

Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра соціальної роботи

На правах рукопису

Маринич Вероніка Олегівна

**«Психосоціальна підтримка ветеранів війни в закладах охорони
здоров'я»**

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня бакалавра соціальної роботи

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальної роботи
Стульнікова Лариса Юріївна

Допустити до захисту в ЕК
Кафедра соціальної роботи
Завідувач кафедри соціальної роботи,
кандидат соціологічних наук, доцент
Люта Леся Петрівна

(підпис)

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУТНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Теоретичні засади психосоціальної підтримки ветеранів війни.....	6
1.2. Нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки ветеранів війни в Україні.....	18
1.3. Теоретична модель психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я.....	24
Висновки до розділу 1.....	28
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	30
2.1. Організація та методологія дослідження психосоціальних потреб ветеранів війни.....	30
2.2. Дослідження рівня психоемоційного стану та соціальної адаптації ветеранів у закладах охорони здоров'я.....	37
2.3. Оцінка ефективності існуючих форм психосоціальної підтримки в медичних установах.....	83
Висновки до розділу 2.....	85
РОЗДІЛ III. ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПРОГРАМА ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	88
3.1. Розробка програми психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я.....	88
3.2. Практична реалізація та апробація програми.....	92
3.3. Аналіз результатів апробації та оцінка ефективності запропонованої програми.....	95
Висновки до розділу 3.....	100
ВИСНОВКИ.....	103
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107
ДОДАТКИ.....	115

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена значним зростанням кількості ветеранів війни в Україні та необхідністю забезпечення їх комплексної реабілітації, що передбачає не лише медичну допомогу, а й ефективну психосоціальну підтримку. Наслідки участі у бойових діях часто супроводжуються психоемоційними порушеннями, труднощами соціальної адаптації та зниженням якості життя, що потребує системного підходу до їх подолання в межах закладів охорони здоров'я. У даному контексті особливої ваги набуває впровадження міждисциплінарних моделей підтримки, які поєднують медичні, психологічні та соціальні складові допомоги.

Сучасні підходи до психосоціальної підтримки ветеранів війни ґрунтуються на принципах комплексності, доступності, індивідуалізації та безперервності допомоги. Заклади охорони здоров'я виступають ключовими інституціями, де можлива інтеграція медичних і психосоціальних послуг, спрямованих на відновлення психічного здоров'я, підвищення рівня соціального функціонування та покращення загального благополуччя ветеранів. Водночас недостатній рівень системної організації такої підтримки, фрагментарність послуг і потреба у вдосконаленні існуючих практик зумовлюють необхідність подальших наукових досліджень у цій сфері. У ході дослідження було опрацьовано значний масив наукового доробку вітчизняних дослідників, серед яких: О. Бабчук, В. Багрій, Ю. Бойко-Бузиль, О. Ворохаєв, Є. Гарбузова, С. Дубінський, В. Кротенко, М. Лукашенко, І. Мельничук, А. Москаленко, І. Пампура, Л. П'янківська, Т. Розова, Т. Ханецька, О. Скарлат, Н. Череповська та інші.

Особливого значення в сучасних умовах набуває розвиток функції соціальної роботи в закладах охорони здоров'я, що знаходить своє відображення у становленні та інституціоналізації нової спеціальності – фахівця із соціальної роботи у медичній сфері. Посилення державної політики у напрямі впровадження програм психоемоційної підтримки та

психічного здоров'я, зокрема в умовах воєнного стану, обумовлює необхідність залучення соціальних працівників як невід'ємної складової мультидисциплінарних команд. Так, фахівець із соціальної роботи в закладах охорони здоров'я відіграє ключову роль у забезпеченні психосоціальної підтримки ветеранів, оскільки саме він здійснює комплексну оцінку потреб пацієнта, сприяє його соціальній адаптації, координує взаємодію між медичними, психологічними та соціальними службами, а також забезпечує доступ до відповідних соціальних послуг і ресурсів. Відповідно вищезазначеної актуальності виникла необхідність у проведенні дослідження «Психосоціальна підтримка ветеранів війни в закладах охорони здоров'я».

Мета дослідження – визначити та обґрунтувати моделі психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я та на основі цього розробити психосоціальну програму підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні засади та нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки ветеранів, зокрема в закладах охорони здоров'я.
2. Розробити теоретичну модель психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я.
3. Дослідити рівень психоемоційного стану ветеранів війни та ключові тенденції їх соціальної адаптації.
4. Розробити та апробувати психосоціальну програму підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – психосоціальна підтримка ветеранів війни в Україні.

Предмет дослідження – психосоціальна підтримка ветеранів війни в закладах охорони здоров'я.

Методи дослідження включають: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел), емпіричні (анкетування, психодіагностичне тестування), а також методи математико-статистичної обробки даних для інтерпретації отриманих результатів. Зокрема, у процесі емпіричного дослідження було використано авторську анкету, що складається з 30 питань, спрямованих на виявлення психосоціальних потреб, рівня задоволеності наданою допомогою та особливостей соціальної адаптації ветеранів. Застосовано стандартизовану методику WHOQOL-BREF, яка дозволяє оцінити якість життя та загальний рівень благополуччя за основними сферами: фізичною, психологічною, соціальною та середовищною.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що ефективність психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я може бути суттєво підвищена за умови: теоретичного обґрунтування та впровадження цілісної моделі психосоціальної підтримки; урахування реальних психосоціальних потреб ветеранів на основі емпіричного дослідження їх психоемоційного стану та рівня соціальної адаптації; а також розробки й практичної апробації спеціалізованої програми підтримки. Передбачається, що впровадження такої моделі та програми, які базуються на системній організації допомоги в медичних установах і активному залученні фахівця із соціальної роботи, сприятиме покращенню психоемоційного стану ветеранів, підвищенню рівня їх соціальної адаптації та зростанню ефективності існуючих форм психосоціальної підтримки в системі охорони здоров'я.

Структура дипломної роботи – Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури (55 джерела) та додатків. Загалом текст викладено на 119 сторінках. Робота містить 5 таблиць та 29 рисунків.

РОЗДІЛ І.
ТЕОРЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУТНОСТІ
ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В
ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні засади психосоціальної підтримки ветеранів війни

Теоретичні засади психосоціальної підтримки ветеранів війни формуються як складна, багатовимірна система наукових підходів, що інтегрують положення психології, соціальної роботи, психіатрії, соціології, а також елементи публічного управління і права. Така міждисциплінарність зумовлена складністю наслідків війни, які проявляються одночасно на індивідуальному, міжособистісному та суспільному рівнях, охоплюючи психічну, соціальну, економічну та правову сфери життєдіяльності ветеранів.

Доцільно зазначити, що в умовах дії воєнного стану психосоціальна підтримка набуває чітко вираженого правового змісту, оскільки безпосередньо пов'язана із забезпеченням і реалізацією конституційно гарантованих прав людини, зокрема права на охорону здоров'я, соціальний захист і гідний рівень життя. Підвищеної уваги при цьому потребують найбільш уразливі групи населення, серед яких – внутрішньо переміщені особи, військовослужбовці, ветерани, діти, люди з інвалідністю, а також особи, які постраждали від воєнних злочинів [7, с. 514–515]. Водночас І. Пампура та Ю. Бойко-Бузиль підкреслюють, що психосоціальна підтримка виступає одним із визначальних чинників збереження психічного і фізичного здоров'я представників професій із підвищеним рівнем ризику, зокрема військових, працівників служб порятунку, медичних працівників, правоохоронців і пожежників [35, с. 258].

