виразно показана в дослідженнях осіб після ампутацій [16; 26].

Особа може бути повністю незалежною у побуті, самостійно ходити, керувати автомобілем і займатися рекреаційною фізичною активністю, але ще не бути готовою до фізичних вимог конкретної службової діяльності.

Наприклад, поліцейському може бути необхідна здатність тривалий час пересуватися, виконувати короткочасні прискорення, долати перешкоди, носити засоби індивідуального захисту та спорядження, виконувати тягові й штовхальні дії, переміщувати людину, швидко змінювати положення тіла, виконувати складні координаційні дії та діяти після значного фізичного навантаження [18; 28; 30].

Отже, на завершальних етапах фізична реабілітація повинна поступово переходити у професійно орієнтоване фізичне відновлення (occupational conditioning).

Тому оцінювання готовності до повернення до служби має бути не лише «фітнес-тестом», а зіставленням вимог конкретної професійної ролі з актуальними можливостями людини. У тактичних професіях доцільно поєднувати оцінювання аеробної та анаеробної спроможності, сили, витривалості, потужності й спритності з модельованими професійними завданнями; при цьому набір показників має відображати реальні вимоги конкретної служби [18; 28; 30].

Функціональна драбина Return to Duty

Рівень 1. Побутова незалежність – самостійне виконання основних побутових дій.

Рівень 2. Базова фізична спроможність – необхідні сила, мобільність, витривалість, баланс і координація.

Рівень 3. Функціональне тренування – тягові, жимові рухи, перенесення, прискорене пересування, функціональні переходи.

Рівень 4. Професійно орієнтоване фізичне тренування – вправи поступово наближаються до вимог конкретної службової діяльності.

Рівень 5. Модельоване службове завдання – у контрольованих умовах поєднується кілька професійно значущих фізичних дій.

Рівень 6. Професійна реінтеграція – питання повернення до конкретної професійної діяльності вирішується відповідно до встановлених нормативних і медичних процедур.

Практична картка 3.6. «Професійний функціональний профіль поліцейського»

Професійна дія	**Основні фізичні компоненти**	**Орієнтовний напрям підготовки**
Тривале патрулювання	аеробна та постуральна витривалість	дозована ходьба
Переслідування	швидкість, потужність, анаеробна спроможність	поступові прискорення
Подолання перешкод	сила, мобільність, координація	функціональні переходи
Робота у спорядженні	силова та загальна витривалість	поступова адаптація до додаткового навантаження
Переміщення людини	тягове зусилля, хват, сила тулуба й нижніх кінцівок	безпечні тягові вправи, робота з манекеном
Штовхання / утримання	сила верхньої частини тіла та тулуба	жимові й стабілізаційні вправи
Швидка зміна положення	мобільність, баланс, координація	функціональні переходи
Дії після фізичного навантаження	загальна працездатність	комбіновані завдання

Карта Return to Duty

Фізична вимога	**Епізодична**	**Регулярна**	**Висока**	**Актуальна**

				спроможність
Тривала ходьба	□	□	□	
Біг / прискорення	□	□	□	
Подолання перешкод	□	□	□	
Робота у спорядженні	□	□	□	
Перенесення вантажу	□	□	□	
Тягові зусилля	□	□	□	
Штовхання	□	□	□	
Переміщення людини	□	□	□	
Координаційно складні дії	□	□	□	
Робота в умовах втоми	□	□	□	

Після цього визначається функціональний розрив між вимогами професійної діяльності та актуальними можливостями людини. Саме цей розрив має визначати спрямованість професійно орієнтованого фізичного відновлення [18; 28].

Водночас повернення до попередньої посади не повинно вважатися єдиним можливим критерієм успішності реабілітації. Якщо стійкі функціональні обмеження не дозволяють безпечно виконувати попередній обсяг службових завдань, позитивним результатом може бути професійна реінтеграція в іншу роль відповідно до фактичних можливостей людини [16; 26].

Практична картка 3.7. «Моніторинг прогресу фізичної реабілітації»

Показник	Початковий	Проміжний	Підсумковий	Динаміка
Самостійність пересування				↑ / ↔ / ↓
Тривалість ходьби				↑ / ↔ / ↓
Допустима дистанція				↑ / ↔ / ↓
М’язова сила				↑ / ↔ / ↓
Витривалість				↑ / ↔ / ↓
Баланс				↑ / ↔ / ↓
Координація				↑ / ↔ / ↓
Якість базових рухів				↑ / ↔ / ↓
Толерантність до навантаження				↑ / ↔ / ↓
Рівень повсякденної активності				↑ / ↔ / ↓
Рекреаційна активність				↑ / ↔ / ↓
Професійно значущі рухи				↑ / ↔ / ↓

За результатами оцінювання: продовжити поточний рівень; перейти до прогресії; застосувати регресію окремих вправ; змінити структуру заняття; провести додаткове функціональне оцінювання; отримати консультацію відповідного фахівця.

Практична картка 3.8. «Індивідуальна траєкторія після завершення основного етапу фізичної реабілітації»

Самостійна оздоровча фізична активність: ходьба / домашня програма / тренажерний зал / плавання / інше.

Сімейна та рекреаційна активність: сімейні прогулянки / велосипед / туризм / водна активність / інше.

Адаптивний спорт: реабілітаційний / рекреаційний / тренувальний / спортивно-змагальний рівень.

Професійна реінтеграція: Return to Work / Return to Duty / підготовка до нової професійної ролі.

Продовження реабілітації: подальший професійний супровід / повторне функціональне оцінювання / консультація інших членів мультидисциплінарної команди.

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ

Ситуаційне завдання 1. «Повернутися якнайшвидше»

Умова. Представник сектору безпеки і оборони після тривалого лікування самостійно пересувається та виконує побутові дії. До поранення мав високий рівень фізичної підготовленості та наполягає на негайному поверненні до попередніх тренувальних навантажень.

Завдання. Визначте методичну помилку такого підходу.

Орієнтовна відповідь. Попередній рівень фізичної підготовленості не є достатньою підставою для визначення актуального навантаження. Необхідно оцінити поточні функціональні можливості та лише після цього формувати програму.

Ситуаційне завдання 2. «Одна травма - одна програма?»

Умова. Дві особи після однотипного ушкодження нижньої кінцівки завершили лікування. Перша має достатню рівновагу, але швидко втомлюється. Друга має добру витривалість, однак має труднощі з підніманням сходами.

Завдання. Чи доцільно призначати однакову програму?

Орієнтовна відповідь. Ні. Медична схожість не означає функціональної тотожності. Програми повинні враховувати фактичні обмеження кожної особи.

Ситуаційне завдання 3. «Уся група - 20 присідань»

Умова. Під час групового заняття всі десять учасників отримують завдання виконати по 20 однакових присідань, незважаючи на різний рівень фізичних можливостей.

Завдання. Оцініть підхід з позиції індивідуалізації.

Орієнтовна відповідь. Це приклад one-size-fits-all. Доцільно залишити спільний руховий патерн, але використовувати різні рівні його виконання відповідно до принципів АВТ.

Ситуаційне завдання 4. «Слабший у всьому?»

Умова. Учасник продемонстрував низьку аеробну витривалість. Його автоматично віднесли до найнижчого рівня для всіх силових, координаційних і рухових вправ.

Завдання. Чи правильно це?

Орієнтовна відповідь. Ні. Рівень повинен визначатися окремо для різних компонентів фізичної спроможності.

Ситуаційне завдання 5. «Спорт замість реабілітації»

Умова. Особа після ампутації нижньої кінцівки опанувала користування протезом та почала займатися адаптивним спортом. Вона вирішила повністю припинити виконання індивідуальних реабілітаційних вправ.

Завдання. Оцініть рішення.

Орієнтовна відповідь. Адаптивний спорт може бути важливим етапом відновлення, але не обов’язково компенсує всі наявні функціональні дефіцити.

Ситуаційне завдання 6. «Не люблю басейн»

Умова. Учаснику наполегливо рекомендують плавання як «найкращий засіб реабілітації», хоча він не любить цей вид активності й систематично пропускає заняття.

Завдання. У чому методична помилка?

Орієнтовна відповідь. Не враховано особисту мотивацію. Довгостроково ефективною є активність, яка одночасно є доступною, безпечною, функціонально доцільною та прийнятною для самої людини.

Ситуаційне завдання 7. «10 000 кроків - отже, я відновився»

Умова. Смарт-годинник учасника протягом тижня фіксує понад 10 000 кроків на день. На цій підставі він робить висновок про повне відновлення.

Завдання. Чи достатньо цього показника?

Орієнтовна відповідь. Ні. Кількість кроків характеризує лише один компонент активності та не відображає повністю силу, баланс, координацію, якість руху або професійну готовність.

Ситуаційне завдання 8. «Купимо VR - буде інноваційна реабілітація»

Умова. Заклад придбав VR-систему, однак конкретне завдання її використання в реабілітації не визначено.

Завдання. Оцініть підхід.

Орієнтовна відповідь. Технологія не повинна бути самоціллю. Спочатку визначається функціональна проблема, а потім добирається технологічний інструмент.

Ситуаційне завдання 9. «Родина-контролер»

Умова. Член сім’ї щоденно контролює кількість кроків ветерана та примушує його «виконувати норму». Через певний час він починає уникати спільної фізичної активності.

Завдання. Визначте помилку сімейної підтримки.

Орієнтовна відповідь. Сімейна підтримка перетворилася на зовнішній контроль. Сімейно орієнтована практика повинна підтримувати автономію і позитивну мотивацію.

Ситуаційне завдання 10. «Усім однаковий маршрут»

Умова. Сім’я щонеділі проходить маршрут 8 км. Один із членів сім’ї після травми без значної втоми може пройти лише 2-3 км.

Завдання. Чи потрібно відмовлятися від спільної активності?

Орієнтовна відповідь. Ні. Необхідно адаптувати маршрут, передбачити різні дистанції, місця відпочинку або альтернативну точку завершення.

Ситуаційне завдання 11. «Я ходжу - отже, готовий до патрулювання»

Умова. Поліцейський після реабілітації самостійно проходить 3 км і виконує всі побутові дії. Він вважає це достатньою підставою для повернення до патрульної діяльності, хоча ще не виконував прискорень, роботи у спорядженні та вправ із переміщення людини.

Завдання. Чи достатньо відновленої ходьби для висновку про професійну фізичну готовність?

Орієнтовна відповідь. Ні. Побутова незалежність не є тотожною професійній фізичній готовності. Необхідний перехід до професійно орієнтованої підготовки.

Ситуаційне завдання 12. «Не може повернутися на попередню посаду»

Умова. Після тривалого процесу реабілітації особа зберігає стійкі функціональні обмеження, які унеможливлюють повернення на попередню посаду. Вона вважає реабілітацію невдалою.

Завдання. Чи завжди повернення до попередньої посади є єдиним критерієм успішної реабілітації?

Орієнтовна відповідь. Ні. Результатом може бути максимальна функціональна незалежність, активне сімейне й суспільне життя та професійна реінтеграція в іншу функціонально доступну роль.

УЗАГАЛЬНЕНА МОДЕЛЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ СІМЕЙ

1. Визначення потреб та значущих для людини видів діяльності.
2. Функціональне оцінювання.
3. Формування індивідуального функціонального профілю.
4. Визначення коротко- і довгострокових цілей.
5. Індивідуалізація фізичного навантаження.
6. Терапевтичні вправи та функціональний тренінг.
7. Прогресії та регресії відповідно до фактичних можливостей.
8. Адаптивна фізична активність, спорт, рекреація та технологічні практики.
9. Систематичний моніторинг і повторне функціональне оцінювання.
10. Корекція програми.
11. Перехід до однієї або кількох довгострокових траєкторій: самостійна фізична активність / сімейна рекреація / адаптивний спорт / Return to Work / Return to Duty.
12. Довгострокове підтримання фізичної спроможності.

Висновки до розділу 3

У поствоєнний період фізична реабілітація представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей повинна розвиватися як персоналізована, функціонально орієнтована та безперервна система відновлення. Її метою є не формальне завершення курсу лікування або досягнення певного нормативного показника, а максимально можливе повернення людини до самостійного, активного та значущого для неї життя.

Одним із ключових напрямів удосконалення фізичної реабілітації є індивідуалізація навантаження відповідно до актуального функціонального стану. У цьому контексті перспективним є використання принципів Ability-

Based Training, що дозволяють поєднувати груповий формат із персоналізацією складності та інтенсивності фізичних завдань.

Важливе місце у сучасній системі фізичної реабілітації належить терапевтичним і функціональним вправам, адаптивній фізичній активності та спорту, цифровим і роботизованим технологіям, природоорієнтованим і сімейним рекреаційним практикам. Водночас жодна окрема технологія або метод не може розглядатися як універсальний. Їх застосування повинно визначатися конкретними функціональними потребами людини.

Для представників сектору безпеки і оборони особливого значення набуває перехід від базової фізичної реабілітації до професійно орієнтованого відновлення. Побутова незалежність, Return to Activity, Return to Work та Return to Duty є різними рівнями функціонального відновлення та потребують різних критеріїв оцінювання.

Успішність фізичної реабілітації не повинна оцінюватися виключно можливістю повернутися до попередньої посади або довоєнного рівня фізичних навантажень. Її результатом може бути відновлення максимально можливої самостійності, формування нової моделі фізичної активності, залучення до адаптивного спорту, повернення до трудової діяльності або професійна реінтеграція в нову роль.

Отже, основною ідеєю сучасної фізичної реабілітації у поствоєнний період має стати перехід від принципу «відновити ушкоджену функцію» до значно ширшого принципу – «відновити спроможність людини жити, діяти, брати участь у сімейному та суспільному житті й, за можливості, повернутися до професійної діяльності».

Список використаних джерел

1. Купріненко О. Аналіз сучасного стану та проблем ерготерапії військовослужбовців Збройних Сил України, постраждалих в результаті бойових дій. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020. Т. 5, № 4 (26). С. 36-43. https://doi.org/10.26693/jmbs05.04.036

2. Крук І. М., Григус І. М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. Rehabilitation and Recreation. 2022. № 12. С. 44-51. https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6

3. Shvets A. V., Horishna O. V., Deputat Y. M., Rychka O. V., Zhaldak A. Y., Kikh A. Y. Prognostic assessment of the need for medical rehabilitation among military officers of the Armed Forces of Ukraine based on the structure of their combat trauma. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2022. Vol. 3, No. 3. P. 110-117. https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-110

4. Yevchenko D. O., Shvets A. V., Kikh A. Y., Sereda I. K., Volianskyi O. M. The mirror therapy effectiveness as a part of physical rehabilitation program of servicemen after lower limb amputation due to mine-explosive injury. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2023. Vol. 4, No. 4. P. 60-68. https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.4(4)-060

5. Shvets A. V., Maltsev O. V., Kyselov S. M., Kaplyuk O. B. Peculiarities of the rehabilitation management process among combatants: world experience. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2024. Vol. 5, No. 3. P. 39-49. https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.3(5)-039

6. Rushchak L. V., Yevchenko D. O., Sereda I. K. Key aspects of improving the effectiveness of rehabilitation care for military personnel through innovative technologies. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2024. Vol. 5, No. 3. P. 21-29. https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.3(5)-021

7. Volianskyi O. M., Kikh A. Y. Application of the international classification of functioning, disability, and health to assess the efficiency of rehabilitation of servicemen. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2024. Vol. 5, No. 3. P. 75-84. https://doi.org/10.46847/ujmm.2024.3(5)-075

8. Трачук С. В., Хмара В. В., Бричук М. С., Єфанова В. В., Холодова О. С. Компетентнісний підхід фахівців фізичної підготовки до фізкультурно-спортивної реабілітації військовослужбовців. OLYMPICUS. 2024. № 3. С. 158-168. https://doi.org/10.24195/olympicus/2024-3.20

9. Volianskyi O. M., Kikh A. Y. Evaluation of quality criteria for rehabilitation of military personnel with lower limb amputees. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2025. Vol. 6, No. 1. P. 72-81. https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.1(6)-072

10. Volianskyi O. M., Kikh A. Y., Chucha O. I. Determination of the individual level of rehabilitation potential of military personnel with lower limb amputees during the post-acute rehabilitation period. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2025. Vol. 6, No. 3. P. 239-245. https://doi.org/10.46847/ujmm.2025.3(6)-239

11. Ковальчук Р., Шинкарук В., Гриців М. Роль фізкультурно-спортивної реабілітації у відновленні функціональних можливостей військовослужбовців після бойових поранень. Освіта. Інноватика. Практика. 2025. Т. 13, № 2. С. 53-59. https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol13i2-007

12. Романчук С., Матвейко О., Одеров А., Лойко О. Фізкультурно-спортивна реабілітація військовослужбовців : навч.-метод. посіб. Львів : НАСВ, 2025. 145 с.