Є. Гарбузова підкреслює, що в умовах воєнного часу психосоціальна підтримка постає як комплексна міждисциплінарна система заходів, яка поєднує психологічні, соціальні, медичні та правові компоненти. Її

основною метою є подолання наслідків психотравмуючих подій, відновлення психічного благополуччя та підвищення життєстійкості особистості, що узгоджується з підходами, закріпленими у керівних принципах Міжвідомчого постійного комітету та Всесвітньої організації охорони здоров'я. Така підтримка передбачає надання психологічної допомоги, здійснення соціального супроводу, проведення реабілітаційних заходів, а також формування безпечного середовища для реалізації прав і свобод людини [7, с. 514].

Водночас, О. Скарлат зазначає, що психосоціальна підтримка охоплює сукупність заходів, спрямованих на задоволення психологічних і соціальних потреб особи та відновлення її психосоціального стану. Для ветеранів війни вона передбачає подолання наслідків стресових і травматичних переживань, розвиток умінь саморегуляції, підтримання соціальних зв'язків і сприяння адаптації до умов мирного життя. Своєчасне надання такої допомоги знижує ймовірність виникнення тривалих психологічних розладів і сприяє успішній соціальній інтеграції ветеранів [44, с. 374].

В. Багрій та А. Легка зазначають, що психосоціальна допомога охоплює широкий спектр заходів, спрямованих на надання первинної психологічної підтримки та соціальної допомоги особам, які зазнали травматичного досвіду або перебувають у складних життєвих обставинах. Вона також передбачає організацію комплексних заходів, орієнтованих на формування адаптаційних навичок, необхідних для пристосування до змінених умов життя, зумовлених воєнними ризиками. У більш вузькому розумінні психосоціальна підтримка трактується як діяльність, спрямована на досягнення соціальної рівноваги та пошук внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання кризових ситуацій [2, с. 35].

І. Пампура та Ю. Бойко-Бузиль, акцентують увагу на особливій значущості психосоціальної підтримки, підкреслюючи її роль не лише в адаптації працівників до складних умов професійної діяльності, але й у забезпеченні їх відновлення після впливу стресогенних чинників. Така

підтримка включає широкий комплекс заходів, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану, збереження та відновлення фізичного і психічного здоров'я, підвищення стресостійкості та профілактику психічних розладів [35, с. 259]. Водночас автори підкреслюють, що її стратегічна мета полягає у нормалізації психоемоційного стану працівників, сприянні їх ефективній адаптації до складних умов праці та розвитку навичок саморегуляції. Інтеграція психосоціальної підтримки у систему професійної діяльності фахівців ризиконебезпечних професій, на їхню думку, сприяє зниженню ймовірності виникнення психічних порушень, підвищенню стійкості до стресу та збереженню працездатності навіть в екстремальних умовах [35, с. 262].

Психосоціальні ризики, згідно зі стандартом ISO 45003:2021, охоплюють характеристики організаційного середовища, які можуть провокувати стресові стани та негативно позначатися на здоров'ї й загальному добробуті працівників. До основних джерел таких ризиків «належать:

- інтенсивні умови праці, що проявляються у високих фізичних і психологічних навантаженнях, особливо в екстремальних обставинах;
- інформаційні дисбаланси, які можуть виражатися як у надлишку, так і в недостатності важливих даних для ухвалення рішень;
- соціальні чинники, зокрема характер взаємодії в колективі, рівень підтримки з боку керівництва та ризик соціальної ізоляції;
- обмежені можливості для відновлення сил через недостатню тривалість відпочинку між складними робочими завданнями;
- морально-етичні дилеми, що виникають у процесі прийняття рішень за умов конфлікту цінностей і можуть негативно впливати на емоційний стан працівників» [35, с. 259–260].

Ефективна психосоціальна підтримка має характеризуватися комплексністю та багатовимірністю, оскільки повинна враховувати широкий спектр труднощів, з якими стикаються працівники професій із

підвищеним рівнем ризику. Її головною метою є зменшення негативного впливу екстремальних умов праці, забезпечення емоційного та психологічного відновлення, а також запобігання розвитку можливих психічних розладів. Так, І. Пампура та Ю. Бойко-Бузиль відзначають, що до основних напрямів такої підтримки «належать:

1) психологічна допомога, що реалізується у форматі індивідуальних або групових консультацій і спрямована на зниження рівня стресу, тривожності та покращення загального психоемоційного стану працівників. Вона може надаватися як безпосередньо на робочому місці, так і в спеціалізованих установах;

2) кризове консультування, яке застосовується під час або після переживання надзвичайних ситуацій, техногенних катастроф чи інших подій, пов'язаних із загрозою життю. Його завдання полягає у зменшенні гострих емоційних реакцій та підтримці мобілізації внутрішніх ресурсів для подолання стресу;

3) психотерапія (індивідуальна та групова), спрямована на опрацювання глибших психологічних травм. Групова форма сприяє формуванню відчуття підтримки та єдності в колективі, тоді як індивідуальна дозволяє працювати з особистісними переживаннями та знаходити персоналізовані рішення;

4) тренінги зі стресостійкості, що передбачають навчання методам подолання стресу та розвитку психологічної витривалості. Вони охоплюють техніки релаксації, елементи когнітивно-поведінкового підходу, а також розвиток навичок емоційної саморегуляції;

5) навчання керуванню емоціями, яке сприяє формуванню здатності усвідомлювати та контролювати власні емоційні реакції в напружених ситуаціях, що допомагає зменшити рівень агресивності, тривожності та професійного вигорання;

6) реабілітаційні програми після екстремальних подій, що передбачають комплекс заходів психосоціального відновлення. Вони

спрямовані на стабілізацію психічного стану, відновлення соціальних зв'язків та поступове повернення до звичного способу життя» [35, с. 260–261].

Наукові дані свідчать, що залучення до програм психосоціальної підтримки істотно зменшує ймовірність розвитку таких психічних порушень, як посттравматичний стресовий розлад, депресивні стани та тривожні розлади. Водночас це сприяє підвищенню здатності працівників ефективно діяти в умовах підвищеного стресового навантаження. Окрім цього, особи, які отримують належну психосоціальну допомогу, демонструють вищий рівень психологічного благополуччя, покращення міжособистісної взаємодії та зростання стресостійкості, що позитивно позначається як на їхній професійній діяльності, так і на якості життя загалом. Надання такої підтримки повинно здійснюватися фахівцями відповідної кваліфікації, які володіють компетентностями у сфері кризового консультування та психотерапевтичної допомоги. Особливо важливим є залучення спеціалістів, які мають не лише належну професійну підготовку, а й розуміння специфіки діяльності працівників ризиконебезпечних професій. Відповідно до чинних нормативно-правових вимог, такі фахівці повинні мати вищу освіту за напрямом психології або медицини та пройти професійну атестацію [35, с. 261].

Сутність психосоціальної підтримки полягає у сприянні розвитку внутрішніх ресурсів особистості, формуванні ефективних стратегій подолання стресових ситуацій, а також підвищенні психологічної стійкості як окремої людини, так і суспільства загалом. Узагальнення міжнародного досвіду дозволяє стверджувати, що психосоціальну підтримку трактують як надання комплексної практичної допомоги, яка охоплює забезпечення необхідними матеріальними ресурсами та послугами, фінансову й побутову підтримку; надання релевантної інформації для вирішення актуальних життєвих проблем; а також психосоціальне сприяння, що реалізується через психологічну допомогу та створення умов для емоційного комфорту. Так,

психосоціальна підтримка інтегрує три ключові компоненти: матеріальний, інформаційний та емоційно-психологічний, які у сукупності забезпечують її комплексний характер [33, с. 150–151].