13. Зарубіна А. В., Кирпенко В. М., Коломієць Н. А., Полтавець А. І., Данилішин І. М. Роль активного туризму та фізичної підготовки в реабілітації та відновленні боєздатності військовослужбовців. Фізичне виховання та спорт. 2025. № 1. С. 199-207. https://doi.org/10.26661/2663-5925-2025-1-26

14. Одинець Т., Есаул К., Ванюк О. Ефективність фізичної терапії у відновленні функцій нижньої кінцівки у військовослужбовців після мінно-вибухових травм. Physical Culture and Sport: Scientific Perspective. 2025. № 4. С. 46-53. https://doi.org/10.31891/pcs.2025.4.5

15. Хотінь Є. Г., Андрушко П. В. Спортивна реабілітація та відновлювальна фізкультура військовослужбовців. Health & Education. 2025. № 4. С. 205-209. https://doi.org/10.32782/health-2025.4.28

16. Kazmirchuk A. P., Volianskyi O. M., Kikh A. Y., Berlova Y. P., Bratseiko V. V., Bespala Y. O. Returning to military service or to civilian work as an important goal of rehabilitation for military personnel with amputated limbs. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2026. Vol. 7, No. 1. P. 41-47. https://doi.org/10.46847/ujmm.2026.1(7)-041

17. Lockie R. G., Dulla J., Orr R. M., Dawes J. Importance of Ability-Based Training for Law Enforcement Recruits. Strength & Conditioning Journal. 2021. Vol. 43, No. 3. P. 80-90. https://doi.org/10.1519/SSC.0000000000000583

18. Orr R. M., Lockie R., Milligan G., Lim C., Dawes J. Use of physical fitness assessments in tactical populations. Strength & Conditioning Journal. 2022. Vol. 44, No. 2. P. 106-113. https://doi.org/10.1519/SSC.0000000000000656

19. Rayes R., Ball C., Lee K., White C. Adaptive Sports in Spinal Cord Injury: a Systematic Review. Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports. 2022. Vol. 10, No. 3. P. 145-153. https://doi.org/10.1007/s40141-022-00358-3

20. Post D., Baker A., Milanese S., Freegard S., Parfitt G. The physical, psychological, and social impacts of participation in the Invictus Pathways Program: A qualitative analysis of veterans' perceptions and experiences. PLOS ONE. 2023. Vol. 18, No. 10. Art. e0287228. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287228

21. Duong A., Roberts L., Cramm H., Evans M. B., Mayhew E., Latimer-Cheung A. E., et al. I AM FAMILY: Understanding the adapted sport experiences of family members of military personnel with physical and psychological illnesses and injuries through the lens of the Invictus Games. Psychology of Sport and Exercise. 2023. Vol. 68. Art. 102457. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2023.102457

22. Molina-García P., Mora-Traverso M., Prieto-Moreno R., Díaz-Vásquez A., Antony B., Ariza-Vega P. Effectiveness and cost-effectiveness of telerehabilitation for musculoskeletal disorders: A systematic review and meta-analysis. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2024. Vol. 67, No. 1. Art. 101791. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2023.101791

23. Latif A., Al Janabi H. F., Joshi M., Fusari G., Shepherd L., Darzi A., et al. Use of commercially available wearable devices for physical rehabilitation in healthcare: a systematic review. BMJ Open. 2024. Vol. 14, No. 11. Art. e084086. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084086

24. Rauzi M. R., Akay R. B., Balakrishnan S., Piper C., Gobert D., Flach A. Current State of Connected Sensor Technologies Used During Rehabilitation Care: Protocol for a Scoping Review. JMIR Research Protocols. 2024. Vol. 13. Art. e60496. https://doi.org/10.2196/60496

25. Ghai S., Hitzig S. L., Eberlin L., Melo J., Mayo A. L., Blanchette V., et al. Reporting of Rehabilitation Outcomes in the Traumatic Lower Limb Amputation Literature: A Systematic Review. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2024. Vol. 105, No. 6. P. 1158-1170. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.08.028

26. Carnahan N., Holbrook L., Brunk E., Viola J., González-Fernández M. Reintegration Following Amputation: A Biopsychosocial Approach. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. 2024. Vol. 35, No. 4. P. 865-877. https://doi.org/10.1016/j.pmr.2024.06.007

27. Tinney M. J., Nguyen C. Supporting a lifetime of fitness for the military veteran athlete: a narrative review. Frontiers in Sports and Active Living. 2024. Vol. 6. Art. 1510422. https://doi.org/10.3389/fspor.2024.1510422

28. Canetti E. F. D., Orr R. M., Brown W., Schram B., Lockie R. G., Dawes J. J. The Use of Musculoskeletal Fitness Measures as Indicators of Performance in Police Occupational Tasks. International Journal of Exercise Science. 2024. Vol. 17, No. 4. P. 819-830. https://doi.org/10.70252/EXHI6285

29. Maupin D., Canetti E. F. D., Schram B., Dulla J. M., Lockie R. G., Dawes J. J., et al. Law enforcement recruit fitness: Changes across the fitness spectrum. Work. 2024. Vol. 79, No. 2. P. 947-963. https://doi.org/10.3233/WOR-230686

30. Orr R., Canetti E. F. D., Gough S., Macdonald K., Dulla J., Lockie R. G., et al. Police Fitness: An International Perspective on Current and Future Challenges. Sports. 2025. Vol. 13, No. 7. Art. 219. https://doi.org/10.3390/sports13070219

31. Murphy M., Merrick N., Cowen G., Sutton V., Allen G., Hart N. H., et al. Physical and psychological factors related to injury, illness and tactical performance in law enforcement recruits: a systematic review. Injury Prevention. 2025. Vol. 31, No. 1. P. 9-17. https://doi.org/10.1136/ip-2023-045150

32. Alotibi F. S., Mohammed W., Hendrick P., Moffatt F. Virtual Reality for Patients With Chronic Musculoskeletal Pain and Disability: An Umbrella Review of Systematic Reviews. Health Science Reports. 2025. Vol. 8, No. 8. Art. e71163. https://doi.org/10.1002/hsr2.71163

33. Paillet J., del Valle Rodríguez M., Herranz Vázquez J., Ruiz-Matas Contreras F. J., Raya-Benítez J., Granados Santiago M., et al. The Effects of Virtual Reality Interventions on Motor Function Rehabilitation in Lower-Limb Amputees: A Systematic Review and Metanalysis. Bioengineering. 2025. Vol. 12, No. 11. Art. 1170. https://doi.org/10.3390/bioengineering12111170

34. Speckman R. A., Carroll M. K., Crunkhorn A., Gallegos Y., Highsmith M. J., Johnson D., et al. Clinician's Guide to the 2024 VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Rehabilitation of Individuals With Lower Limb Amputation. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2026. Vol. 105, No. 7. P. 637-648. https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000002995

РОЗДІЛ 4
ІННОВАЦІЙНІ ПРАКТИКИ НАДАННЯ ПУБЛІЧНИХ ПОСЛУГ З РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ У ПОСТВОЄННИЙ ПЕРІОД

Повномасштабна збройна агресія проти України зумовила безпрецедентне зростання чисельності ветеранів, військовослужбовців та членів їхніх сімей, які потребують комплексної реабілітаційної допомоги. Про пріоритетність цього напряму державної політики свідчать актуальні бюджетні орієнтири: у проєкті Державного бюджету України на 2027 рік на реалізацію ветеранської політики передбачено 20,5 млрд грн, що на 3 млрд грн більше порівняно з поточним роком, а одним із головних акцентів визначено саме реабілітацію. У цих межах заплановано запуск нового напряму — сімейної реабілітації, орієнтовний обсяг фінансування якого становить 1 млрд грн; пілотне впровадження на базі двох закладів заплановане вже на листопад поточного року з подальшим повноцінним запуском у 2027 році [1]. Такі наміри засвідчують визнання на державному рівні того, що ефективне відновлення захисника неможливе без одночасної підтримки його родини.

Ця тенденція вже частково втілюється на регіональному та місцевому рівнях: у низці областей і територіальних громад впроваджуються програми соціальної адаптації, які поєднують стаціонарний та супроводжувальний етапи відновлення й передбачають участь не лише самого ветерана, а й членів його родини. Такий підхід поступово утверджується як практичний стандарт: сім'я розглядається не просто як контекст, що супроводжує реабілітацію захисника, а як самостійний суб'єкт і ресурс його відновлення.

Водночас практика, що склалася на сьогодні, залишається фрагментованою: успішні регіональні ініціативи не завжди масштабуються на інші території, а взаємодія між органами державної влади, місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства потребує

подальшої систематизації. Саме тому метою цього розділу є комплексний аналіз інноваційних практик надання публічних послуг з реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей у поствоєнний період.

Досягнення цієї мети передбачає розгляд трьох взаємопов'язаних питань. Перше — інституційно-управлінські механізми та інноваційні практики надання публічних послуг з реабілітації органами державної влади і місцевого самоврядування, зокрема нормативно-правові засади, розподіл повноважень між суб'єктами реабілітації та механізми міжвідомчої координації. Друге — роль інститутів громадянського суспільства в організації, адвокації та наданні публічних послуг з реабілітації, включно з практиками ветеранських просторів і моделями їхньої співпраці з органами влади. Третє — економіко-соціальна ефективність реабілітації ветеранів та членів їхніх сімей, моделі фінансування, диверсифікація ресурсів та оцінка соціально-економічного ефекту реабілітаційних заходів. Такий підхід дає змогу розглянути реабілітацію не лише як медико-соціальну, а й як управлінську та економічну проблему, розв'язання якої потребує узгодженої дії держави, місцевого самоврядування та громадянського суспільства.

4.1. Інституційно-управлінські механізми та інноваційні практики надання публічних послуг з реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей

У квітні 2025 року аналітики Національного інституту стратегічних досліджень сформулювали ветеранську політику через чотири стратегічні пріоритети — здоров'я, адаптацію економічної активності, гідний рівень життя та повагу суспільства [2]. Серед конкретних орієнтирів у пріоритеті "здоров'я" фігурує принцип "гроші ходять за ветераном": ідея персоналізованого фінансування, коли кошти закріплюються не за закладом, а за конкретною людиною. А в пріоритеті "гідний рівень життя" аналітики прямо застерігають: підтримка має бути інтеграційною, а не сегрегаційною,

тож ветеранські простори варто розглядати як тимчасовий інструмент, а не як постійну паралельну інфраструктуру [2]. Ця засторога задає орієнтир для оцінки практик: чи справді регіональні ветеранські простори мислять себе як тимчасовий етап, чи радше як самоціль.

Правовим підґрунтям для реалізації цих орієнтирів слугує кілька базових законів. Закон України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я" [3] закріпив перехід від медико-біологічної моделі, що десятиліттями фокусувалася на діагнозі й статусі інвалідності, до біопсихосоціальної парадигми, яка розглядає людину через призму функціонування та участі в соціальному житті. Це не суто термінологічна зміна: пацієнт перестає бути пасивним об'єктом лікування й визнається активним учасником власного відновлення. Паралельно діють Закон "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" [4], Закон "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" [5] та Закон "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей" [6], які разом формують правовий каркас для органів виконавчої влади в цій сфері.

Утім, саме на стику цих законів виникає один із найбільш незручних парадоксів системи: одна й та сама особа може одночасно мати два документи, що описують її реабілітаційні потреби, — Індивідуальний реабілітаційний план, який складає мультидисциплінарна команда у сфері охорони здоров'я, та Індивідуальну програму реабілітації, яку формують органи медико-соціальної експертизи у сфері соціального захисту. Ці два документи мають різну мету, різну юридичну силу і, по суті, описують ту саму людину з двох непов'язаних адміністративних кутів [7]. У результаті ветеран, замість того щоб проходити один узгоджений маршрут, вимушений подвійно підтверджувати одні й ті самі обмеження функціонування двом різним інстанціям.

Інституційна карта відповідальних органів так само мозаїчна, хоч і логічно поділена за функціями. Координаційну роль виконує Міністерство у справах ветеранів України — головний розпорядник бюджетних коштів на

психологічну реабілітацію, при якому діють профільний департамент реабілітації та Український ветеранський фонд. Міністерство охорони здоров'я відповідає за медичну складову й розвиток мережі реабілітаційних відділень при лікарнях — і тут показова цифра: станом на середину 2024 року в країні працювало 131 таке відділення за оцінюваної потреби у 221 [8]. Міністерство оборони опікується ментальним здоров'ям чинних військовослужбовців, Міністерство соціальної політики займається соціальним супроводом ветеранів і їхніх родин, а Міністерство молоді та спорту відповідає за спортивно-реабілітаційні програми. Взаємодія між закладами різного підпорядкування регламентована окремою постановою, яка дозволяє направляти пораненого військовослужбовця до закладу, підпорядкованого іншому відомству, — механізм гнучкий, але саме він, за відсутності єдиного координаційного органу, часто обертається дублюванням функцій і розмитістю відповідальності [9; 10].

У цій мозаїці є ще одна, не завжди очевидна складова — власна відомча модель Міністерства внутрішніх справ, яка функціонує певною мірою паралельно до щойно описаної тріади центральних органів. МВС утримує власну мережу закладів охорони здоров'я, де гідні умови й якість фізичної та психологічної реабілітації визначено особистою відповідальністю керівника кожного закладу [11]. У межах відомчої політики діє спеціалізований проєкт реабілітації через плавання, укладено меморандум про співпрацю з профільною всеукраїнською структурою з адаптивного спорту, а для спрощення доступу запроваджено єдиний електронний портал підтримки — по суті, відомчий аналог "єдиного вікна", що поєднує реабілітацію, лікування, протезування, психологічну допомогу та працевлаштування в одному місці [12]. Примітно, що ця модель охоплює й заклади вищої освіти системи МВС, які адаптують освітній процес для ветеранів із важкими пораненнями та ампутаціями, аби ті могли продовжити навчання [13]. Отже, заклад, у межах якого готується цей практикум, сам є

структурним елементом описуваної архітектури, а не стороннім її спостерігачем.

Серед практичних інституційних новацій останніх років варто виокремити дві. Перша — запроваджений у 2023 році інститут фахівців супроводу ветеранів: персональних кейс-менеджерів, які допомагають ветерану орієнтуватися в системі державних послуг, а в бюджеті 2024 року на найм і підготовку понад п'яти тисяч таких фахівців по всій країні було передбачено 3,8 млрд грн [8]. Саме ця національна ініціатива дає інституційне пояснення тому, що на регіональному рівні часто виглядає як локальна самодіяльність. Друга новація — трирівнева система психологічної допомоги ветеранам і членам їхніх сімей, запроваджена постановою Кабінету Міністрів №1338 [14]. Перший рівень охоплює соціальний супровід силами підготовлених помічників, другий індивідуальну чи групову допомогу психологів, третій супровід мультидисциплінарної команди з лікарем-психіатром для складних випадків.