Українські дослідники Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценко, В. Кочубей та Л. Гридковець визначають психосоціальну підтримку як будь-які заходи місцевого або зовнішнього характеру, що спрямовані на забезпечення та зміцнення психосоціального благополуччя особистості, а також на попередження виникнення психічних розладів або їх лікування [51]. Водночас, Н. Череповська та Н. Умеренкова розглядають психосоціальну підтримку окремих соціальних груп, які зазнали впливу воєнних дій, як один із видів допомоги в межах гуманітарного реагування, що не завжди має вузько спеціалізований характер [53, с. 10]. Так, психосоціальна підтримка найчастіше є необхідною для осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах унаслідок кризових подій і не мають достатніх ресурсів для самостійного подолання стресових ситуацій.

Варто також наголосити, що в сучасному українському науковому та практичному дискурсі поняття «психосоціальна підтримка» залишається недостатньо усталеним і не має однозначного трактування. Аналіз наукових джерел свідчить, що замість нього часто використовуються близькі за змістом терміни, зокрема: «соціальна підтримка», «соціальні послуги», «психологічна допомога», «соціально-психологічний супровід», «соціальний супровід», «психологічна підтримка» та інші. Дане зумовлює необхідність більш детального розмежування таких понять, передусім «соціальної підтримки» та «психологічної підтримки». Соціальна підтримка розглядається як складова системи соціальних послуг і як сукупність заходів суб'єктів соціальної роботи, спрямованих на подолання труднощів осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах. Вона реалізується через надання необхідної допомоги та соціальних послуг, а також створення умов, що забезпечують належний рівень соціальної захищеності. Окрім інституційного виміру, соціальну підтримку також трактують як джерело

фізичного й емоційного комфорту, яке людина отримує від сім'ї, друзів і колег. Дане сприяє формуванню відчуття належності до спільноти, що про неї дбає. Основу соціальної підтримки становлять ресурси сім'ї, а також сформовані в її членів навички та вміння долати складні життєві ситуації [33, с. 151–152].

Соціальна підтримка особистості повинна реалізовуватися на різних рівнях, що забезпечує її системний і комплексний характер, зокрема на макрорівні (державне регулювання, культурна сфера, система освіти тощо), мезорівні (трудові колективи, територіальні громади, волонтерські організації) та мікрорівні (сім'я та найближче оточення). При цьому соціальна підтримка на макрорівні розглядається як важливий інструмент державної політики, який визначає механізми та форми надання соціальних послуг, регулює їхню організацію й може виступати індикатором рівня психічного здоров'я населення [54, с. 77].

У науковій літературі також виокремлюють основні види соціальної підтримки, серед яких:

- матеріальна підтримка, що передбачає надання грошових виплат (пенсій, допомоги на лікування та реабілітацію), а також забезпечення базових життєвих потреб (харчування, ліки, одяг тощо). Вона реалізується через адресну соціально-економічну допомогу, соціальне обслуговування та відповідні послуги;

- психологічна підтримка, спрямована на активізацію внутрішніх ресурсів особистості, переосмислення власного стану, формування впевненості та мотивації до подолання психологічних труднощів і стресових станів. Вона здійснюється у форматі індивідуальної та групової роботи, сприяє збереженню психічного здоров'я, покращенню сімейного мікроклімату, розвитку навичок адаптації та подолання життєвих труднощів. У контексті воєнних умов така підтримка виконує роль стабілізуючого ресурсу для особистості;

- емоційна підтримка, яка проявляється через прояви довіри, прийняття, турботи з боку сім'ї, друзів, колег та інших значущих осіб;
- інформаційна підтримка, що полягає у наданні доступної та зрозумілої інформації щодо психічного здоров'я, можливостей лікування, реабілітації та ухвалення усвідомлених рішень щодо власного стану або стану близьких;
- педагогічна підтримка, яка передбачає превентивну та консультативну допомогу дітям і сім'ям з дітьми через просвітницькі заходи, інформування та навчання;
- правова підтримка, що реалізується у формі юридичних консультацій, роз'яснення прав і гарантій, оформлення документів та захисту інтересів членів сім'ї;
- групова підтримка (підтримка громади), яка спрямована на соціальну інтеграцію, прийняття та залучення особи до життя громади, зокрема через працевлаштування, самореалізацію та участь у групах взаємодопомоги [33, с. 152–153]. Так, з оглядом на викладене, психологічна підтримка є складовою частиною соціальної підтримки та виступає одним із її ключових структурних компонентів.

Розглянувши загальну характеристику сутності психосоціальної підтримки, відзначимо, що методологічною основою дослідження психосоціальної підтримки виступає біопсихосоціальної моделі, яка дозволяє комплексно інтерпретувати стан ветерана як результат взаємодії біологічних (травми, соматичні захворювання), психологічних (емоційні стани, когнітивні процеси, поведінкові реакції) та соціальних (соціальні ролі, статус, підтримка з боку оточення) чинників. У цьому контексті психосоціальна підтримка постає не як сукупність окремих заходів, а як цілісна система впливу, спрямована на гармонізацію всіх компонентів життєдіяльності особи.

Суттєвий внесок у формування теоретичних засад здійснює травма-орієнтований підхід, який акцентує увагу на впливі екстремальних подій на

психіку людини [1, с. 38]. Центральне місце у даному підході посідає феномен посттравматичного стресового розладу, що характеризується наявністю нав'язливих спогадів, уникненням травматичних стимулів, підвищеною тривожністю та емоційною нестабільністю [31, с. 288]. Однак сучасні наукові концепції не обмежуються виключно патологічною перспективою, а розглядають також потенціал особистості до відновлення та розвитку, що відображено у концепції посттравматичного зростання. Вона передбачає можливість формування нових життєвих смислів, зміцнення особистісної ідентичності та переоцінки життєвих цінностей.

Важливою складовою теоретичного підґрунтя є концепція резильєнтності, яка визначає внутрішній потенціал особистості до подолання труднощів та адаптації до змінених умов життя. У межах цього підходу психосоціальна підтримка спрямовується не лише на усунення негативних симптомів, але й на розвиток ресурсів особистості, зокрема навичок саморегуляції, емоційної стійкості, соціальної компетентності та здатності до самореалізації [43, с. 150].

Теоретичні засади також передбачають застосування системного підходу, відповідно до якого ветеран розглядається як елемент взаємопов'язаних соціальних систем [21, с. 120]. Особливого значення набуває сімейна система, оскільки саме вона часто виступає первинним середовищем підтримки або, навпаки, джерелом додаткових стресів [27, с. 90]. У зв'язку з цим у теорії психосоціальної підтримки широко використовується сімейної терапії, яка спрямована на нормалізацію міжособистісних відносин, відновлення комунікації та подолання конфліктів.

Не менш важливим є екологічний підхід, що розглядає взаємодію особистості з навколишнім соціальним середовищем. У цьому контексті значна роль відводиться громаді як простору соціальної інтеграції ветеранів [6, с. 19]. Соціальна підтримка з боку громади, участь у громадських

ініціативах, доступ до соціальних послуг та можливості працевлаштування виступають ключовими факторами успішної реінтеграції.