Накопичений упродовж останніх років досвід дедалі частіше стає предметом уваги не лише всередині країни. У вересні 2026 року Парламентська асамблея Ради Європи вперше за сімнадцять років ухвалила одразу дві резолюції з питань ветеранської політики, одна з яких містить рекомендацію розглянути створення в Києві центру з розробки європейської ветеранської політики — саме тому, що Україна нині має найбільший практичний досвід роботи з ветеранами серед держав Ради Європи [15]. У певному сенсі роль України в цьому діалозі змінюється: ще кілька років тому вона вивчала досвід інших держав, тепер її досвід усе частіше вивчають інші.

Якщо централізовані механізми задають правила гри, то саме на регіональному й місцевому рівні видно, як ці правила втілюються — і виникають ефекти, яких жодна постанова наперед не планувала. Показовим прикладом поєднання бюджетної програми з міжнародним співфінансуванням є досвід Полтавської області, де з 2023 року діє пілотна комплексна програма реабілітації, інтеграції та соціального захисту

захисників і членів родин загиблих, запущена спільно обласною радою, профільним міністерством та Міноборони [16]. Реабілітація відбувається на базі санаторіїв та оздоровчих закладів силами мультидисциплінарних команд, після чого ветеран отримує індивідуальний соціальний супровід уже в громаді за місцем проживання. За два роки програма охопила 600 осіб, а фінансування з обласного бюджету (2,5 млн грн на рік) доповнюється капітальними інвестиціями міжнародних партнерів — Європейського Союзу, Європейського інвестиційного банку та Програми розвитку ООН, за участі яких у регіоні реконструйовано спорткомплекс подвійного призначення: і для реабілітації ветеранів, і для тренувань паралімпійців [16]. Автор ініціативи прямо вказує на бар'єр, який обмежує тиражування моделі на інші території: механізм реверсної дотації вилучає кошти саме з більш спроможних місцевих бюджетів, тож навіть за наявності політичної волі повторити подібну програму здатні далеко не всі громади [16]. Це означає, що успіх пілоту тут — не лише питання управлінського рішення, а й функція міжбюджетних відносин, яка виходить за межі повноважень самої області.

Іншу модель дифузії практик демонструє прямий обмін досвідом між Полтавською та Одеською областями в межах загальнонаціональної програми ментального здоров'я: полтавська сторона представила методику спортивної реабілітації через фрідайвінг у басейні з подальшим переходом у відкриту воду, одеська — комплексну систему, що поєднує плавання, загальну фізичну підготовку й емоційну підтримку [17]. Формат такого обміну не передбачає централізованої уніфікації методик і не супроводжується порівняльною оцінкою їхньої ефективності — це радше горизонтальна дифузія ідей, ніж інструмент доказового управлінського навчання, і саме тому він швидкий, але залишає відкритим питання, яка з практик насправді дає кращий результат.

Показовим є й досвід ветеранського простору "Поруч" із Краматорська, який після початку повномасштабного вторгнення був змушений релокуватися з прифронтового міста й перейти на мультилокаційну модель

роботи — одночасну фізичну присутність у Дніпрі, Лубнах і Кременчуці разом з онлайн-каналом замість єдиного стаціонарного осередку [18]. Напрям фізичної реабілітації, якого до релокації практично не було, розбудовується на новому місці через партнерство з місцевою благодійною організацією, яка допомогла з приміщенням і обладнанням, та з так само релокованою профільною обласною травматологічною лікарнею — тобто наступність допомоги забезпечується не географічною стабільністю закладу, а свідомим відтворенням партнерських зв'язків на новому місці [18]. Це цінний приклад організаційної стійкості послуги в умовах, коли фізична інфраструктура апріорі вразлива, хоча ціна такої стійкості — повна залежність від готовності сторонніх партнерів ділитися ресурсом.

Дещо інший тип рішення — приватно-державне партнерство, що масштабує стандартизовану модель на базі вже наявних відомчих медичних закладів, а не будує окремі об'єкти з нуля. Мережа реабілітаційних центрів RECOVERY, заснована приватним благодійним фондом, на вересень 2026 року об'єднувала 20 закладів у тринадцяти областях (зокрема у Вінниці, Дніпропетровській, Київській та Одеській областях, Луцьку, Львові, Полтаві, Рівному, Тернополі, Хмельницькому, Черкасах, Чернівцях і Чернігові) і сукупно обслужила понад 48 тисяч пацієнтів, тиражуючи однакову модель мультидисциплінарної команди й оснащення, зокрема обладнання з біологічним зворотним зв'язком [19]. Це, певно, найбільш "індустріалізований" з розглянутих прикладів: чіткий відтворюваний стандарт, вимірні сукупні показники охоплення, окремі сімейні палати для тривалого спільного перебування родини. Водночас уся стійкість моделі тримається на приватному донорі — держава тут виступає лише господарем приміщення, і питання, що станеться з мережею, якщо філантропічне фінансування скоротиться, залишається відкритим.

Ще один варіант — не створення нової установи, а інфраструктурна надбудова над закладом, що вже працює. На Київщині, на території наявного центру реабілітації при обласній лікарні, облаштували багатофункціональний

простір із зонами адаптивного спорту, ерготерапії та навіть майданчиком для адаптивного гольфу, спроєктований за явним критерієм безбар'єрності — тверде неслизьке покриття доріжок, тактильні орієнтири, ширина проходів під колісні крісла [20]. Рідкісна риса цього кейса: рішення про розширення прямо обґрунтоване документованою динамікою навантаження на заклад (271 пацієнт у 2023 році, 923 у 2025-му і вже 689 лише за сім місяців 2026-го) [20]. Отже, інвестиція в інфраструктуру тут є не декларацією, а відповіддю на зафіксоване зростання попиту, хоча з відкритих матеріалів не видно, чи зростає пропорційно і штат фахівців, який має цю інфраструктуру обслуговувати.

Окрему нішу становить спеціалізована мережа "Повернення" — саме психологічної, а не фізичної реабілітації, яка так само розгортається на базі державних закладів охорони здоров'я коштом приватного фонду, але прямо визнає членів родин військових і ветеранів самостійними отримувачами послуги, а не супутнім контекстом [21]. Заявлений масштаб становить 20–25 центрів на першому етапі із сукупним охопленням понад 100 тисяч осіб на рік; один із таких центрів, п'ятий у мережі, відкрився в Кропивницькому [21], ще один у Рівному, і так само орієнтований насамперед на родину як цілісну одиницю відновлення [22]. З усіх розглянутих прикладів це, мабуть, єдиний випадок, коли мережа з самого початку проєктується під конкретний, раніше недостатньо покритий тип потреби, а не просто додає ще один заклад до наявної інфраструктури.

Найбільш системний із розглянутих регіональних кейсів, утім, не пов'язаний із жодним окремим флагманським об'єктом — і показовим тут є досвід Рівненської області. Обласний госпіталь ветеранів війни в Рівному офіційно позиціонується як регіональний реабілітаційний хаб, а для розв'язання проблеми проживання родин на час тривалої реабілітації корпоративний партнер ("Нова пошта") профінансував будівництво модульного котеджного містечка на території госпіталю — рідкісний приклад, коли партнерство закриває не медичну, а супутню, інфраструктурну

потребу [23]. Паралельно в громадах регіону з моменту запровадження національного інституту фахівців супроводу ветеранів, вже працює 129 таких фахівців, які опрацювали понад 43 тисячі звернень [24], а для громад, де стаціонарної інфраструктури взагалі немає, тестується формат мобільної виїзної групи в складі кейс-менеджера, юриста та психолога — пілот, який охоплює вже вісім областей країни [25]. Додатково Рівненщина розвиває міжнародне партнерство із супутнім оздоровчим компонентом: спільні поїздки для ветеранів і членів їхніх родин у межах співпраці з Республікою Албанія [26]. Жодне з цих рішень окремо не виглядало б як щось особливе (і мобільна група, і мережа кейс-менеджерів, і котеджне містечко існують в інших регіонах у поодинокому вигляді), але саме їхнє поєднання в одному регіоні дає підстави говорити не про окремий проєкт, а про спробу побудови системи, що діє одразу на кількох рівнях: заклад, супутня інфраструктура, кадровий ресурс у громадах і географічна доступність.

Зіставлення розглянутих практик дозволяє побачити два принципово різні управлінські підходи. Перший — інвестиція в об'єкт чи приміщення: він видовищний, легко презентується громадськості, але, як показує досвід релокованого краматорського простору, вразливий до втрати території й капіталомісткий. Другий — інвестиція в людський капітал і мобільність самої послуги, як у прикладі рівненської мережі кейс-менеджерів і виїзних груп: менш ефектний для одноразової новини, зате стійкіший до втрати території та географічно справедливіший, оскільки не прив'язаний до конкретної точки на карті. Варто також зауважити спільну рису всіх без винятку розглянутих прикладів: наявні у відкритому доступі дані — це майже завжди показники охоплення (скільки осіб отримали послугу), а не показники результату (наскільки покращився їхній функціональний, психологічний чи соціальний стан). Це прямий практичний прояв проблеми відсутності єдиних стандартів і вимог до моніторингу ефективності,— теоретична прогалина тут виявляється цілком відчутною і на рівні конкретних регіональних практик.

Погляд на закордонний досвід у цій сфері варто супроводжувати важливим застереженням: контекст, у якому працюють профільні інституції держав – членів Європейського Союзу, суттєво відрізняється від українського. Штатні військовослужбовці цих країн здебільшого не беруть участі в бойових діях, а поняття "ветеран" там переважно застосовується до осіб, які брали участь у Другій світовій війні чи миротворчих операціях ООН, — тобто йдеться про нечисленну і поступово скорочувану через природне старіння категорію населення, чиї реабілітаційні потреби радше вікові, ніж бойові [27]. Тому запозичувати варто не масштаб чи обсяг цих систем, а закладені в них інституційні принципи — розподіл ролей, ступінь децентралізації, включення родини в реабілітаційний процес.

У Фінляндії відповідальність розділена за чітким принципом: профільне міністерство готує законодавство й формує бюджет пільг, а безпосереднє надання послуг покладено на муніципалітети, яким щороку виділяються асигнування пропорційно до кількості ветеранів, що проживають на території громади [27]. Фінська модель розрізняє одразу чотири формати допомоги — щорічну стаціонарну реабілітацію з можливістю спільного перебування з чоловіком або дружиною в тому самому закладі, інтенсивну амбулаторну реабілітацію (також за участі подружжя), суто індивідуальну амбулаторну реабілітацію та послуги підтримки самостійного проживання вдома (прибирання, харчування, догляд) [27]. Принцип спільного стаціонарного перебування подружжя, до речі, перегукується з ідеєю, яку ми вже бачили в українських регіональних практиках, — тільки там це поки поодинокі експериментальні заїзди, а у Фінляндії це закріплена нормативна практика.

Хорватія обрала інший інституційний шлях: там існує окреме Міністерство у справах ветеранів із власною мережею регіональних центрів психосоціальної підтримки, а госпітальна реабілітація здійснюється за угодами з конкретними закладами охорони здоров'я, кожен з яких зобов'язаний призначити окремого координатора для роботи саме з

ветеранами [27]. Ветерани мають право на щорічну (а за наявності інвалідності піврічну) госпітальну реабілітацію, рішення про яку ухвалює міністр на підставі висновку спеціального комітету, а також на низку додаткових прав: від співфінансування ортопедичних засобів до безкоштовних повних медичних оглядів для тих, хто перебував у бойових діях понад сто днів і опинився в складній соціально-економічній ситуації [27]. Додамо, що право на психологічну допомогу тут реалізується через окрему мережу регіональних центрів психологічної травми та єдиний Національний центр психологічної травми — тобто психологічна реабілітація інституційно відокремлена від фізичної, подібно до того, як в українських практиках мережа "Повернення" розвивається паралельно фізичним реабілітаційним центрам, а не всередині них.

Естонська модель цікава радше не переліком послуг, а прямо задекларованими управлінськими принципами. Політика щодо ветеранів, затверджена ще у 2012 році, будується на двох засадах: допомога має надаватися максимально децентралізовано, тобто якомога ближче до місця проживання пораненого, а вся система — стимулювати продовження служби чи роботи в силах оборони [27]. Психологічна підтримка тут не обмежена кількістю консультацій і прямо передбачає сімейний формат — ветеран може проходити терапію разом із подружжям чи дітьми, а додатково має змогу звернутися до капелана збройних сил або взяти участь у спільній зустрічі ветеранів [27]. Принцип децентралізації, до речі, дослівно повторює зауваження статті Чальцевої й Куран щодо українського випадку, — там наголошено на необхідності забезпечити реабілітацію на рівні громади, а не лише у великих обласних центрах.

Швеція демонструє окремий, дещо інший сюжет: оскільки країна не бере участі в активних збройних конфліктах, там немає розвиненої системи власне реабілітації ветеранів у звичному розумінні, натомість цікавим є принцип "тотальної оборонної охорони здоров'я" — свідома інтеграція військової та цивільної медичних систем через спільне навчання персоналу,

обмін протоколами лікування та спільне командування в кризових ситуаціях [27]. Ідея інтеграції військової й цивільної медицини, яку ми вже згадували як один із задекларованих пріоритетів української ветеранської політики, у шведському випадку реалізована саме як системний принцип, а не як окрема реформа однієї галузі.

Якщо звести три головні уроки цього огляду, вони такі: децентралізація допомоги до рівня громади (Естонія, частково Фінляндія), інституційне включення родини як рівноправного учасника реабілітаційного процесу, а не супутньої обставини (Фінляндія, Естонія), і розділена, але координована відповідальність між профільним відомством і мережею закладів на місцях (Хорватія). Усі три принципи вже присутні в українській політиці (здебільшого як декларація, рідше як стала практика), а отже, порівняльний аналіз тут працює не для запозичення чужих рішень з нуля, а радше для перевірки, наскільки послідовно українська система реалізує власні задекларовані орієнтири. У цьому сенсі визнання українського досвіду з боку Парламентської асамблеї Ради Європи виглядає не парадоксально: Україна нині напрацьовує практику в масштабі, якого жодна з розглянутих держав ЄС не має і, найімовірніше, найближчим часом не потребуватиме.

Зіставлення нормативно-інституційної картини, регіональної практики та закордонного досвіду дозволяє звести розрізнені спостереження в кілька наскрізних проблем, які варто розглядати не як перелік окремих недоліків, а як прояви кількох спільних структурних причин.

Перша й найбільш фундаментальна причина — інституційна фрагментація, яка відтворюється на кожному рівні системи. На нормативному рівні вона проявляється в паралельному існуванні Індивідуального реабілітаційного плану та Індивідуальної програми реабілітації як двох документів різної юридичної сили [7]; на управлінському — у відсутності єдиного координаційного органу за наявності щонайменше чотирьох центральних відомств, відповідальних за різні складові реабілітації [9; 10]; а МВС додає до цієї картини ще одну, відомчо замкнуту гілку зі

своїми закладами й освітніми установами, що існує певною мірою паралельно, а не як частина спільної координаційної рамки. Ця фрагментація відтворюється й на регіональному рівні: жоден із розглянутих кейсів не поєднує в собі одразу медичну, соціальну й освітню складову реабілітації в межах одного узгодженого маршруту, навіть найбільш системний з розглянутих прикладів, рівненський, залишається сумою окремих, паралельно запущених ініціатив, а не єдиною спроектованою моделлю.

Друга проблема — відсутність єдиних стандартів якості й, що особливо важливо, вимог до моніторингу результативності. Це вже було зазначено щодо регіональних практик, де наявні дані обмежуються показниками охоплення, а не результату, але та сама проблема відтворюється й на національному рівні: чинна нормативна база визначає порядок надання послуги, коло отримувачів і документообіг, але не встановлює обов'язкових критеріїв оцінки того, чи справді покращився функціональний, психологічний або соціальний стан особи після проходження реабілітації [8]. Це створює своєрідну прогалину звітності: держава й донори бачать, скільки людей пройшли через систему, але не мають системного інструменту з'ясувати, наскільки ефективно.

Третя проблема стосується моделі фінансування — і тут інституційний аналіз лише окреслює контур, залишаючи розгляд моделей фінансування, диверсифікації ресурсів та оцінки економічного ефекту для підрозділу 3.3. Однак навіть на рівні інституційної архітектури видно характерну рису: практично всі найбільш видимі й технологічно передові рішення (приватно-державні мережі реабілітаційних центрів, спеціалізовані мережі психологічної підтримки, окремі інфраструктурні проєкти на кшталт котеджного містечка для родин) фінансуються не з державного бюджету напряму, а через приватну філантропію чи корпоративне партнерство. Тимчасом інструменти, що спираються переважно на бюджетні кошти, регіонального чи місцевого рівня, наштовхуються на системний бар'єр міжбюджетних відносин, який жодна окрема область самостійно подолати не

може. Це означає, що стійкість системи реабілітації в її нинішньому вигляді значною мірою залежить від готовності приватного сектору продовжувати фінансування — залежність, яку варто визнати відкрито, а не замовчувати за фасадом вражаючих кількісних показників охоплення.

Четверта проблема — це напруга між задекларованим принципом інтеграційної, а не сегрегаційної підтримки [2] і практикою, яка на регіональному рівні радше створює постійну паралельну інфраструктуру, ніж тимчасовий місток до звичайного соціального середовища. Жоден із розглянутих регіональних кейсів не містить експліцитно сформульованого критерію завершення підтримки чи переходу ветерана з окремого простору чи центру назад у загальну систему послуг, доступну будь-якому громадянину. Це не обов'язково хиба самих практик (цілком можливо, що такий перехід відбувається, просто не потрапляє в публічні матеріали), але сама відсутність цього критерію в описах свідчить, що питання "коли й як завершується реабілітація" поки не є частиною управлінського мислення на місцях так само явно, як воно є частиною декларованої державної політики.

Порівняльний міжнародний досвід підказує напрям, у якому ці проблеми можна пом'якшувати, хоч і не підказує готового рецепта. Принцип децентралізації до рівня громади, послідовно реалізований в Естонії, частково узгоджується з українською практикою мобільних виїзних груп і мережі фахівців супроводу, але поки не є загальнонаціональним стандартом, а радше пілотним інструментом у обмеженій кількості областей [25]. Інституційне визнання родини рівноправним суб'єктом реабілітації, характерне для Фінляндії та Естонії, в Україні також присутнє (і в мережі психологічної підтримки, орієнтованій на родину, і в анонсованому напрямі сімейної реабілітації), але це радше нова й ще не масштабована ініціатива, ніж усталена норма [2]. Хорватська модель розділеної, але скоординованої відповідальності (окреме профільне міністерство плюс мережа закладів із визначеним координатором у кожному з них) виглядає найближчою до того, що вже намагається побудувати українська система через інститут фахівців

супроводу ветеранів, хоч і в набагато більшому масштабі, зумовленому кількістю осіб, що потребують допомоги.

Отже, інституційно-управлінська архітектура реабілітації в Україні перебуває на етапі становлення: створено базові інститути, напрацьовано першу практику на національному й регіональному рівнях, отримано міжнародне визнання накопиченого досвіду — але саме тому, що вся ця розбудова відбувається під безпосереднім тиском війни, а не в спокійному темпі, система відтворює фрагментацію на кожному новому рівні швидше, ніж встигає її долати. Ключовим напрямом подальшого вдосконалення видається не стільки створення нових окремих інструментів (їх уже накопичено чимало), скільки узгодження вже наявних елементів в один простежуваний маршрут, доповнений чіткими критеріями результативності, а не лише охоплення.

4.2. Інноваційні практики в діяльності громадських об’єднань в організації, адвокації та наданні публічних послуг з реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей

Держава ще не завершила побудову цілісної інституційної архітектури реабілітації, і саме в просторі між тим, що вона вже гарантує, і тим, що поки не встигає забезпечити, народжуються практики громадських об'єднань, варті називатися інноваційними не через новизну самої ідеї допомоги ветерану, а через управлінське рішення, яке за нею стоїть. Перше таке рішення — перехід від окремої, зазвичай короткочасної ініціативи до мережі, здатної діяти в масштабі, порівнянному з державною програмою.

Мережа Veteran Hub працює в Україні з 2018 року — довше за будь-яку з державних програм реабілітації, і саме ця тривалість дає підстави говорити про неї як про організаційну, а не суто сервісну інновацію. Модель тут — по суті, "хаб для хабів": кілька окремих спеціалізованих організацій (зокрема "Юридична сотня") працюють під одним дахом, зберігаючи власну

ідентичність, але користуючись спільною інфраструктурою, приміщенням і брендом. Засновниками мережі виступили два приватні благодійні фонди, а з 2023 року до фінансових партнерів долучився корпоративний фонд "МХП Поруч", який не просто перераховує кошти, а відкриває нові філії мережі та ініціює галузеві майданчики на кшталт комітету з ветеранської політики при Європейській Бізнес Асоціації [28]. Сьогодні мережа об'єднує простори у двох містах і мобільні офіси ще в трьох областях, надаючи юридичну, психологічну допомогу й супровід у працевлаштуванні безпосередньо ветеранам, ветеранкам і членам їхніх родин [29; 30].

Другий тип організаційної інновації — не об'єднання окремих сервісів під одним брендом, а формалізація самостійних, географічно розпорошених ініціатив у єдину структуру задля спільної дії. Саме так постала Коаліція ветеранських просторів: із листопада 2021 року вона об'єднала спершу 18 [31], за рік уже 21 [32], а нині 26 сервісних організацій і ветеранських просторів у різних регіонах країни, зареєструвавшись як громадська спілка [33]. Принципова відмінність від моделі Veteran Hub у тому, що учасники коаліції не ділять спільне приміщення чи бренд — кожен простір лишається самостійною організацією, а коаліція виконує функцію, яку жодна з них не могла б виконати наодинці: говорити від імені 26 організацій одразу там, де йдеться про узгодження політик, спільні всеукраїнські проєкти чи представлення інтересів перед органами влади. У межах коаліції вже працює 8 мобільних груп — до цього конкретного інструменту надання послуги варто повернутися окремо, оскільки саме тут організаційна форма безпосередньо переходить у форму надання публічної послуги.

Обидві моделі вирішують по-різному те саме управлінське завдання: як окремій малій організації, що виникла з ініціативи людей із власним досвідом війни, набути стійкості, якої бракує проєкту, залежному від одного гранту чи одного ентузіаста. Перша модель досягає цього через спільну інфраструктуру й довгострокового корпоративного партнера, друга — через

колективну суб'єктність і спільний голос у діалозі з державою. Другий шлях — перетворення мережі на суб'єкта політики, а не лише надавача послуг.

Мережа чи коаліція, здатна говорити від імені десятків організацій, рано чи пізно починає претендувати на роль не лише виконавця, а й співавтора політики. Саме це сталося у 2025 році, коли чотири організації (Veteran Hub, правозахисний центр "Принцип", Юридична сотня і Простір Можливостей) об'єднали напрацьований роками досвід надання послуг, досліджень і адвокації та підготували спільну Концепцію державної політики щодо ветеранів і ветеранок за підтримки уряду Великої Британії [34]. Це документ, адресований не лише державі, а й аналітичним командам і надавачам послуг, — тобто спроба третього сектору сформулювати рамку, у якій сама держава могла б діяти послідовніше.

Розділ цієї концепції, присвячений здоров'ю, безпосередньо стосується теми цього практикуму. Автори спираються на власне соціологічне дослідження "Шлях пораненого" (2023): 42% опитаних військовослужбовців повідомили про організаційні проблеми з реабілітацією, а 24% — про хаотичність у її отриманні [34]. Цю статистику зібрала й оприлюднила саме громадська організація, а не профільне міністерство, тож третій сектор тут частково закриває прогалину в державній статистиці. Автори також фіксують дуже конкретну, нешаблонну прогалину: пакет медичних гарантій НСЗУ покриває замісну терапію лише для опіоїдної залежності, тоді як пакета для лікування залежності від сучасних синтетичних речовин не існує взагалі. На основі такого аналізу концепція формулює адресні рекомендації: надавати доступ до реабілітації за медичними показаннями, а не формальним статусом, запровадити єдині стандарти допомоги та створити систему моніторингу результатів реабілітаційних заходів [34].

Окремий, вужчий, але від того не менш важливий формат адвокації — не пропозиція політики, а незалежний контроль її виконання. Правозахисний центр "Принцип" системно досліджував реальний маршрут пораненого через бюрократичні інстанції (медико-соціальну експертну комісію, територіальні

центри комплектування, органи соціального захисту, Пенсійний фонд) [35] і підготував окреме дослідження про несистемність реабілітаційної допомоги [36]. Найпоказовіше те, що ці напрацювання не залишилися суто аналітичним продуктом: представників організації залучили до роботи Тимчасової слідчої комісії Верховної Ради з розслідування можливих порушень щодо фінансування лікування й реабілітації військовослужбовців [37] — рідкісний приклад, коли громадський моніторинг напряму потрапляє в контур парламентського контролю.

Третій, найменш очевидний різновид адвокації — не критика держави ззовні, а участь у створенні державного інституту зсередини. Простір Можливостей, одна з чотирьох авторок концепції, виступила партнером у запуску інституту фахівця із супроводу ветеранів: організація розробляла професійний стандарт, первинну документацію й тренінговий курс, готувала тренерів і самих фахівців [34]. Отже, інститут фахівців супроводу ветеранів за походженням не суто державний: його змістовну частину спроєктувала громадська організація, а держава забезпечила нормативне закріплення й фінансування. Це приклад адвокації, яка не протиставляє себе державі, а вбудовується в неї.

Три описані формати (співавторство політики, незалежний контроль її виконання і пряма участь у проєктуванні державного інституту) показують, що адвокаційна функція громадського сектору в цій сфері не зводиться до одного жанру діяльності. Останній із них, участь у розробці конкретної послуги, а не лише політики в цілому, переходить у пряме надання публічних послуг з реабілітації громадським сектором.

Окрім організації ресурсу та впливу на політику, громадський сектор безпосередньо надає послугу, і саме тут видно декілька управлінських моделей, які різняться не предметом допомоги (він здебільшого однотипний: юридичний і психологічний супровід, фізична реабілітація), а способом її організаційного забезпечення й масштабування.

Найпростіша за конструкцією модель — мобільна група як низовий, недорогий і легко тиражований формат. У межах коаліції ветеранських просторів діє вісім таких груп, кожна у складі юриста, психолога та соціального працівника, що дає змогу доносити послугу до громад, де немає стаціонарної інфраструктури [32]. Управлінська цінність рішення тут не в самому переліку фахівців, а в принципі: замість очікування, поки держава чи донор профінансує будівництво центру в кожній громаді, ресурс рухається до людини, а не навпаки.

Складнішу й більш зрілу модель демонструють програми підтримки за принципом «рівний-рівному» у сфері фізичної та реабілітаційної медицини, коли до супроводу пацієнта залучають фахівця з власним досвідом подібної травми. Дослідження, що спеціально вивчало впровадження цього підходу в Україні на основі двадцяти трьох глибинних інтерв'ю та етнографічного спостереження в одному з реабілітаційних закладів, виявило кілька програм, які виходять за межі точкової ініціативи й набувають системного характеру [38]. В одному недержавному реабілітаційному центрі підхід реалізовано через окремий структурний підрозділ із кількох штатних фахівців, які самі пройшли лікування в цьому ж закладі; їхня робота інтегрована в загальний план реабілітації пацієнта, узгоджена з лікувальною командою та супроводжується регулярними супервізіями й інтервізіями. В іншому випадку громадська організація, що працює з людьми з ураженням спинного мозку, вибудувала багатоетапну модель підтримки — від первинного контакту ще в стаціонарі через мережу підготовлених інструкторів до подальших виїзних таборів активної реабілітації й дистанційного супроводу вже після виписки; організація утримує мережу з двадцяти одного такого інструктора по країні й підтримує систему добору, навчання та супервізії, що дає змогу контролювати якість послуги попри її географічну розосередженість.

Обидва приклади засвідчують те саме управлінське рішення: перетворення неформальної переваги спільного досвіду травми на

структуровану, підзвітну послугу з визначеними функціями, підготовкою кадрів і контролем якості. Водночас те саме дослідження фіксує, що такий рівень структурованості є радше винятком, ніж нормою: у частині закладів підхід «рівний-рівному» реалізується без формалізованої посади, а фахівець виконує цю функцію фактично, обіймаючи іншу штатну позицію, що ускладнює як оцінку його внеску, так і визнання самої професії [38]. Спільною для всіх розглянутих програм слабкою стороною лишається фінансова основа: стабільних джерел фінансування послуги «рівний-рівному» практично не існує, а її сталість тримається на поєднанні благодійної підтримки, грантів і волонтерства — та сама проблема стійкості фінансування, що спостерігається на рівні держави, відтворюється і на рівні громадського сектору, лише в іншій формі.

Іншим прикладом надання послуги, спроєктованої за участі громадського сектору, є інститут фахівця із супроводу ветеранів: його змістову частину (професійний стандарт, навчальну програму, підготовку самих фахівців) розробила громадська організація [34]. На момент відповідного дослідження ця послуга налічувала понад тринадцять сотень фахівців, які опрацювали десятки тисяч звернень, проте безпосередньо в закладах охорони здоров'я було працевлаштовано лише близько сотні з них за наявності кількасот відкритих вакансій — показник того, що інтеграція громадської за походженням моделі в державну систему охорони здоров'я перебуває на ранньому етапі. Дослідники прямо застерігають від сприйняття цього інституту як самодостатнього рішення, здатного замінити потребу держави фінансувати повноцінні соціальні послуги в громадах [38] — застереження, яке варто тримати в полі зору й під час оцінки решти розглянутих практик: масштаб мережі чи кількість опрацьованих звернень самі собою не є доказом того, що потреба ветерана й члена його родини задоволена повною мірою.

Три розглянуті напрями діяльності громадського сектору (об'єднання в мережі, вплив на політику і безпосереднє надання послуги) не варто

сприймати як три різні категорії організацій. Найпоказовіші приклади радше демонструють протилежне: одна й та сама організація чи коаліція одночасно виконує кілька з цих функцій, і саме поєднання ролей, а не досконалість жодної з них окремо, визначає її вплив на систему реабілітації в цілому.

Організаційна мережевість дає стійкість, якої бракує поодинокій ініціативі, — але сама собою вона не гарантує якості послуги: мережа, обмежена лише спільним брендом чи приміщенням, і мережа, що утримує систему добору, навчання й супервізії фахівців, здатні однаково називатися «мережею підтримки ветеранів», хоча результат для бенефіціара буде кардинально різним. Адвокаційна функція доводить, що третій сектор здатен не лише реагувати на державну політику, а й формувати її зміст, аж до участі в проєктуванні конкретного державного інституту, — проте це ж саме партнерство оголює межу можливостей громадської організації: вона може розробити стандарт і підготувати перших фахівців, але подальше масштабування й стале фінансування послуги залишається завданням, яке без системної державної підтримки не розв'язується. Нарешті, надання послуги засобами громадського сектору — від мобільної групи до флагманської програми «рівний-рівному» — незмінно впирається в одну й ту саму вразливість: відсутність сталого джерела фінансування, що й надалі тримає найкращі з цих практик у залежності від грантового циклу чи приватної філантропії.

Сукупно це дає підставу для одного висновку, важливого для всього розділу практикуму: інноваційність громадського сектору в цій сфері полягає не в окремих яскравих проєктах, а в тому, що він навчився працювати одночасно організатором ресурсу, співавтором політики й надавачем послуги — і саме це поєднання ролей компенсує фрагментацію державної інституційної архітектури. Водночас жодна з цих ролей не усуває головної структурної проблеми, відсутності сталого фінансування та систематичної оцінки результативності, а лише пом'якшує її наслідки для конкретного ветерана чи його родини тут і зараз. Це й залишається головним викликом

подальшого розвитку взаємодії держави та третього сектору в сфері реабілітації. Моделі фінансування, шляхи диверсифікації ресурсів і методи оцінювання соціально-економічного ефекту реабілітації, які дають змогу відповісти на цей виклик, розглянуто в підрозділі 3.3.