Окремий напрям теоретичного осмислення пов'язаний із правозахисним підходом, який ґрунтується на принципах забезпечення прав людини, соціальної справедливості та недискримінації. У межах даного підходу психосоціальна підтримка розглядається як складова реалізації права на охорону здоров'я, соціальний захист і гідний рівень життя. Відповідно, ефективність підтримки значною мірою залежить від рівня нормативно-правового забезпечення та інституційної спроможності держави. Крім того, важливу роль відіграє ресурсно-орієнтований підхід, який передбачає виявлення та активізацію як внутрішніх, так і зовнішніх ресурсів ветерана [8, с. 71]. До внутрішніх ресурсів належать особистісні якості, життєвий досвід, мотивація та цінності, тоді як зовнішні ресурси включають соціальні зв'язки, доступ до послуг, економічні можливості та підтримку з боку держави і громадських організацій.

Таблиця 1.1 узагальнює ключові теоретичні підходи до психосоціальної підтримки ветеранів війни та відображає їх комплексний і міждисциплінарний характер. Вона демонструє, що ефективна підтримка ґрунтується на поєднанні різних концепцій, зокрема біопсихосоціальної моделі, резильєнтності та посттравматичного зростання, що забезпечують цілісне розуміння процесу відновлення. Зміст таблиці 1.2 свідчить, що психосоціальна підтримка орієнтується не лише на подолання негативних наслідків бойового досвіду, таких як посттравматичного стресового розладу, але й на розвиток внутрішніх ресурсів особистості, відновлення соціальних зв'язків та забезпечення повноцінної інтеграції ветеранів у суспільство.

З огляду на вище окреслене, можемо стверджувати, що принципи психосоціальної підтримки, які впливають із зазначених теоретичних підходів, становлять концептуальну основу організації ефективної допомоги ветеранам війни. Передусім ідеться про принцип людиноцентризму, який передбачає визнання особистості ветерана як найвищої соціальної цінності,

орієнтацію на його гідність, потреби, досвід та право на самовизначення. У межах даного принципу підтримка не може бути уніфікованою, що зумовлює необхідність індивідуалізації допомоги – врахування особливостей психоемоційного стану, життєвого досвіду, соціального статусу та рівня адаптації кожного ветерана.

Таблиця 1.1

Теоретичні засади психосоціальної підтримки ветеранів війни

Теоретичний підхід / концепція	Сутність підходу	Значення для психосоціальної підтримки ветеранів
Концепція біопсихосоціальної моделі	Розгляд людини через взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів	Забезпечує комплексний підхід до відновлення здоров'я та функціонування ветерана
Концепція травмаорієнтованого підходу	Орієнтація на наслідки психотравмуючих подій та їх вплив на особистість	Дає змогу враховувати специфіку бойового досвіду та його психологічні наслідки
Концепція посттравматичного стресового розладу	Психічний стан, що виникає внаслідок пережитих травматичних подій	Визначає необхідність спеціалізованої психологічної допомоги та реабілітації
Концепція посттравматичного зростання	Можливість позитивних змін особистості після травми	Орієнтує підтримку на розвиток потенціалу та особистісне відновлення
Концепція резильєнтності	Здатність особистості долати труднощі та адаптуватися	Сприяє формуванню стійкості до стресу та відновленню психологічної рівноваги
Концепція сімейної терапії	Робота з сімейними відносинами та комунікацією	Сприяє відновленню сімейних зв'язків і соціальної адаптації ветерана
Системний підхід	Розгляд особистості як частини соціальних систем (сім'я, громада, суспільство)	Забезпечує комплексну підтримку з урахуванням соціального оточення
Екологічний підхід	Врахування взаємодії особистості з соціальним середовищем	Підкреслює роль громади та соціальної інтеграції
Правозахисний підхід	Орієнтація на дотримання прав людини та соціальної справедливості	Забезпечує доступ ветеранів до послуг і захист їхніх прав
Ресурсно-орієнтований підхід	Акцент на внутрішніх і зовнішніх ресурсах особистості	Сприяє активізації потенціалу ветерана та ефективній реінтеграції

Джерело: розроблено автором

Не менш важливими є принципи добровільності участі та конфіденційності, які забезпечують етичний характер психосоціальної взаємодії та сприяють формуванню довіри між фахівцем і отримувачем допомоги. Добровільність передбачає усвідомлену згоду ветерана на участь у програмах підтримки, тоді як конфіденційність гарантує захист персональної інформації та недопущення її розголошення без згоди особи. Дані принципи є особливо значущими в умовах роботи з наслідками психотравмуючих подій, зокрема таких як посттравматичного стресового розладу, де питання довіри та психологічної безпеки мають визначальне значення.

Водночас принцип міжвідомчої взаємодії відображає необхідність координації зусиль різних інституцій – медичних, соціальних, психологічних, реабілітаційних та правових. Його реалізація забезпечує узгодженість дій суб'єктів допомоги та підвищує ефективність надання послуг шляхом уникнення дублювання функцій і прогалин у підтримці. У цьому контексті особливої актуальності набуває також принцип безперервності підтримки, який передбачає тривалий і послідовний супровід ветерана на всіх етапах його реінтеграції – від моменту повернення з зони бойових дій до повноцінного включення у мирне соціальне життя.

Особливої ваги набуває принцип комплексності, що ґрунтується на положеннях біопсихосоціальної моделі та передбачає інтеграцію різних видів допомоги у єдину скоординовану систему. Йдеться про поєднання психологічних інтервенцій, соціального супроводу, медичного лікування, фізичної та психосоціальної реабілітації, а також заходів професійної адаптації. Такий підхід дозволяє не лише мінімізувати негативні наслідки бойового досвіду, але й сприяє розвитку адаптаційних можливостей особистості, зокрема в межах концепції резильєнтності.

Таким чином, теоретичні засади психосоціальної підтримки ветеранів війни становлять інтегровану систему наукових знань і концепцій, що

визначають підходи до розуміння наслідків війни та механізмів їх подолання. Їх практична реалізація спрямована не лише на відновлення психічного здоров'я ветеранів, але й на забезпечення їхньої повноцінної соціальної адаптації, професійної реалізації та активної участі у суспільному житті.

1.2. Нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки ветеранів війни в Україні

Нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки ветеранів війни в Україні формується як цілісна, багаторівнева система правового регулювання, що охоплює норми конституційного, адміністративного, соціального, медичного та міжнародного права. Така система спрямована на створення ефективного механізму відновлення психічного здоров'я ветеранів, їх соціальної адаптації, реінтеграції в суспільство та забезпечення гідного рівня життя після завершення військової служби. Особливої актуальності зазначене питання набуло в умовах триваючої збройної агресії проти України, що зумовило суттєве розширення кола осіб, які потребують психосоціальної підтримки, а також трансформацію державної політики у цій сфері.

Передусім, нормативну основу становлять положення Конституції України, яка закріплює фундаментальні права людини, що мають безпосереднє значення для формування системи психосоціальної підтримки. Зокрема, стаття 3 визначає життя і здоров'я людини найвищою соціальною цінністю, а стаття 49 гарантує право кожного на охорону здоров'я, включаючи психічне [17]. У контексті ветеранів війни ці положення набувають спеціального змісту, оскільки держава бере на себе обов'язок забезпечити не лише фізичну, але й психологічну реабілітацію осіб, які зазнали впливу бойових дій.

Ключовим спеціальним законодавчим актом є Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», який визначає

правовий статус ветеранів, встановлює систему їх соціального захисту та гарантії державної підтримки [14]. У межах даного закону передбачено право ветеранів на медичну допомогу, санаторно-курортне лікування, психологічну реабілітацію, а також соціальні послуги, що мають комплексний характер. Водночас зазначений акт, будучи прийнятим ще до сучасних викликів, поступово доповнюється новими нормами, що враховують специфіку посттравматичних розладів, пов'язаних із бойовими діями.

Важливу роль у нормативному забезпеченні відіграє Закон України «Про соціальні послуги», який визначає правові та організаційні засади надання соціальних послуг, у тому числі психологічної підтримки [13]. Даний закон закріплює поняття складних життєвих обставин, до яких віднесено й наслідки участі у бойових діях, а також передбачає механізми оцінки потреб особи, індивідуалізації допомоги та залучення різних суб'єктів до її надання. У межах даного нормативного акта психосоціальна підтримка розглядається як складова ширшої системи соціального захисту, що включає консультування, кризове втручання, соціальний супровід та реабілітацію.

Суттєве значення має також Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає загальні принципи функціонування системи охорони здоров'я, включаючи надання психіатричної та психологічної допомоги [11]. У поєднанні з Законом України «Про психіатричну допомогу» даний акт формує правову основу для забезпечення доступу ветеранів до спеціалізованих послуг у сфері психічного здоров'я, зокрема діагностики, лікування посттравматичного стресового розладу, психологічної реабілітації та психотерапевтичної підтримки [12].

Окремий блок нормативного регулювання становлять підзаконні акти Кабінету Міністрів України, які конкретизують механізми реалізації законодавчих норм. Зокрема, важливим інструментом є урядові постанови,

що визначають порядок використання бюджетних коштів для забезпечення психологічної реабілітації ветеранів, механізми відбору надавачів послуг, а також умови їх фінансування. Такі акти спрямовані на підвищення доступності послуг і формування ринку якісної психологічної допомоги.

Водночас психосоціальна підтримка як окремий напрям державної політики отримала значний розвиток у контексті реформування ветеранської політики після 2014 року та особливо після початку повномасштабної війни. У цьому аспекті важливу роль відіграють акти Кабінету Міністрів України, зокрема Постанова Кабінету Міністрів України № 67 від 24.01.2025, яка передбачає забезпечення діяльності фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб [37]. Дані фахівці виконують функції соціально-психологічного супроводу, сприяють реабілітації, адаптації до мирного життя та доступу до відповідних послуг. Суттєве значення має також Постанова Кабінету Міністрів України № 62 від 21.01.2025, яка регламентує порядок фінансування заходів підтримки ветеранів, включаючи психологічну допомогу, реабілітацію та соціальні програми [41]. Даний акт забезпечує матеріальну основу реалізації державної політики, що є критично важливим для ефективного функціонування системи психосоціальної підтримки.

У даному контексті варто звернути увагу на інституціоналізацію нових підходів до підтримки ветеранів, зокрема через запровадження інституту фахівців із супроводу ветеранів. Відповідні нормативні акти визначають їх правовий статус, функції та повноваження, серед яких – надання інформаційної, психологічної та соціальної підтримки, координація доступу до послуг, а також супровід ветерана на етапі переходу до цивільного життя. Зазначене свідчить про перехід від фрагментарної допомоги до моделі безперервного психосоціального супроводу. Так, Наказ Міністерства у справах ветеранів України № 96 від 29.01.2025 затверджує порядок формування та ведення реєстру суб'єктів, що надають психологічні послуги ветеранам і членам їх сімей [32]. Дане сприяє підвищенню якості

послуг, стандартизації підходів до психологічної підтримки та забезпеченню контролю за діяльністю відповідних організацій.

Варто наголосити, що у нормативному полі активно розвиваються механізми професійної адаптації ветеранів, які мають важливе психосоціальне значення. Зокрема, у 2025 році було ухвалено низку постанов Кабінету Міністрів України, спрямованих на забезпечення професійної адаптації, економічної підтримки та соціальної інтеграції ветеранів і членів їх сімей [38; 39; 40; 42]. Такі заходи сприяють відновленню соціальних ролей ветеранів, зменшенню ризиків соціальної ізоляції та покращенню їхнього психологічного стану.

Важливе місце у системі нормативного забезпечення займають стратегічні документи державної політики. Зокрема, державні стратегії у сфері ветеранської політики передбачають формування комплексної системи реінтеграції, що включає психосоціальну підтримку як ключовий елемент. У таких документах визначаються довгострокові цілі, серед яких – розвиток мережі центрів психологічної допомоги, впровадження стандартів якості послуг, підготовка кваліфікованих кадрів та інтеграція міжнародного досвіду. Зокрема, Стратегія формування системи повернення з військової служби до цивільного життя до 2033 року визначає комплексний підхід до реінтеграції ветеранів, включаючи психосоціальну підтримку, професійну адаптацію, розвиток системи реабілітації та формування ветеранської спільноти [47]. Варто також відзначити, що Концепція формування культури поваги і підтримки ветеранів війни до 2028 року спрямована на формування сприятливого соціального середовища, що також є важливою складовою психосоціальної підтримки, оскільки включає подолання стигматизації та сприяння соціальній інтеграції ветеранів [18].

Не менш важливим є вплив міжнародно-правових стандартів, які Україна імплементує у своє законодавство. Йдеться, зокрема, про положення міжнародних актів у сфері прав людини, що гарантують право на найвищий досяжний рівень психічного здоров'я, заборону дискримінації та

забезпечення реабілітації осіб, які постраждали від збройних конфліктів [9; 10; 16; 28; 29]. У цьому аспекті значну роль відіграють рекомендації міжнародних організацій щодо надання психосоціальної допомоги в умовах конфлікту, які враховуються при розробці національних нормативних актів. Варто також відзначити розвиток міжвідомчої координації як елементу нормативного забезпечення. У реалізації політики психосоціальної підтримки ветеранів беруть участь різні органи державної влади, зокрема Міністерство у справах ветеранів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України, а також органи місцевого самоврядування. Відповідні нормативні акти визначають їх компетенцію, механізми взаємодії та розподіл повноважень, що має ключове значення для ефективності системи в цілому.

Таблиця 1.2 узагальнює нормативно-правову базу психосоціальної підтримки ветеранів війни в Україні та відображає її багаторівневий характер.

Таблиця 1.2

**Нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки
ветеранів війни в Україні**

Рівень / група нормативних актів	Нормативно- правовий акт	Зміст правового регулювання	Значення для психосоціальної підтримки ветеранів
Конституційний рівень	Конституція України (ст. 3, 49)	Закріплює право на життя, здоров'я та медичну допомогу	Формує базові гарантії охорони фізичного та психічного здоров'я ветеранів
Спеціальне законодавство	Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»	Визначає статус ветеранів та систему соціальних гарантій	Закладає правову основу медичної, психологічної та соціальної реабілітації

Соціальне законодавство	Закон України «Про соціальні послуги»	Регулює порядок надання соціальних послуг, оцінку потреб особи	Забезпечує механізми психологічної допомоги, соціального супроводу та кризового втручання
Медичне законодавство	Основи законодавства України про охорону здоров'я	Визначає загальні принципи охорони здоров'я	Створює правову основу для психіатричної та психологічної допомоги
	Закон України «Про психіатричну допомогу»	Регулює порядок надання психіатричної допомоги	Забезпечує лікування ПТСР, психотерапію та реабілітацію ветеранів
Підзаконні нормативні акти	Постанови Кабінету Міністрів України (зокрема № 67 від 24.01.2025, № 62 від 21.01.2025)	Визначають механізми фінансування та організації допомоги	Забезпечують практичну реалізацію програм психологічної підтримки
Відомчі акти	Наказ Міністерства у справах ветеранів України № 96 від 29.01.2025	Регулює діяльність надавачів психологічних послуг	Підвищує якість та стандартизацію психологічної допомоги
Стратегічні документи	Стратегія повернення до цивільного життя до 2033 р.; Концепція до 2028 р.	Визначають довгострокові цілі ветеранської політики	Формують систему комплексної психосоціальної реінтеграції
Міжнародно-правові акти	Міжнародні акти у сфері прав людини (ООН, ВООЗ тощо)	Гарантують право на психічне здоров'я та недискримінацію	Сприяють імплементації європейських стандартів підтримки ветеранів
Інституційні механізми	Нормативні акти щодо фахівців із супроводу ветеранів	Визначають статус і функції супровідних фахівців	Забезпечують безперервний психосоціальний супровід ветеранів