4.3. Економічна ефективність реабілітації: моделі фінансування, диверсифікація ресурсів та оцінка соціально-економічного ефекту (SROI)

Реабілітація посідає дедалі помітніше місце в політиці охорони здоров'я та соціального захисту, оскільки її результати визначають не лише функціональний стан людини, а й її здатність до праці, самостійного життя та участі в суспільстві. За оцінками, отриманими в межах дослідження глобального тягаря хвороб, понад 2,4 млрд осіб у світі мають стани здоров'я, що потребують реабілітації [39]. В Україні потреба в реабілітаційних послугах додатково зростає через наслідки воєнних дій з боку країни-агресора, загальних процесів старіння населення та поширення хронічних станів серед населення України в умовах тривалого стресу, зумовленого війною. Водночас ресурси, доступні для ефективного проведення реабілітації, залишаються обмеженими.

Перед інституціями публічного управління, в тому числі органами місцевого самоврядування, системами державної влади сектору безпеки і оборони, платниками податків та донорами актуалізовано потребу в обґрунтованих відповідях на запитання, за якими моделями доцільно фінансувати реабілітаційні послуги, як забезпечити стабільність ресурсів і як визначити, що вкладені в реабілітацію ресурси створюють відповідну цінність для людини, родини та суспільства. Складність в оцінці ефективності полягає в тому, що комплексні результати процесу реабілітації проявляються відтерміновано, розподіляються між різними суб'єктами та не

завжди мають чітко вимірюване ринкове вираження, а тому не відображаються у стандартній фінансовій звітності як окремий показник.

Реабілітація розглядається у сучасній науковій літературі та документах Всесвітньої організації охорони здоров'я як сукупність втручань, спрямованих на оптимізацію функціонування й зменшення обмежень життєдіяльності осіб із порушеннями здоров'я у взаємодії з їхнім середовищем [40]. Вітчизняне законодавство визначає реабілітацію у сфері охорони здоров'я як комплекс заходів, що забезпечують оптимальний рівень функціонування особи, її самостійності та участі в житті суспільства [3]. Ключовою концептуальною основою такого розуміння є біопсихосоціальна модель, закладена в Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), згідно з якою функціонування людини є результатом взаємодії стану здоров'я, функцій і структур організму, активності, участі, а також чинників довкілля й особистісних чинників [41].

Така концепція зумовлює міждисциплінарний характер реабілітації та визначає особливості її економічного аналізу. Результатом реабілітаційного втручання є не лише клінічне одужання, а й відновлення здатності до самообслуговування, навчання, праці та соціальної участі. З економічного погляду це означає, що ефекти реабілітації виникають на кількох рівнях: індивідуальному (якість життя, самостійність), домогосподарств (зменшення навантаження на родину), системи охорони здоров'я (скорочення потреби в повторних госпіталізаціях), системи соціального захисту (зменшення виплат і потреби в догляді) та економіки загалом (зайнятість, продуктивність, податкові надходження).

У теорії суспільних і охорони здоров'я поняття «ефективність» має кілька значень, які необхідно розрізняти. Класичним є підхід, що виокремлює три взаємопов'язані характеристики використання ресурсів: економність (мінімізація вартості придбаних ресурсів), продуктивність (співвідношення результату та витрат) і результативність (ступінь досягнення поставлених

цілей). Для оцінювання реабілітаційних програм доцільно розглядати такі види ефективності (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Види ефективності реабілітаційних втручань

Вид	Зміст	Типові показники
Клінічна (функціональна)	Досягнення змін у стані та функціонуванні пацієнта	Приріст за шкалами функціональної незалежності (наприклад, індекс Бартел), показники рухових та когнітивних функцій
Соціальна	Зміни в участі, самостійності та якості життя	Повернення до праці чи навчання, рівень залежності від догляду, суб'єктивна якість життя
Економічна	Співвідношення витрат і результатів з погляду суспільства або платника	Вартість випадку, вартість одиниці результату, ICER (інкрементальний коефіцієнт «витрати – результативність»), вартість QALY (року життя з поправкою на якість), SROI (соціальна віддача інвестицій)
Технічна (організаційна)	Раціональність використання ресурсів закладу	Середня тривалість перебування, завантаженість персоналу й обладнання
Алокаційна	Оптимальність розподілу ресурсів між напрямами й групами пацієнтів	Структура видатків між етапами реабілітації, територіальна рівність доступу

Відмінність між клінічною та економічною ефективністю має принципове значення, оскільки реабілітаційне втручання, яке забезпечує кращий клінічний результат, не обов'язково є економічно доцільним, якщо додаткова користь не виправдовує додаткових витрат. Водночас економічна ефективність без урахування якості та результатів спрощується до скорочення витрат і може шкодити пацієнтам. Тому сучасні підходи вимагають поєднання кількох видів ефективності в єдину систему оцінювання.

З позицій економічної теорії реабілітацію доцільно аналізувати щонайменше в трьох вимірах.

Інвестиція в людський капітал. Згідно з теорією людського капіталу, витрати, що підвищують здатність людини до продуктивної діяльності, є

інвестицією, яка приносить віддачу в майбутньому [42]. Модель Гроссмана розвиває цю ідею стосовно здоров'я, розглядаючи його як форму капіталу, що зношується з віком і може поповнюватися за рахунок інвестицій у медичну допомогу та інші ресурси [43]. У цій логіці реабілітація відновлює втрачені складові здоров'я та людського капіталу, а отже, збільшує обсяг часу, який людина може присвятити праці, навчанню й суспільному життю.

Позитивні екстерналії. Вигоди від реабілітації отримує не лише пацієнт: зростає зайнятість, зменшується навантаження на родину та систему догляду, скорочуються соціальні виплати, збільшуються податкові надходження. Оскільки частину цих вигід індивід або заклад не враховує у своїх рішеннях, ринок без втручання держави схильний до недофінансування реабілітації порівняно із суспільно оптимальним рівнем, що обґрунтовує публічну участь у фінансуванні.

Особливості ринку послуг охорони здоров'я. Як показав К. Ерроу, ринок медичних послуг характеризується невизначеністю потреби й результату, інформаційною асиметрією між надавачем і пацієнтом та специфічною роллю довіри [44]. Для реабілітації це проявляється у складності заздалегідь оцінити якість і результат послуги, а також у ризику моральної небезпеки при страхових механізмах оплати. Ці особливості пояснюють потребу в регулюванні, стандартах якості та механізмах оцінювання результатів.

Коректне економічне оцінювання потребує систематичної класифікації витрат і вигод залежно від перспективи аналізу: суспільства, платника, закладу чи пацієнта [45]. Узагальнений підхід подано в таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Класифікація витрат і вигод реабілітації

Категорія	Витрати	Вигоди
Прямі медичні	Оплата праці мультидисциплінарної команди, обладнання, медикаменти, перебування в закладі	Зменшення потреби в подальшому лікуванні, скорочення повторних госпіталізацій

Категорія	Витрати	Вигоди
Прямі немедичні	Транспорт, адаптація житла, допоміжні засоби, соціальні послуги	Зменшення витрат на сторонній догляд і соціальну підтримку
Непрямі (продуктивність)	Втрата доходу пацієнта та осіб, що здійснюють догляд, під час реабілітації	Повернення до праці, зростання продуктивності, податкові надходження
Нематеріальні	Психологічне навантаження, дискомфорт	Покращення якості життя, самостійності, психологічного добробуту

Важливим методичним питанням є вибір перспективи. З позиції платника (наприклад, державного фонду) враховуються переважно його власні видатки, тоді як суспільна перспектива охоплює всі витрати й вигоди незалежно від того, хто їх несе. Саме суспільна перспектива найбільш повно відображає цінність реабілітації, проте потребує більшого обсягу даних і припущень. Окремої уваги потребує врахування часового чинника: оскільки вигоди реабілітації проявляються з відставанням, їх необхідно дисконтувати до теперішньої вартості.

Основою економічного оцінювання є валідні показники результату. У реабілітації їх класифікують за рівнями МКФ: структури та функції організму, активність, участь [41]. На практиці для оцінки функціонального стану застосовують стандартизовані шкали, зокрема індекс Бартел та вимірювання функціональної незалежності (FIM), які дозволяють кількісно оцінити динаміку самообслуговування та мобільності.

Для економічного аналізу ці показники необхідно трансформувати в економічно значущі: наприклад, зв’язати приріст функціональної незалежності з обсягом потрібного догляду, а відновлення працездатності з доходом. Це створює методологічний міст до аналізу «витрати – результативність» та SROI, де клінічні й соціальні результати отримують вартісне вираження. Додатково використовують загальні показники якості життя й QALY (роки життя з поправкою на якість), які забезпечують порівнянність між різними напрямами реабілітації [45].

Результати досліджень і практичних програм вказують на низку чинників, що впливають на співвідношення витрат і результатів реабілітації. До них належать: своєчасність початку реабілітації; мультидисциплінарність команди та узгодженість її роботи; безперервність маршруту пацієнта між гострим, післягострим і довготривалим етапами; доказовість застосовуваних методів; відповідність інтенсивності втручання потребам пацієнта; залучення родини та використання послуг за місцем проживання; а також механізми фінансування й оплати, що створюють стимули до результату. Значення цих чинників залежить від виду порушення, тому кожен висновок про ефективність необхідно підтверджувати даними для конкретної категорії пацієнтів.

Реабілітація як об’єкт економічного аналізу має комплексну природу: її результати проявляються в клінічній, соціальній та економічній площинах, а вигоди розподіляються між різними суб’єктами й у часі. Теорія людського капіталу, концепція екстерналій та аналіз особливостей ринку охорони здоров’я обґрунтовують доцільність публічного фінансування й потребу в системному оцінюванні результативності. Класифікація витрат і вигод, вибір перспективи аналізу та валідні показники результату формують основу для застосування методів економічного оцінювання та SROI, а також для вибору моделей фінансування й стратегій диверсифікації ресурсів.

Моделі фінансування реабілітаційних послуг. Для аналізу систем фінансування охорони здоров’я і соціального захисту загальноприйнятим є функціональний підхід, відповідно до якого розрізняють три взаємопов’язані функції: збір ресурсів, об’єднання ресурсів у загальні фонди та придбання (закупівлю) послуг [46]. Саме поєднання способів реалізації цих функцій визначає модель фінансування. Збір ресурсів відповідає на питання, звідки надходять кошти (податки, внески, приватні платежі), об’єднання ресурсів характеризує, як розподіляється фінансовий ризик між членами спільноти, а закупівля послуг описує, яким чином і за якими правилами платник оплачує надавачам їхню роботу.

Для порівняння моделей у науковій літературі використовують такі критерії: достатність ресурсів, справедливість доступу, фінансовий захист населення, економічна ефективність і фінансова стійкість [46]. Застосування цих критеріїв до реабілітації потребує урахування її специфіки. У світовій практиці виділяють кілька типових моделей, які на практиці майже завжди поєднуються в різних пропорціях.

Бюджетна (податкова) модель, яку часто пов'язують з ім'ям У. Беверіджа, передбачає, що основним джерелом коштів є загальні податкові надходження, а послуги надаються переважно через державну чи комунальну мережу закладів або за державними замовленнями. Модель забезпечує високий рівень охоплення й керованість видатками, проте залежить від бюджетного циклу й політичних пріоритетів, що створює ризик недофінансування.

Страхова модель, пов'язана з ім'ям О. фон Бісмарка, ґрунтується на обов'язкових внесках працівників і роботодавців до фондів соціального чи медичного страхування. Платник, зазвичай страховий фонд, укладає договори з надавачами. Перевагою є стабільність і зв'язок внесків із правом на послуги, недоліком є залежність від ситуації на ринку праці та потреба додаткових механізмів для охоплення осіб, які не мають страхового стажу.

Змішана модель поєднує податкові, страхові та приватні джерела. Саме вона є найпоширенішою, а для реабілітації характерною особливо, оскільки послуги мають медичний, соціальний і професійний компоненти, які традиційно фінансуються з різних джерел. Наприклад, у Німеччині реабілітацію, спрямовану на повернення до праці, покривають системи соціального страхування, зокрема пенсійного та від нещасних випадків, а до її фінансування залучені й роботодавці [40].

Приватні платежі та добровільне страхування формують додаткове, а в окремих країнах і основне джерело фінансування реабілітації, особливо її тривалих та немедичних компонентів (догляд, допоміжні засоби, соціальна

адаптація). Високий рівень платежів із власної кишені підвищує ризик фінансових бар'єрів і нерівності доступу.

Порівняльну характеристику основних моделей подано в таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

Порівняльна характеристика моделей фінансування реабілітації

Модель	Основне джерело	Переваги	Ризики для реабілітації
Бюджетна	Податки	Універсальність охоплення, керованість видатків	Недофінансування, залежність від бюджетного циклу
Страхова	Внески роботодавців і працівників	Стабільність, зв'язок внесків і послуг	Вузьке охоплення, фрагментація між страховими фондами
Змішана	Податки, внески, приватні кошти	Гнучкість, багатоджерельність	Складність координації, ризик «прогалин» між секторами
Приватні платежі	Кошти населення	Швидкість доступу, вибір	Нерівність, фінансові бар'єри

Окрім моделі збору коштів, на результативність системи вирішальною мірою впливає спосіб оплати надавачів, оскільки він створює стимули щодо обсягу, якості й тривалості послуг. Основні механізми зведено в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4.

Механізми оплати реабілітаційних послуг

Механізм	Суть	Стимули	Ризики
Глобальний бюджет / постатейне фінансування	Фіксована сума на утримання закладу	Стримування видатків	Зниження мотивації до обсягів і якості, черги
Оплата за ліжко-день (добова ставка)	Оплата за кожний день перебування	Подовження терміну перебування	Невиправдано тривала госпіталізація
Оплата за випадок	Фіксований тариф за завершений випадок, нерідко залежно від групи складності пацієнтів	Ефективність використання ресурсів	Ризик відбору «легких» пацієнтів, скорочення термінів

Механізм	Суть	Стимули	Ризики
Оплата за послугу (fee-for-service)	Оплата кожної процедури чи візиту	Збільшення обсягу	Надмірна кількість послуг, зростання витрат
Оплата за результат (pay-for-performance)	Частина оплати залежить від досягнення визначених показників	Орієнтація на результат та якість	Складність вимірювання, ризик відбору пацієнтів

Приклад використання тарифів за випадком із урахуванням групи складності дає система проспективної оплати стаціонарних реабілітаційних закладів у США, де тариф залежить від функціонального стану пацієнта та супутніх станів [47]. Загальний висновок, що випливає з міжнародного досвіду, полягає в тому, що жоден окремий механізм не є універсальним, а ефективні системи поєднують кілька способів оплати, нерідко доповнюючи їх елементами оплати за результат.

Реабілітація має низку рис, що ускладнюють застосування стандартних моделей.

1. **Мультисекторальність.** Результат залежить від медичних, соціальних, освітніх і професійних втручань, які належать до компетенції різних відомств і платників. Це створює ризик «прогалин» у фінансуванні, коли жоден платник не бере на себе витрати на перехід між етапами.

2. **Тривалість і поетапність.** Реабілітація охоплює гострий, післягострий і довготривалий періоди та різні умови надання (стаціонарні, амбулаторні, домашні), які потребують узгодженого фінансування й маршрутизації пацієнта.

3. **Відкладений і розсіяний ефект.** Значна частина вигод, наприклад повернення до праці чи зменшення потреби в догляді, проявляється пізніше й отримується іншими суб’єктами, ніж ті, що фінансують послугу. Це зменшує зацікавленість окремого платника в інвестуванні, що аргументує потребу в міжвідомчому розподілі витрат і оцінюванні широкого ефекту.

4. **Навантаження на родини.** Витрати на догляд, допоміжні засоби та транспорт нерідко лягають на домогосподарства, що підвищує ризик фінансових труднощів і нерівності.

Правову основу фінансування становлять закони України про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [48] та про реабілітацію у сфері охорони здоров'я [3]. Відповідно до цієї моделі основним платником медичних послуг, зокрема реабілітаційної допомоги, є Національна служба здоров'я України, яка укладає договори із закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та оплачує послуги за визначеними пакетами й тарифами в межах Програми медичних гарантій [49]. Реабілітаційні пакети диференційовані за умовами та періодами надання допомоги.

Поряд із цим реабілітаційні послуги фінансуються за рахунок місцевих бюджетів, державних програм для окремих категорій отримувачів, зокрема ветеранів, осіб з інвалідністю та внутрішньо переміщених осіб, а також за рахунок міжнародної допомоги та благодійних коштів. Таким чином, українська модель має ознаки змішаної, у якій національний платник формує базовий обсяг фінансування, а решта джерел доповнює його [50]. Інституційні механізми цієї політики, зокрема роль системи Міністерства внутрішніх справ, і регіональні практики надання послуг розглянуто в підрозділі 3.1, а залучення донорських і благодійних коштів громадськими об'єднаннями для надання послуг ветеранам та їхнім родинам у підрозділі 3.2.

Обсяг публічних ресурсів, спрямованих на ветеранську політику, зростає: у проєкті державного бюджету на 2027 рік на її реалізацію передбачено 20,5 млрд грн, що на 3 млрд грн більше, ніж у поточному році, а нову сімейну реабілітацію з орієнтовним фінансуванням 1 млрд грн планують запускати спершу в пілотному форматі на базі двох закладів [1]. Видатки спрямовуються не лише на безпосередні послуги, а й на кадрове забезпечення: у бюджеті 2024 року на найм і підготовку понад п'яти тисяч

фахівців із супроводу ветеранів передбачено 3,8 млрд грн [8]. Така структура видатків робить питання результативності не менш важливим, ніж питання обсягу фінансування.

До проблем фінансування реабілітації в Україні належать: розрив фінансування й маршрутизації між етапами реабілітації; нерівномірність доступу між територіальними громадами; невідповідність тарифів реальній вартості послуг; нестача фахівців мультидисциплінарних команд; обмежене фінансування соціальних і професійних компонентів. Ці проблеми підсилюють значення диверсифікації ресурсів та інструментів оцінювання результативності, що дозволяють обґрунтувати доцільність інвестицій у реабілітацію для різних платників.

Моделі фінансування реабілітації, що склалися у світовій практиці, мають як переваги, так і обмеження, а найбільш стійкими виявляються змішані системи з чітким розподілом відповідальності між платниками. Механізми оплати формують стимули надавачів, тому їх вибір має узгоджуватися з цілями політики: доступністю, якістю та результативністю. Специфіка реабілітації, що полягає в мультисекторальності, тривалості та розсіяності ефектів, зумовлює необхідність координації джерел і платників та орієнтації на оцінку результатів.

Диверсифікація ресурсів реабілітаційних закладів і програм. Диверсифікація ресурсного забезпечення означає розширення переліку джерел і форм фінансування організації з метою зниження залежності від окремого платника та підвищення фінансової стійкості. Теоретичною основою такого підходу є концепція ресурсної залежності, згідно з якою організація, що отримує критично важні ресурси від обмеженого кола суб’єктів, стає вразливою до їхніх рішень і змушена підлаштовувати власну діяльність під їхні вимоги [51]. Для реабілітаційних закладів ця проблема є особливо гострою: попит на послуги зростає, а основні джерела фінансування, зокрема бюджетні кошти та договори з державним платником,

залишаються обмеженими і залежать від політичних та макроекономічних чинників.

Додатковою специфікою є тривалість реабілітаційних циклів. Результат лікування й відновлення досягається протягом кількох місяців, іноді років, тому переривання фінансування безпосередньо шкодить ефективності втручання, а отже, і всьому обсягу попередніх інвестицій. Це робить стабільність ресурсів не лише управлінським, а й економічним чинником результативності. Документи Всесвітньої організації охорони здоров'я наголошують на необхідності розширення фінансування реабілітаційних послуг і називають недостатнє або відсутнє фінансування серед бар'єрів доступності [40].

Джерела фінансування реабілітації доцільно групувати за характером власника ресурсу та умовами його надання.

1. **Публічні джерела:** кошти державного й місцевих бюджетів, оплата послуг за договорами з національним платником, цільові програми, зокрема для окремих категорій отримувачів (військовослужбовців, ветеранів, осіб з інвалідністю).

2. **Страхові джерела:** соціальне та добровільне медичне страхування, виплати страхових компаній за реабілітаційні програми.

3. **Міжнародні донорські ресурси:** гранти міжнародних організацій і фондів, гуманітарна допомога, технічна підтримка проєктів.

4. **Благодійні надходження:** внески фізичних осіб, благодійних фондів, краудфандинг.

5. **Корпоративні ресурси:** кошти бізнесу в межах корпоративної соціальної відповідальності, спонсорство, партнерські програми.

6. **Власні надходження:** платні послуги, співоплата, доходи від соціального підприємництва, оренда та інша допоміжна діяльність.

Узагальнену характеристику джерел подано в таблиці 4.5.

Таблиця 4.5

Порівняльна характеристика джерел ресурсів реабілітації

Джерело	Переваги	Ризики та обмеження	Стабільність
Публічні (бюджет, договори з платником)	Масштабність, передбачуваність	Залежність від бюджетного циклу, жорсткі вимоги до звітності та тарифів	Висока
Страхові	Орієнтація на результат, розширення покриття	Обмежене охоплення, ризик відбору пацієнтів	Середня
Міжнародні донорські	Значні обсяги, нові технології та практики	Проєктний характер, залежність від пріоритетів донорів	Низька або середня
Благодійні	Гнучкість використання	Нерегулярність, залежність від репутації	Низька
Корпоративні	Довгострокові партнерства, неґрошова підтримка	Залежність від економічної кон’юнктури, ризик змісту програм «під спонсора»	Середня
Власні надходження	Автономія, швидкість рішень	Обмежена платоспроможність частини пацієнтів, ризик зміщення місії	Середня

Окрім розширення переліку джерел, дедалі більшого значення набувають інструменти, що змінюють саму логіку залучення ресурсів.

Державно-приватне партнерство (ДПП). Дозволяє залучити приватний капітал, обладнання та управлінську експертизу до створення й експлуатації реабілітаційної інфраструктури за умови розподілу ризиків між партнерами. Для громад це спосіб оновити матеріально-технічну базу без одноразового навантаження на бюджет.

Соціальне замовлення. Передбачає фінансування громадських та приватних надавачів послуг за рахунок публічних коштів на конкурсних засадах. Механізм дозволяє розширити мережу надавачів і зосередити увагу платника на результатах, а не на утриманні інфраструктури.

Фінансування за результат та соціальні облігації впливу (SIB). У цій моделі приватний інвестор авансує реалізацію програми, а публічна

сторона відшкодовує інвестиції з премією лише в разі досягнення попередньо визначених результатів. Першу у світі соціальну облігацію впливу було запущено у Великій Британії 2010 року (проєкт у м. Пітерборо, спрямований на зменшення рецидивізму), а виплати інвесторам залежали від досягнутого результату [52]. Для реабілітації ця модель потенційно приваблива, оскільки результати (повернення до праці, скорочення витрат на догляд) піддаються вимірюванню. Водночас вона потребує надійної системи оцінювання, у якій застосування аналізу соціальної віддачі інвестицій (SROI) та інших методів є необхідною умовою.

Соціальне підприємництво. Створення при закладах чи громадських організаціях підрозділів, що виробляють товари або надають послуги (виробництво допоміжних засобів, майстерні, навчальні центри), дозволяє генерувати власний дохід і водночас забезпечувати зайнятість осіб з порушеннями функціонування.

Грантове та проєктне фінансування. Підходить для запуску пілотних програм і впровадження інновацій, проте через свою тимчасовість не повинно покривати базові операційні витрати. Приклади грантового й благодійного фінансування реабілітаційних проєктів громадських об’єднань наведено в підрозділі 3.2.

Ефективність залучення зовнішніх ресурсів значною мірою залежить від здатності закладу довести свою результативність. Результати SROI та інших оцінок виступають аргументом у діалозі з донорами, інвесторами й платниками, оскільки демонструють, яку цінність створює кожна вкладена одиниця коштів.

Диверсифікація не є самоціллю, і невиважене залучення нових джерел може створювати власні ризики. До основних належать: зростання адміністративного навантаження через різні вимоги до звітності; ризик зміщення місії, коли пріоритети закладу починають визначатися вимогами фінансувальників, а не потребами пацієнтів; фрагментарність програм;

залежність від тимчасових грантів, що не гарантують безперервності послуг [51].

Для управління цими ризиками доцільно застосовувати такі підходи:

– портфельний підхід до формування джерел із визначенням бажаної структури фінансування та граничної частки одного джерела (як орієнтир нерідко розглядають не більше 40–50 %, що має уточнюватися для конкретної організації);

– використання тимчасових і проєктних коштів для інновацій, а стабільних джерел для покриття базових витрат;

– формування фінансового резерву для періодів перебоїв у надходженнях;

– укладання багаторічних договорів і партнерських угод;

– запровадження єдиної системи моніторингу результатів, що відповідає вимогам різних фінансувальників.

Диверсифікація ресурсів є необхідною умовою сталого розвитку реабілітаційних послуг, особливо в умовах зростання потреб і обмеженості бюджетних коштів. Ефективна стратегія передбачає не просте збільшення кількості джерел, а збалансований портфель, у якому стабільні публічні надходження поєднано з гнучкими зовнішніми та власними ресурсами. Ключовою умовою залучення додаткових коштів є здатність довести результативність і соціально-економічну віддачу.

Методи оцінки економічної ефективності реабілітації. Економічне оцінювання в охороні здоров’я та соціальній сфері ґрунтується на порівнянні витрат і результатів альтернативних втручань, що дозволяє визначити, які з них забезпечують найкращу віддачу за обмежених ресурсів [45]. У реабілітації вибір методу має особливе значення, оскільки результати втручань є багатовимірними: вони охоплюють функціональні зміни, якість життя, трудову активність і зміни в навантаженні на родину та системи соціального захисту. Це зумовлює потребу в поєднанні кількох підходів, кожен з яких має власну логіку вимірювання результату.

До основних методів належать аналіз «витрати – вигоди» (CBA), аналіз «витрати – результативність» (CEA), аналіз «витрати – корисність» (CUA), аналіз впливу на бюджет (BIA) та розрахунок рентабельності інвестицій (ROI). Окремою групою розглядають аналіз мінімізації витрат (CMA), який застосовується, коли результати порівнюваних втручань вважаються еквівалентними і різняться лише витратами [45].

Сутність CBA полягає в тому, що і витрати, і результати виражаються в грошових одиницях, що дозволяє безпосередньо порівняти їх між собою та з іншими напрямами інвестування. Основними показниками є чиста приведена вартість і співвідношення вигод і витрат:

$$\mathbf{NPV = \Sigma\,(B_t - C_t) / (1 + r)^t;\quad BCR = PV(B) / PV(C),}$$

де B_t і C_t — вигоди та витрати в період t; r — ставка дисконтування; PV — приведена вартість; NPV — чиста приведена вартість; BCR — співвідношення вигод і витрат. Втручання вважається доцільним, якщо NPV є додатною, а BCR перевищує одиницю.

Перевагою методу є універсальність і можливість порівнювати програми різної природи. Водночас у реабілітації його застосування ускладнене необхідністю монетизації нематеріальних результатів, таких як якість життя чи самостійність пацієнта, що потребує використання проксі-показників і додаткових припущень.

Аналіз «витрати – результативність» (CEA). У CEA витрати вимірюються в грошових одиницях, а результат у натуральних, клінічно або функціонально значущих одиницях: приріст показника функціонування за обраною шкалою, кількість пацієнтів, які досягли самообслуговування, кількість днів без залежності від догляду. Порівняння альтернатив здійснюється за допомогою інкрементального коефіцієнта «витрати – результативність» (ICER):

$$\mathbf{ICER = (C_1 - C_0) / (E_1 - E_0),}$$

де C_1 і E_1 — витрати та результативність нового втручання; C_0 і E_0 — витрати та результативність альтернативи. Показник вказує, скільки

додаткових коштів потрібно для отримання однієї додаткової одиниці результату [45]. Обмеженням CEA є неможливість порівнювати програми з різними одиницями результату, адже показники функціонування в різних напрямах реабілітації (неврологічна, кардіологічна, травматологічна) не є співмірними.

Аналіз «витрати – корисність» (CUA). CUA є різновидом CEA, у якому результат виражається в універсальних одиницях корисності, найчастіше в роках життя з поправкою на якість (QALY) або в роках життя, скоригованих на інвалідність (DALY). Це дозволяє порівнювати втручання різного профілю, оскільки показник відображає і тривалість, і якість прожитого життя. Результатом є вартість одного отриманого QALY, яку зіставляють із прийнятим у системі пороговим значенням готовності платити.

Для реабілітації метод є релевантним, оскільки її основна мета полягає саме в покращенні якості життя, а не лише в продовженні його тривалості. Проте використання QALY вимагає застосування стандартизованих опитувальників корисності, а обмежена чутливість цих інструментів до змін функціонування може занижувати оцінку ефекту реабілітаційних програм.

Аналіз впливу на бюджет (BIA) та ROI. Аналіз впливу на бюджет відповідає на інше запитання: не «чи ефективне втручання», а «чи доступне воно платнику». BIA оцінює, як упровадження програми змінить видатки конкретного бюджету або фонду протягом короткого горизонту, зазвичай від одного до п’яти років. Тому метод використовують разом із CEA чи CUA: втручання може бути економічно ефективним, але недосяжним через обмежений бюджет.

Показник ROI розраховується як відношення чистого прибутку до витрат, виражене у відсотках: **ROI = (Дохід − Витрати) / Витрати × 100 %**. Його застосування в реабілітації обмежене, оскільки він враховує переважно фінансові потоки організації та не фіксує вигод, що виникають поза її межами [53].

Узагальнення особливостей розглянутих методів подано в таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

Порівняльна характеристика методів економічного оцінювання

Метод	Вимірювання результату	Основне запитання	Обмеження в реабілітації
CBA	Грошові одиниці	Чи перевищують вигоди витрати?	Складність монетизації нематеріальних результатів
CEA	Натуральні (функціональні) одиниці	Яка вартість додаткової одиниці результату?	Неспівмірність результатів різних програм
CUA	QALY, DALY	Яка вартість одного QALY?	Обмежена чутливість інструментів оцінки корисності
BIA	Зміна видатків бюджету	Чи доступне втручання платнику?	Не оцінює результативність
ROI	Фінансовий прибуток	Яка фінансова віддача для організації?	Ігнорує ефекти поза межами організації
SROI	Грошовий вираз соціальної цінності	Яку цінність створено на одиницю інвестицій?	Залежність від проксі та припущень

Вибір методу визначається метою оцінювання, адресатом результатів і доступністю даних. Якщо необхідно обрати найбільш результативну з кількох реабілітаційних технологій, доцільним є CEA або CUA. Якщо потрібно обґрунтувати інвестиції для донорів, громади чи органів місцевої влади, найбільш придатними є CBA та SROI, які враховують ширше коло вигод. Для планування видатків платника необхідним доповненням стає BIA.

На практиці найбільш обґрунтованим є комбінований підхід, за якого різні методи взаємно доповнюють один одного, а SROI виступає інтегрувальним інструментом, що розширює межі традиційного CBA за рахунок включення інтересів заінтересованих сторін [53].