Джерело: розроблено автором

Отже, нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки ветеранів війни в Україні характеризується системністю, динамічністю та

орієнтацією на європейські стандарти. Воно охоплює широкий спектр правових актів різної юридичної сили та спрямоване на створення комплексної системи підтримки ветеранів. Правове забезпечення формується на конституційному, законодавчому, підзаконному, відомчому, стратегічному та міжнародному рівнях. Конституційні норми закріплюють базові права, спеціальне законодавство визначає статус і гарантії ветеранів, а соціальні та медичні закони регулюють надання відповідних послуг. Підзаконні й відомчі акти забезпечують практичну реалізацію норм, тоді як стратегічні документи визначають напрями державної політики. Міжнародні стандарти спрямовують розвиток національного законодавства.

1.3. Теоретична модель психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я

Модель психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я доцільно розглядати як складну, багаторівневу та міждисциплінарну систему організації допомоги, що інтегрує медичні, психологічні, соціальні та реабілітаційні компоненти в єдиний безперервний процес супроводу особи. Її функціонування спрямоване в контексті моделі виступає не лише як сукупність окремих інтервенцій, а як цілісна організаційно-функціональна система, що забезпечує поетапність, наступність та узгодженість допомоги на всіх рівнях її надання.

Теоретико-методологічною основою зазначеної моделі виступають принципи людиноцентризму, системності, комплексності, доказовості, доступності та безперервності допомоги. Їх реалізація передбачає орієнтацію на потреби конкретної особи, врахування її індивідуального життєвого досвіду та забезпечення рівного доступу до якісних медико-психологічних послуг незалежно від місця проживання чи соціального статусу. Важливе значення має також принцип індивідуалізації, який передбачає врахування специфіки бойового досвіду, психоемоційного стану, рівня соціальної адаптації та наявності коморбідних розладів у кожного

ветерана. Реалізація моделі здійснюється в межах закладів охорони здоров'я різних рівнів, починаючи від первинної медичної допомоги і завершуючи спеціалізованими психіатричними та реабілітаційними установами, що забезпечує безперервність лікувально-реабілітаційного процесу.

Структурно модель охоплює кілька взаємопов'язаних рівнів (див. табл. 1.3). Перший рівень передбачає первинне виявлення психоемоційних порушень, скринінг ризиків, оцінку рівня стресового навантаження та надання первинної психологічної допомоги у форматі кризового консультування. На цьому етапі особливого значення набуває раннє виявлення симптомів посттравматичних стресових розладів, депресивних станів, тривожних розладів та ризиків дезадаптації.

Другий рівень включає поглиблену діагностику психічного стану, визначення клінічних та субклінічних форм розладів, кризове втручання та короткострокові психотерапевтичні інтервенції. На цьому етапі застосовуються доказові психотерапевтичні методики, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, стабілізаційні техніки, а також фармакотерапія за наявності клінічних показань. Важливою складовою є формування первинного плану реабілітації та визначення подальшої траєкторії супроводу.

Третій рівень охоплює довготривалу спеціалізовану психіатричну та психотерапевтичну допомогу, а також медико-психологічну реабілітацію. На цьому рівні здійснюється комплексне відновлення психічного функціонування, стабілізація емоційного стану, подолання хронічних форм психічних розладів, а також формування адаптивних поведінкових стратегій. Окрему увагу приділено соціально-психологічній реабілітації, яка спрямована на відновлення соціальних ролей та підвищення рівня життєвої автономії ветерана.

Ключовим елементом функціонування моделі є діяльність мультидисциплінарної команди, до складу якої входять лікарі загальної практики, психіатри, клінічні психологи, психотерапевти, соціальні

працівники, реабілітологи та, за необхідності, фахівці суміжних галузей. Така командна взаємодія забезпечує комплексну оцінку стану ветерана, формування індивідуального плану допомоги та його поетапну реалізацію з урахуванням динаміки психічного та соціального відновлення.

Таблиця 1.3

**Рівнева структура моделі психосоціальної підтримки ветеранів
війни в закладах охорони здоров'я**

Рівень моделі	Зміст та основні функції	Основні методи та заходи	Очікувані результати
Перший рівень (первинний)	Первинне виявлення психоемоційних порушень, скринінг ризиків, оцінка рівня стресового навантаження, надання первинної психологічної допомоги	Кризове консультування; скринінгові методики; первинна психологічна підтримка; раннє виявлення ПТСР, депресії, тривожних розладів і дезадаптації	Раннє виявлення психічних порушень; запобігання ускладненням; стабілізація емоційного стану на початковому етапі
Другий рівень (спеціалізований амбулаторний)	Поглиблена діагностика психічного стану, визначення клінічних і субклінічних розладів, кризове втручання, короткострокова психотерапія	Психодіагностика; когнітивно-поведінкова терапія; стабілізаційні техніки; фармакотерапія (за показаннями); формування первинного плану реабілітації	Уточнення діагнозу; зменшення симптоматики; формування індивідуальної траєкторії психосоціальної допомоги
Третій рівень (довготривалий реабілітаційний)	Довготривала психіатрична та психотерапевтична допомога, медико-психологічна реабілітація, відновлення психічного функціонування	Комплексна психіатрична допомога; довготривала психотерапія; медико-психологічна реабілітація; соціально-психологічна реінтеграція	Стабілізація психічного стану; подолання хронічних розладів; відновлення соціальних ролей і життєвої автономії

Джерело: розроблено автором

Особливе місце в межах моделі займає психосоціальний компонент, який передбачає не лише клінічне лікування, а й роботу із соціальним оточенням ветерана, відновлення сімейних і міжособистісних зв'язків, подолання соціальної ізоляції, професійну орієнтацію та сприяння зайнятості. У даному аспекті важливим є залучення сім'ї до процесу реабілітації, а також формування підтримувального соціального середовища, яке сприяє закріпленню позитивних результатів лікування та запобігає рецидивам дезадаптації. Водночас суттєвим є розширення розуміння командного підходу в закладах охорони здоров'я, де поряд із лікарями та психологами ключову роль відіграє фахівець із соціальної роботи. Саме він забезпечує реалізацію соціального компонента психосоціальної підтримки, виступаючи посередником між системою охорони здоров'я та соціальними інституціями. У сучасних умовах трансформації спеціальності та оновлення наукової галузі соціальна робота в медичних закладах набуває статусу невід'ємного елементу комплексної реабілітації, зокрема ветеранів війни.