SROI: методологія та застосування в реабілітації. Аналіз соціальної віддачі інвестицій (Social Return on Investment, SROI) є різновидом аналізу «витрати – вигоди», який розширює традиційні підходи до оцінювання за рахунок включення соціальних, економічних і екологічних змін, що не знаходять відображення у фінансовій звітності організації. Суть методу полягає у співставленні грошового виразу соціальної цінності, створеної

втручанням, із вартістю ресурсів, інвестованих для її створення [53]. Результат виражається у вигляді співвідношення, що показує, скільки одиниць соціальної цінності припадає на одну інвестовану одиницю.

Для реабілітації метод має особливу цінність, оскільки значна частина ефектів реабілітаційних програм виникає поза межами закладу, що надає послугу. Покращення функціонування пацієнта відображається у зменшенні потреби в сторонньому догляді, поверненні до зайнятості, скороченні повторних госпіталізацій та зниженні навантаження на родину. Ці вигоди отримують різні заінтересовані сторони, тоді як витрати переважно несе одна сторона, зазвичай платник або заклад.

Методологія SROI ґрунтується на сукупності принципів, які визначають якість оцінювання: залучення заінтересованих сторін; розуміння того, що змінюється; оцінювання того, що має значення; включення лише суттєвих чинників; уникнення завищення результатів; прозорість; верифікація результатів [53]. Практичне значення принципу «уникнення завищення» полягає в обов'язковому коригуванні валових результатів на частку змін, які відбулися б і без втручання, або які зумовлені діями інших суб'єктів.

Процедура SROI передбачає шість послідовних етапів [53].

1. **Визначення сфери охоплення та заінтересованих сторін (стейкголдерів).** Встановлюються межі аналізу (програма, заклад, горизонт оцінювання) та групи, на які впливає втручання.

2. **Побудова карти результатів.** Для кожної групи заінтересованих сторін формується логічний ланцюг «ресурси – діяльність – безпосередні результати – результати (зміни)».

3. **Підтвердження результатів і присвоєння їм вартості.** Визначаються індикатори змін і фінансові проксі, тобто грошові еквіваленти для результатів, що не мають ринкової ціни.

4. **Визначення чистого впливу.** Валові результати коригуються на чотири чинники: частку змін, які відбулися б і без втручання (deadweight),

частку, зумовлену діями інших суб'єктів (attribution), витіснення результатів в інших місцях (displacement) та згасання ефекту з часом (drop-off).

5. **Розрахунок показника.** Майбутні вигоди дисконтуються до теперішньої вартості та порівнюються з обсягом інвестицій.

6. **Звітування, використання та впровадження.** Результати інтерпретуються, верифікуються заінтересованими сторонами та інтегруються в управлінські рішення.

Розрахунок здійснюється за формулою:

$$\mathbf{SROI = PV(CB) / I,}$$

де PV(CB) — приведена вартість соціальних вигод після коригування на чистий вплив; I — вартість інвестицій. Чистий показник визначається як **(PV(CB) − I) / I**. Значення SROI, що перевищує одиницю, свідчить про те, що створена соціальна цінність більша за вкладені ресурси.

Специфіка реабілітаційних послуг зумовлює низку методичних рішень на кожному з етапів.

Заінтересовані сторони. Основними групами є пацієнти, члени їхніх родин і особи, які здійснюють догляд, роботодавці, держава в особі платників (Національна служба здоров'я України, фонди соціального захисту, бюджети громад), сам заклад і територіальна громада. Для кожної групи необхідно окремо визначити, які зміни вона відчуває.

Результати та індикатори. У реабілітації доцільно пов'язувати результати з функціональними показниками, зокрема з використанням Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [41], а також із соціальними індикаторами: поверненням до праці або навчання, ступенем самообслуговування, рівнем психологічного добробуту, участю в житті громади.

Фінансові проксі. Типовими еквівалентами є середній заробіток за посадою чи професією, на яку повертається пацієнт; вартість годин догляду; вартість госпіталізації або тарифи на медичні послуги; обсяг соціальних

виплат, що скорочуються [53]. Принципово важливо, щоб кожен проксі мав обґрунтоване джерело, а вибір ціни був прозорим.

Часовий горизонт. Ефекти реабілітації можуть зберігатися кілька років, тому горизонт оцінювання потрібно встановлювати з урахуванням доказів тривалості змін і закладати поступове зменшення ефекту (*drop-off*).

Для демонстрації логіки методу розглянемо умовну програму амбулаторної реабілітації для 100 пацієнтів тривалістю 12 місяців. Усі наведені значення є **гіпотетичними** і використовуються лише для пояснення алгоритму.

Обсяг інвестицій становить 3 000 000 грн. Передбачувані результати та їхня вартість подано в таблиці 4.7.

Таблиця 4.7

Валова вартість результатів (гіпотетичний приклад)

Результат	Кількість осіб	Проксі, грн/особу	Вартість, грн
Повернення до зайнятості	30	150 000	4 500 000
Зменшення потреби в сторонньому догляді	25	60 000	1 500 000
Уникнення повторних госпіталізацій	20	40 000	800 000
Разом (валова вартість)			**6 800 000**

Коригування на чистий вплив здійснюється з урахуванням частки змін, які відбулися б і без втручання (deadweight), на рівні 20 % та частки, зумовленої діями інших суб’єктів (attribution), на рівні 10 %. Витіснення результатів (displacement) для спрощення не враховується. Чиста вартість першого року дорівнює 6 800 000 × (1 − 0,20) × (1 − 0,10) = 4 896 000 грн. Припускається, що ефект зберігається протягом трьох років зі щорічним згасанням ефекту (drop-off) на 10 %, а ставка дисконтування становить 5 %. Результати розрахунку наведено в таблиці 4.8.

Таблиця 4.8

Дисконтування чистої вартості вигод (гіпотетичний приклад)

Рік	Чиста вартість, грн	Коефіцієнт дисконтування	Приведена вартість, грн
1	4 896 000	1/1,05	4 662 857
2	4 406 400	$1/1{,}05^2$	3 996 735
3	3 965 760	$1/1{,}05^3$	3 425 773
Разом			**12 085 365**

Тоді SROI = 12 085 365 / 3 000 000 ≈ 4,03, тобто на кожну гривню інвестицій припадає приблизно 4,03 грн соціальної цінності, а чистий показник становить ≈ 3,03. Для практичного використання такий розрахунок необхідно доповнити аналізом чутливості: зміною частки змін, які відбулися б і без втручання, ставки дисконтування, горизонту та величини проксі, щоб показати діапазон можливих значень, а не єдине число.

Попри аналітичні можливості SROI, його застосування супроводжується низкою обмежень. По-перше, вибір фінансових проксі значною мірою залежить від суб'єктивних суджень, що знижує порівнянність показників між програмами та організаціями. По-друге, оцінювання потребує якісних даних про результати, збирання яких є ресурсномістким. По-третє, існує ризик завищення результатів за відсутності обґрунтованих коригувань. По-четверте, SROI не замінює клінічної оцінки ефективності втручань і має використовуватися разом із нею. З огляду на це, результати SROI слід інтерпретувати як обґрунтований орієнтир для управлінських і фінансових рішень, а не як абсолютну міру цінності програми.

Підсумовуючи, можна зробити такі висновки:

1. Реабілітація є комплексним об'єктом економічного аналізу, результати якого проявляються в клінічній, соціальній та економічній площинах і розподіляються між пацієнтом, родиною, системами охорони здоров'я та соціального захисту, а також економікою загалом. Теорія людського капіталу, концепція позитивних екстерналій та особливості ринку

медичних послуг обґрунтовують доцільність публічного фінансування реабілітації й потребу в системному оцінюванні її результативності. Коректне оцінювання вимагає чіткого розмежування видів ефективності, класифікації витрат і вигод та вибору перспективи аналізу (платника чи суспільства).

2. У світовій практиці реабілітація фінансується за бюджетною, страховою, змішаною моделями та за рахунок приватних платежів, причому найбільш стійкими виявляються змішані системи з чітким розподілом відповідальності між платниками. Вибір механізму оплати (глобальний бюджет, добова ставка, оплата за випадок чи послугу, оплата за результат) формує стимули надавачів, тому має узгоджуватися з цілями політики щодо доступності, якості та результативності. Специфіка реабілітації, що полягає в мультисекторальності, тривалості та розсіяності ефектів, потребує координації джерел і платників. Українська модель має ознаки змішаної, де національний платник формує базовий обсяг фінансування, а решту покривають місцеві бюджети, державні програми, міжнародна допомога та благодійні кошти.

3. Залежність від окремого джерела фінансування створює ризики для безперервності реабілітаційних циклів. Диверсифікація, що охоплює публічні, страхові, донорські, благодійні, корпоративні та власні надходження, а також інструменти ДПП, соціального замовлення, фінансування за результат і соціального підприємництва, підвищує фінансову стійкість. Водночас вона потребує управління ризиками: адміністративним навантаженням, зміщенням місії та залежністю від тимчасових грантів. Оптимальною є портфельна стратегія, у якій стабільні джерела покривають базові витрати, а проєктні й зовнішні ресурси спрямовуються на розвиток та інновації.

4. Жоден із методів економічного оцінювання (CBA, CEA, CUA, BIA, ROI) не є універсальним: вони відповідають на різні запитання й мають власні обмеження в реабілітації, насамперед труднощі монетизації

нематеріальних результатів, неспівмірність показників і ігнорування ефектів поза межами організації. Найбільш обґрунтованим є комбінований підхід, що враховує мету оцінювання, адресата результатів і доступність даних.

5. Аналіз SROI розширює межі традиційного аналізу «витрати – вигоди» за рахунок включення інтересів заінтересованих сторін та коригувань на чистий вплив (частка змін, які відбулися б і без втручання, частка інших суб'єктів, витіснення, згасання ефекту) і дисконтування. Ілюстративний розрахунок показав, що метод дозволяє виразити соціальну цінність програми у співвідношенні до інвестицій і виявити, які результати формують основну частину вигод. Водночас метод залежить від вибору фінансових проксі та якості даних, не замінює клінічної оцінки, а його результати слід інтерпретувати як обґрунтований орієнтир із обов'язковим аналізом чутливості.

Сформовані висновки стають підставою для формулювання практичних рекомендацій для низки суб'єктів, залучених до системи реабілітації:

– *керівникам закладів та програм:* формувати портфель джерел фінансування з визначенням граничної частки окремого джерела, резервом для періодів перебоїв і багаторічними договорами; запровадити єдину систему моніторингу результатів за функціональними та соціальними індикаторами, придатну для різних фінансувальників;

– *органам місцевого самоврядування та платникам:* поєднувати механізми оплати з елементами оплати за результат, забезпечувати безперервність маршруту пацієнта між етапами реабілітації та міжвідомчу координацію фінансування медичних, соціальних і професійних компонентів;

– *суб'єктам, що обґрунтовують інвестиції перед громадою, донорами й інвесторами:* застосовувати SROI разом із CEA/CUA та BIA, оприлюднюючи припущення, джерела проксі й результати аналізу чутливості;

– *науковцям та аналітикам:* накопичувати дані про результати й вартість реабілітації за категоріями пацієнтів, що дозволить замінити гіпотетичні припущення реальними та підвищити надійність оцінок.

Висновки до розділу 4

Проведений аналіз засвідчує, що реабілітацію представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей у поствоєнний період доцільно розглядати одночасно як управлінську, інституційну та економічну проблему. Українська система вже має базові інститути й нормативну основу: закріплено біопсихосоціальний підхід, запроваджено інститут фахівців супроводу ветеранів і трирівневу психологічну допомогу, а накопичений досвід привертає увагу міжнародних партнерів. Водночас інституційна архітектура залишається фрагментованою: паралельні документи реабілітаційного планування, розподіл відповідальності між кількома центральними відомствами та окрема відомча модель МВС не складаються в єдиний простежуваний маршрут, а стандарти якості й обов’язкові критерії результативності майже відсутні.

Громадський сектор закриває частину цієї прогалини, виконуючи одночасно три ролі: організатора ресурсу в мережах і коаліціях, співавтора політики та незалежного контролера її виконання, безпосереднього надавача послуг (від мобільних груп до підходу «рівний-рівному»). Саме поєднання цих ролей, а не окремі проєкти, робить його практики інноваційними. Проте вони залежать від грантового циклу й приватної філантропії, а їхня інтеграція в державну систему залишається неповною.

Спільною слабкістю обох рівнів є нестабільність фінансування та відсутність системної оцінки результатів. Економічний аналіз показує, що результати реабілітації розподілені в часі й між суб’єктами, тому її доцільно розглядати як інвестицію в людський капітал, а не лише як видатки. Змішана модель фінансування, диверсифікація джерел за умови управління ризиками (адміністративним навантаженням, зміщенням місії, залежністю від

тимчасових грантів) і комбінований набір методів оцінювання (CBA, CEA, CUA, BIA), доповнений аналізом соціальної віддачі інвестицій (SROI), дають змогу обґрунтувати цінність послуг для держави, громад, донорів і самих отримувачів.

Отже, напрями вдосконалення полягають в узгодженні наявних елементів системи в один маршрут із чіткими критеріями результативності, у поєднанні механізмів оплати з елементами оплати за результат на багатоджерельній фінансовій основі та в запровадженні єдиної системи моніторингу результатів реабілітації, придатної для різних платників і фінансувальників.

Список використаних джерел

1. Мінветеранів планує запустити новий напрям – сімейну реабілітацію. Міністерство у справах ветеранів України. URL: https://mva.gov.ua/prescenter/category/86-novini/u-proekti-derzhbudzhetu-na-2027-rik-na-veteransku-politiku-peredbacheno-205-mlrd-grn--na-3-mlrd-bilshe-nizh-tsogo-roku-1 (дата звернення: 15.09.2026).
2. Державна політика щодо ветеранів війни : аналітична доповідь / Р. В. Власенко, І. В. Гущук, Я. А. Жаліло та ін. ; Національний інститут стратегічних досліджень. Київ, 2025.
3. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text (дата звернення: 15.09.2026).
4. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text (дата звернення: 15.09.2026).
5. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text (дата звернення: 15.09.2026).

6. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text (дата звернення: 15.09.2026).

7. Француз-Яковець Т. А., Мунька О. М. Правові механізми модернізації реабілітаційної допомоги в Україні в умовах воєнного стану. Legal Bulletin. 2025. № 4 (18). С. 103–108.

8. Чальцева О., Куран О. Державна політика реабілітації ветеранів в Україні. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування. 2025. № 18.

9. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями : Постанова Кабінету Міністрів України від 18.10.1999 № 1923. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1923-99-п#Text (дата звернення: 15.09.2026).

10. Кузьменко О. В., Чорна В. Г., Стріяшко Г. М. Механізми публічного адміністрування фізичної культури як інструменту реабілітації поранених військовослужбовців у системі державної політики України. Dictum Factum. 2025. № 2 (18). С. 277–284.

11. Ветеранська політика та реабілітація. Офіційний вебсайт Міністерства внутрішніх справ України. URL: https://mvs.gov.ua/news/dlia-veteraniv-i-z-veteranami (дата звернення: 15.09.2026).

12. «МВС: Твоя підтримка» – новий портал для ветеранів, поранених, звільнених з полону військовослужбовців та їхніх родин. Офіційний вебсайт Міністерства внутрішніх справ України. URL: https://mvs.gov.ua/news/mvs-tvoia-pidtrimka-novii-portal-dlia-veteraniv-poranenix-zvilnenix-z-polonu-viiskovosluzbovciv-ta-yixnix-rodin (дата звернення: 15.09.2026).

13. Освіта, що допомагає відновитися: доступні програми, супровід та нові можливості для ветеранів у системі МВС. Офіційний вебсайт Міністерства внутрішніх справ України. URL: https://mvs.gov.ua/news/osvita-

shho-dopomagaje-vidnovitisia-dostupni-programi-suprovid-ta-novi-mozlivosti-dlia-veteraniv-u-sistemi-mvs (дата звернення: 15.09.2026).

14. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб : Постанова Кабінету Міністрів України від 29.11.2022 № 1338. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-п#Text (дата звернення: 15.09.2026).

15. Забуранна Л. Україна може стати центром формування європейської ветеранської політики. Укрінформ. 30.09.2026. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-society/4169382-ukraina-moze-stati-centrom-formuvanna-evropejskoi-veteranskoi-politiki-zaburanna.html (дата звернення: 15.09.2026).

16. Досвід Полтавщини у реабілітації ветеранів війни. Укрінформ, 24.04.2025. URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-regions/3985509-dosvid-poltavsini-u-reabilitacii-veteraniv-vijni.html (дата звернення: 15.09.2026).

17. Одещина ділиться досвідом спортивної реабілітації ветеранів. Конгрес місцевих та регіональних влад при Президентові України, 29.07.2026. URL: https://www.congress.gov.ua/odeshchyna-dilytsia-dosvidom-sportyvnoi-reabilitatsii-veteraniv/ (дата звернення: 15.09.2026).

18. Виїхали з Краматорська, але продовжують допомагати: як працює Центр підтримки ветеранів після релокації. Армія FM, 29.09.2026. URL: https://www.armyfm.com.ua/vyikhaly-z-kramatorska-ale-prodovzhuiut-dopomahaty-iak-pratsiuie-tsentr-pidtrymky-veteraniv-pislia-relokatsii/ (дата звернення: 15.09.2026).

19. Вони наближають перемогу: 20-й реабілітаційний центр для поранених військових мережі RECOVERY розпочав роботу на Київщині. NV, 20.07.2026. URL: https://nv.ua/ukr/ukraine/events/viyna-v-ukrajini-merezha-recovery-vidkrila-yuvileyniy-20-reabilitaciyniy-centr-na-kijivshchini-50620739.html (дата звернення: 15.09.2026).

20. На Київщині відкрили новий простір для ветеранів і військових: яку допомогу надають. Київщина 24/7, 26.09.2026. URL: https://kyivschina24.com/news/u-kyyevi-vidkryly-novyj-prostir-dlya-veteraniv-i-vijskovyh-yaku-dopomogu-nadayut/ (дата звернення: 15.09.2026).

21. Шлях до відновлення: у Кропивницькому відкрили центр ментального здоров'я для військових та ветеранів. VETERAN.COM.UA, 29.10.2025. URL: https://veteran.com.ua/news/view/shlyah-do-vidnovlennya-u-kropivnitskomu-vidkrili-tsentr-mentalnogo-zdorovya-dlya-vijskovih-ta-veteraniv (дата звернення: 15.09.2026).

22. У Рівному відкрили вже п'ятий центр ментального здоров'я всеукраїнської мережі ПОВЕРНЕННЯ. Інтерфакс-Україна. URL: https://interfax.com.ua/news/press-release/1117043.html (дата звернення: 15.09.2026).

23. Рівненська ОДА оголосила про початок стратегічної співпраці з "Новою поштою" для підтримки реабілітації ветеранів. Інтерфакс-Україна. URL: https://interfax.com.ua/news/general/990151.html (дата звернення: 15.09.2026).

24. На Рівненщині фахівці супроводу ветеранів опрацювали понад 43 тисячі звернень. 7 днів, 10.05.2026. URL: https://7dniv.rv.ua/suspilstvo/pidtrymka-veteraniv-rivnenshchyna-suprovid-rezultaty/ (дата звернення: 15.09.2026).

25. На Рівненщині запрацює мобільна група підтримки ветеранів у громадах. 7 днів. URL: https://7dniv.rv.ua/suspilstvo/na-rivnenshchyni-zapratsiuie-mobilna-hrupa-pidtrymky-veteraniv/ (дата звернення: 15.09.2026).

26. Рівненщина та Албанія розширюють партнерство: оздоровлення дітей і реабілітація понад 100 ветеранів. 7 днів. URL: https://7dniv.rv.ua/suspilstvo/pidtrymka-veteraniv-rivnenshchyna/ (дата звернення: 15.09.2026).

27. Досвід реабілітації військовослужбовців у державах-членах ЄС : аналітичний огляд / Програма USAID RANG. Лютий 2024. URL:

https://internews.ua/storage/app/media/rang/2024/5/EU_rehabilitation_experience.pdf (дата звернення: 15.09.2026).

28. MHP Standing Together. Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/MHP_Standing_Together (дата звернення: 15.09.2026).

29. Про хаб. Veteran Hub. URL: https://veteranhub.com.ua/pro-hub/ (дата звернення: 15.09.2026).

30. Фонд Віктора Пінчука. Veteran Hub. URL: https://pinchukfund.org/ua/projects/18978/ (дата звернення: 15.09.2026).

31. Ветеранські простори об'єдналися в коаліцію. Міжнародний фонд "Відродження". URL: https://www.irf.ua/veteranski-prostory-obyednalysya-v-koalicziyu/ (дата звернення: 15.09.2026).

32. Коаліція ветеранських просторів провела стратегування. Міжнародний фонд "Відродження". URL: https://www.irf.ua/koalicziya-veteranskyh-prostoriv-provela-strateguvannya/ (дата звернення: 15.09.2026).

33. «Коаліція ветеранських просторів»: громадянське суспільство об'єднується для допомоги ветеранам. АрміяInform, 20.02.2025. URL: https://armyinform.com.ua/2025/02/20/koalicziya-veteranskyh-prostoriv-gromadyanske-suspilstvo-obyednuyetsya-dlya-dopomogy-veteranam/ (дата звернення: 15.09.2026).

34. Концепція державної політики щодо ветеранів і ветеранок : експертний огляд та рекомендації Коаліції громадських організацій / Ветеран Хаб, Принцип, Юридична сотня, Простір Можливостей. 2025. URL: https://www.pryncyp.org/wp-content/uploads/2025/12/derzhavna-veteranska-polityka-1.pdf (дата звернення: 15.09.2026).

35. Досвід ветеранів та ветеранок: моніторинг установ. Принцип. URL: https://www.pryncyp.org/analytics/dosvid-veteraniv-ta-veteranok-monitoryng-ustanov/ (дата звернення: 15.09.2026).

36. Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долання несистемності. Принцип. URL: https://www.pryncyp.org/analytics/rehabilitation/ (дата звернення: 15.09.2026).

37. Про попередній звіт Тимчасової слідчої комісії Верховної Ради України з питань розслідування можливих фактів порушень законодавства України щодо фінансування лікування та реабілітації військовослужбовців у медичних закладах. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3850-20 (дата звернення: 15.09.2026).

38. Подворчанська В., Полек Т., Лисенко Є., Бевзюк Д., Гриценко Г. Підхід «рівний-рівному» у реабілітації військовослужбовців та ветеранів: між гнучкістю та стандартизацією. Дослідження міжнародного досвіду та практик в Україні. Київ, 2025. URL: https://www.pryncyp.org/wp-content/uploads/2025/11/rivnyj-rivnomu.pdf (дата звернення: 15.09.2026).

39. Cieza A., Causey K., Kamenov K. et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis. The Lancet. 2020. Vol. 396, № 10267. P. 2006–2017.

40. Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: World Health Organization, 2017. 93 c. URL: https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/rehab2030meetingreport_plain_text_version.pdf (дата звернення: 15.09.2026).

41. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, 2001. URL: https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/docs/5210-preklad_mkf_dorosla_v_docx.pdf (дата звернення: 15.09.2026).

42. Becker G. S. Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education. New York: National Bureau of Economic Research, 1964.

43. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. Journal of Political Economy. 1972. Vol. 80, № 2. P. 223–255.

44. Arrow K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review. 1963. Vol. 53, № 5. P. 941–973.

45. Drummond M. F., Sculpher M. J., Claxton K., Stoddart G. L., Torrance G. W. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.

46. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy. 2001. Vol. 56, № 3. P. 171–204.

47. Carter G. M., Relles D. A., Ridgeway G. K., Rimes C. M. Measuring function for Medicare inpatient rehabilitation payment. Health Care Financing Review. 2003. Vol. 24, № 3. P. 25–44. URL: https://www.cms.gov/files/document/review03springpg25ppdf (дата звернення: 15.09.2026).

48. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19 (дата звернення: 15.09.2026).

49. Програма медичних гарантій: пакети медичних послуг та тарифи. Національна служба здоров'я України : вебсайт. URL: https://nszu.gov.ua/gromadianam/programa-medicnix-garantii (дата звернення: 15.09.2026).

50. Кужелєв М. О., Нечипоренко А. В. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. Європейський науковий журнал економічних та фінансових інновацій. 2024. № 1(13). С. 85–94. DOI: https://doi.org/10.32750/2024-0109 (дата звернення: 15.09.2026).

51. Pfeffer J., Salancik G. R. The external control of organizations: a resource dependence perspective. New York: Harper & Row, 1978.

52. Pioneered by Social Finance: The World's first Social Impact Bond (SIB). Social Finance : website. URL: https://www.socialfinance.org.uk/peterborough-social-impact-bond (дата звернення: 15.09.2026).

53. Nicholls J., Lawlor E., Neitzert E., Goodspeed T. A guide to Social Return on Investment. London: The SROI Network, 2012. URL: https://socialvalueuk.org/resource/a-guide-to-social-return-on-investment-2012/ (дата звернення: 15.09.2026).

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження теоретико-правових, психологічних, фізичних, організаційно-управлінських та економічних аспектів реабілітації представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей в Україні дає підстави для формулювання таких узагальнених висновків.

1. За результатами дослідження теоретико-правових засад реабілітації встановлено, що реабілітація представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей є комплексним міждисциплінарним процесом, спрямованим на відновлення фізичного, психологічного, соціального та професійного функціонування особистості, збереження сімейного благополуччя й забезпечення належної якості життя. Її значення в умовах війни та поствоєнного відновлення виходить за межі медичної допомоги й охоплює питання соціальної адаптації, відновлення особистісних ресурсів, професійної реалізації та повернення до повноцінної участі в суспільному житті.

Визначено, що зміст реабілітації доцільно розглядати через взаємопов’язані медичний, фізичний, психологічний, соціальний і професійний напрями, які мають реалізовуватися на основі індивідуалізованого та сімейно орієнтованого підходів. Аналіз нормативно-правового регулювання засвідчив важливість міжнародних стандартів у сфері прав людини, національного законодавства про охорону здоров’я, соціальний захист, реабілітацію та гарантії для осіб, які захищають державу. Водночас актуальним залишається вдосконалення механізмів міжвідомчої взаємодії, правових гарантій доступності послуг, координації суб’єктів реабілітаційного процесу та забезпечення безперервності допомоги. Обґрунтовано, що сім’ї представників сектору безпеки і оборони мають розглядатися не лише як ресурс підтримки особи, яка проходить реабілітацію, а й як самостійні отримувачі відповідних послуг.

2. За результатами дослідження сучасних підходів і практик психологічного відновлення та поствоєнної реінтеграції встановлено, що воєнний досвід може зумовлювати довготривалі психологічні наслідки, зокрема посттравматичні стресові реакції, тривожні й депресивні прояви, емоційне виснаження, порушення міжособистісної взаємодії, труднощі професійної та соціальної адаптації. При цьому психологічного супроводу потребують не лише безпосередні учасники бойових дій, а й члени їхніх сімей, які переживають вторинний травматичний стрес, втрати, тривалу розлуку, зміну сімейних ролей та необхідність пристосування до нових життєвих умов.

Визначено перспективність застосування травма-інформованого, ресурсно орієнтованого, когнітивно-поведінкового, сімейно системного та інтегративного підходів до психологічної реабілітації. Особливого значення набувають практики розвитку резильєнтності, емоційної саморегуляції, усвідомленості, відновлення міжособистісної довіри, посттравматичного зростання та формування конструктивних стратегій подолання стресу. Обґрунтовано доцільність упровадження сімейно орієнтованих програм, груп взаємопідтримки, психоосвітніх заходів, індивідуального та групового консультування, а також цифрових засобів психологічної допомоги. Встановлено, що посттравматичне зростання та професійна реінтеграція мають розглядатися як важливі результати відновлення, які передбачають не повернення до попереднього стану будь-якою ціною, а формування нових особистісних ресурсів, життєвих орієнтирів і можливостей самореалізації.

3. За результатами дослідження сучасних практик фізичної реабілітації та реінтеграції з’ясовано, що ефективність відновлення фізичного здоров’я представників сектору безпеки і оборони та членів їхніх сімей залежить від своєчасності реабілітаційного втручання, комплексності оцінювання функціонального стану, індивідуалізації програм і послідовності їх реалізації. Визначено необхідність переходу від уніфікованих реабілітаційних заходів до персоналізованих програм, які враховують характер отриманих

ушкоджень, рівень функціональних обмежень, вік, стан здоров'я, фізичні можливості, психологічний стан та індивідуальні цілі людини.

Обґрунтовано перспективність використання сучасних рухових і терапевтичних практик, лікувальної фізичної культури, кінезіотерапії, адаптивного спорту, ерготерапії, рекреаційних програм, роботизованих систем і цифрових технологій моніторингу фізичного відновлення. Важливим напрямом визначено розвиток сімейно орієнтованих практик фізичної активності, які сприяють не лише відновленню фізичних можливостей, а й зміцненню сімейних зв'язків, формуванню взаємної підтримки та підвищенню якості життя. Особливу увагу приділено взаємозв'язку фізичної реабілітації та професійної реінтеграції представників сектору безпеки і оборони. Встановлено, що відновлення фізичної спроможності до виконання службових завдань має ґрунтуватися на об'єктивному оцінюванні функціональних можливостей, безпечності навантажень, медичних рекомендаціях та індивідуальному прогнозі відновлення.

4. За результатами дослідження інноваційних практик надання публічних послуг з реабілітації встановлено, що результативність реабілітаційної системи визначається не лише якістю окремих медичних, психологічних або фізичних втручань, а й ефективністю інституційно-управлінських механізмів, доступністю послуг, узгодженістю діяльності суб'єктів їх надання та сталістю ресурсного забезпечення. Обґрунтовано необхідність розвитку інтегрованої моделі публічних послуг, що передбачає координацію діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, відомчих структур сектору безпеки і оборони, закладів охорони здоров'я, реабілітаційних установ та громадських організацій.

Визначено, що громадські організації є важливими суб'єктами реабілітаційного процесу, оскільки забезпечують додаткові можливості психологічної, соціальної та фізичної підтримки, сприяють захисту прав отримувачів послуг, адвокації їхніх інтересів, розвитку волонтерських

ініціатив і впровадженню інноваційних моделей допомоги. Перспективним напрямом є формування партнерських мереж, обмін практичним досвідом, залучення міжнародних організацій та використання потенціалу територіальних громад для забезпечення доступності реабілітаційних послуг.

Окрему увагу приділено економічній ефективності реабілітації, яка має оцінюватися не виключно через обсяг фінансових витрат, а й через довгострокові соціальні та суспільні результати. Обґрунтовано доцільність застосування диверсифікованих моделей фінансування, поєднання бюджетних, грантових, благодійних і партнерських ресурсів, а також методології соціальної віддачі від інвестицій (SROI). Такий підхід дає змогу оцінювати співвідношення вкладених ресурсів і створеної соціальної цінності, зокрема покращення якості життя, відновлення працездатності, зменшення соціальної ізоляції, підвищення рівня сімейного благополуччя та повернення людини до активної суспільної і професійної діяльності.

Таким чином, результати дослідження дають підстави стверджувати, що реабілітація представників сектору безпеки і оборони та їхніх сімей у поствоєнний період має розглядатися як стратегічний напрям державної політики, важливий чинник суспільної стійкості, людського розвитку та національної безпеки. Її ефективність забезпечується системним поєднанням правових, медичних, психологічних, фізичних, соціальних, професійних та управлінських механізмів, орієнтованих на конкретні потреби людини й сім’ї.