Фахівець із соціальної роботи здійснює первинну соціальну діагностику, оцінює потреби пацієнта не лише у медичній, а й у соціальній площині, визначає рівень соціальної підтримки, наявність сімейних ресурсів та ризиків соціальної дезадаптації. Він координує взаємодію між пацієнтом, медичним персоналом, психологом, родиною та зовнішніми соціальними службами, організовує доступ до соціальних послуг, програм реабілітації, правового захисту та державних гарантій. Окремо важливою є роль соціального працівника у відновленні соціального функціонування ветерана, зокрема у питаннях працевлаштування, професійної адаптації та ресоціалізації. Він сприяє подоланню соціальної ізоляції, формує індивідуальні маршрути соціального супроводу, а також забезпечує довготривалий супровід після завершення стаціонарного лікування [26, с. 3862]. Так, у межах психосоціальної моделі саме фахівець із соціальної роботи може розглядатися як один із ключових компонентів, що забезпечує

цілісність реабілітаційного процесу в закладах охорони здоров'я та його ефективну інтеграцію із соціальним середовищем.

Важливим аспектом є також інтеграція моделі в систему міжвідомчої взаємодії, що передбачає координацію діяльності закладів охорони здоров'я з органами соціального захисту, службами у справах ветеранів, освітніми інституціями, громадськими організаціями та волонтерськими ініціативами. Така взаємодія сприяє формуванню єдиного реабілітаційного простору, забезпечує безперервність підтримки після завершення стаціонарного лікування та підвищує ефективність соціальної інтеграції ветеранів.

Отже, модель психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я є цілісною науково обґрунтованою системою, що поєднує медичний і соціальний виміри допомоги, забезпечує безперервність супроводу та спрямована на відновлення психічного здоров'я, соціальної функціональності та якості життя ветеранів у довгостроковій перспективі. Її впровадження розглядається як важливий елемент сучасної системи охорони здоров'я, орієнтованої на потреби осіб із бойовим досвідом та наслідками психотравмуючих подій.

Висновки до розділу 1

У першому розділі встановлено, що система психосоціальної підтримки ветеранів в Україні має багаторівневий характер і базується на положеннях Конституції України, спеціального законодавства у сфері соціального захисту ветеранів, охорони психічного здоров'я, а також підзаконних нормативно-правових актів. Важливу роль у формуванні даної системи відіграють міжнародно-правові стандарти у сфері прав людини, які визначають право особи на належний рівень медичної, психологічної та соціальної допомоги.

Здійснено комплексний теоретико-правовий аналіз сутності психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я та

сформульовано авторське бачення її структурної організації у вигляді теоретичної моделі.

У процесі аналізу теоретичних засад психосоціальної підтримки ветеранів узагальнено основні наукові підходи до розуміння її сутності, змісту та функцій. Доведено, що психосоціальна підтримка є інтегрованою системою заходів, спрямованих на відновлення психологічного стану, соціальної адаптації та підвищення життєстійкості ветеранів війни. Її ключовими характеристиками визначено комплексність, індивідуалізованість, безперервність, міждисциплінарність та орієнтацію на потреби особистості.

На основі узагальнення нормативної бази та теоретичних положень розроблено авторську модель психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я. Вона відображає системний підхід до організації допомоги та включає взаємопов'язані рівні: первинне виявлення психоемоційних порушень і кризове консультування, комплексну діагностику та індивідуальне планування допомоги, а також довгостроковий супровід і соціальну реінтеграцію. Запропонована модель дозволяє забезпечити безперервність, адресність і ефективність психосоціального супроводу ветеранів.

Таким чином, у межах першого розділу обґрунтовано теоретико-методологічні та нормативно-правові засади досліджуваної проблематики, а також запропоновано цілісну модель психосоціальної підтримки, яка може бути використана як концептуальна основа для подальшого практичного впровадження та вдосконалення системи допомоги ветеранам війни.

РОЗДІЛ II.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Організація та методологія дослідження психосоціальних потреб ветеранів війни

Організація емпіричного дослідження психосоціальних потреб ветеранів війни ґрунтується на комплексному науково-методичному підході, що передбачає поєднання теоретичних, емпіричних та математико-статистичних методів опрацювання отриманих даних. Така інтеграція методів забезпечує всебічність аналізу досліджуваної проблематики, підвищує валідність результатів та дозволяє здійснити їхню об'єктивну інтерпретацію.

Теоретичний етап дослідження передбачав застосування методів аналізу, синтезу, узагальнення та систематизації наукових джерел. Дане дало змогу окреслити сучасні підходи до розуміння психосоціальних потреб ветеранів війни, визначити ключові концепти психосоціальної підтримки, а також виокремити основні чинники, що впливають на процес соціальної адаптації даної категорії осіб.

Емпіричний етап дослідження був реалізований із використанням двох основних інструментів збору даних: авторської анкети та стандартизованої психодіагностичної методики. Авторська анкета складалася з 30 питань і була спрямована на виявлення актуальних психосоціальних потреб ветеранів, рівня задоволеності отриманою соціальною та психологічною допомогою, а також особливостей їхньої соціальної адаптації в умовах цивільного життя. Структура анкети передбачала як закриті, так і напіввідкриті питання, що дозволило отримати як кількісні, так і якісні дані.

Додатково було застосовано стандартизовану методику WHOQOL-BREF, розроблену Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яка використовується для оцінювання якості життя та загального рівня благополуччя. Дана методика охоплює чотири основні сфери: фізичне здоров'я, психологічний стан, соціальні взаємини та середовище життєдіяльності, що забезпечує комплексну оцінку суб'єктивного сприйняття якості життя респондентів.

Загальна кількість респондентів, залучених до дослідження, становила 60 осіб – ветеранів війни. Емпіричне дослідження було проведено на базі Центру комплексної підтримки для ветеранів та їхніх родин «Київ МілітаріХаб», що забезпечило доступ до цільової вибірки та відповідні умови для проведення опитування й психодіагностичного тестування.

Аналіз вікової структури респондентів засвідчив переважання осіб молодого та середнього віку серед ветеранів війни, які взяли участь у дослідженні (див. рис. 2.1). Зокрема, встановлено, що 7% опитаних становлять особи віком до 25 років, що свідчить про наявність незначної частки молодих ветеранів у вибірці. Найбільш чисельною є група респондентів віком від 26 до 35 років – 48%, що може вказувати на активне залучення до військової служби осіб саме цієї вікової категорії та їх подальшу участь у програмах психосоціальної підтримки після повернення до цивільного життя. Респонденти віком 36–45 років становлять 33%, що також є вагомою часткою вибірки та свідчить про значну представленість осіб зрілого працездатного віку, які стикаються з особливостями соціальної реадaptaції після участі у бойових діях. Найменшу частку – 12% – становлять ветерани віком 45–55 років, що відображає відносно меншу представленість старшої вікової групи у дослідженні. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що у вибірці домінують особи молодого та середнього віку, для яких характерними є підвищені вимоги до соціальної адаптації, професійної реалізації та психологічного відновлення після військового досвіду.

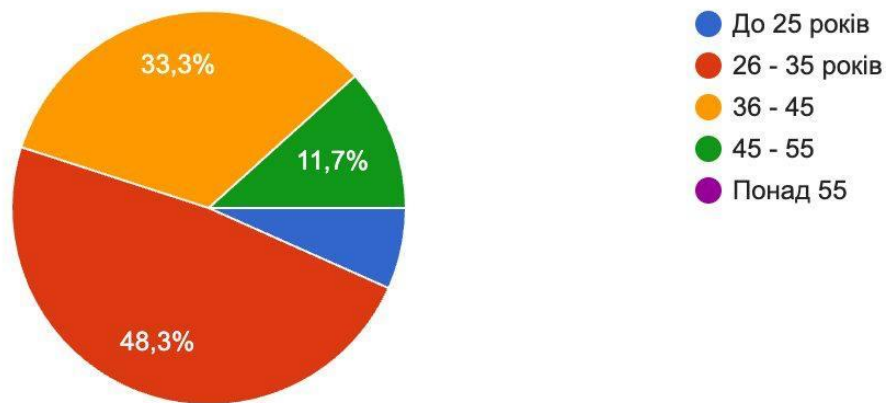


Рис. 2.1. Вік респондентів

Аналіз гендерної структури респондентів свідчить про виражену диспропорцію у вибірці дослідження (див. рис. 2.2). Так, переважну більшість опитаних становлять чоловіки – 98%, тоді як частка жінок є мінімальною і складає 2%. Отримані дані відображають загальну тенденцію домінування чоловіків серед ветеранів війни, що зумовлено особливостями комплектування військових формувань та історично сформованою структурою участі у бойових діях. Водночас незначна частка жінок у вибірці вказує на поступове, хоча й обмежене, зростання їхнього представництва серед учасників бойових дій та ветеранів. Так, гендерний розподіл респондентів демонструє суттєву асиметрію, що необхідно враховувати при подальшому аналізі психосоціальних потреб та розробці програм підтримки, з огляду на можливі гендерно зумовлені особливості переживання військового досвіду та процесів соціальної адаптації.

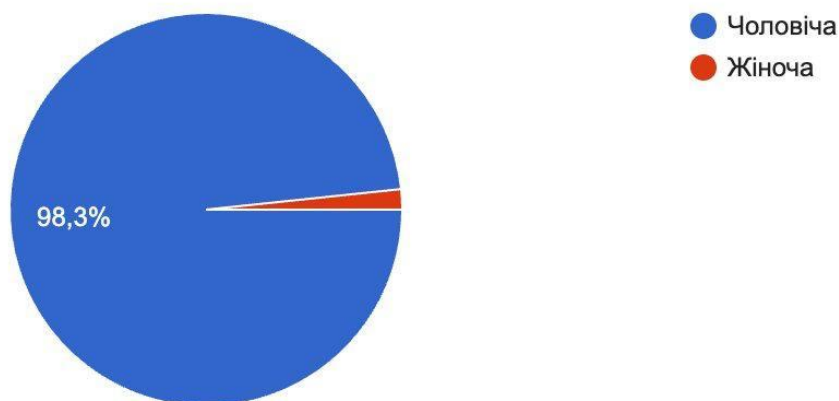


Рис. 2.2. Стать респондентів

Аналіз розподілу респондентів за їхнім актуальним соціально-правовим статусом засвідчив наявність різномірної структури вибірки, що відображає різні рівні залученості до участі у бойових діях та наслідки військового досвіду (див. рис. 2.3). Встановлено, що найбільшу частку становлять особи з інвалідністю внаслідок війни – 47%, що свідчить про значну представленість ветеранів із підвищеними потребами у медико-психологічній та соціальній підтримці. Другу за чисельністю групу утворюють учасники бойових дій – 43%, що підтверджує домінування осіб із безпосереднім бойовим досвідом у структурі вибірки. Демобілізовані військовослужбовці становлять 7%, що відображає відносно меншу частку осіб, які завершили військову службу без набуття статусу інвалідності або учасника бойових дій у межах досліджуваної вибірки. Окремо зафіксовано поодинокі випадки респондентів (2%), які зазначили наявність посвідчення, однак не мали безпосередньої участі у бойових діях, виконуючи переважно функції управлінського характеру. Ще 2% опитаних віднесли себе одночасно до кількох статусних категорій, що може свідчити про складність самоідентифікації або перетин юридичних підстав набуття статусу. Отримані результати свідчать про переважання у вибірці осіб, які мають безпосередні наслідки участі у війні (інвалідність або статус УБД), що є важливим чинником при подальшому аналізі їхніх психосоціальних потреб та визначенні пріоритетів системи підтримки.



Рис. 2.3. Статус респондентів

Аналіз тривалості участі респондентів у бойових діях свідчить про переважання осіб із тривалим військовим досвідом, що є суттєвим чинником формування їхніх психосоціальних потреб та рівня психологічного навантаження (див. рис. 2.4). Так, встановлено, що 8% опитаних брали участь у бойових діях до одного року, що характеризує відносно короткотривалий період перебування в умовах бойового стресу. Найбільша частка респондентів – 28% – має досвід участі у бойових діях від 1 до 3 років, що свідчить про тривалий вплив екстремальних умов на психоемоційний стан та процеси подальшої соціальної адаптації. Водночас домінуючу групу становлять ветерани з досвідом участі у бойових діях понад 3 роки – 63%. Така значна частка вказує на високий рівень хронічного впливу бойових стресорів, що може зумовлювати більш виражені прояви посттравматичних реакцій, підвищені ризики соціальної дезадаптації та потребу в довготривалій психосоціальній підтримці. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що вибірка характеризується переважанням осіб із тривалим бойовим досвідом, що є ключовим чинником при інтерпретації результатів дослідження психосоціальних потреб ветеранів війни.

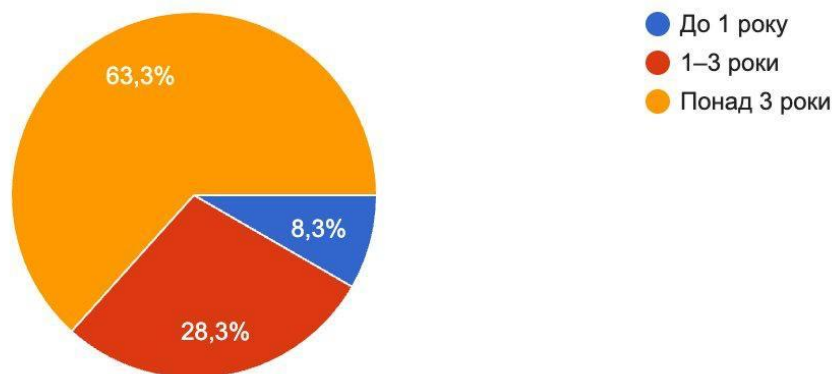


Рис. 2.4. Тривалість участі у бойових діях респондентів

Аналіз зайнятості респондентів засвідчив наявність неоднорідної структури професійного та соціально-трудового статусу ветеранів війни, що відображає особливості їхнього поточного життєвого етапу, стану здоров'я

та збереження військової служби (див. рис. 2.5). Встановлено, що 37% опитаних продовжують військову службу, що свідчить про збереження значної частки респондентів у складі Збройних сил або інших військових формувань. Додатково 2% зазначили, що також продовжують службу, що підтверджує сталість військової зайнятості в межах досліджуваної вибірки. Частка респондентів, які тимчасово не працюють, становить 33%, що може бути пов'язано як із процесами демобілізації та адаптації до цивільного життя, так і з наслідками психологічного або фізичного навантаження після участі у бойових діях. Працюють на момент опитування 18% респондентів, що свідчить про часткову професійну інтеграцію ветеранів у цивільний сектор. Окремі категорії респондентів становлять поодинокі групи, зокрема ті, хто одночасно поєднує службу і роботу, перебуває на реабілітації після поранення, проходить лікування або знаходиться у перехідному стані щодо подальшого проходження служби. Такі відповіді відображають складні індивідуальні траєкторії відновлення та соціально-професійної адаптації після участі у бойових діях. Незначна частка респондентів (3%) зазначила відсутність зайнятості, що вказує на наявність групи повної економічної неактивності, яка може потребувати посиленої соціальної та психологічної підтримки. Загалом отримані результати свідчать про те, що структура зайнятості ветеранів є багатовимірною та визначається поєднанням факторів військової служби, стану здоров'я та рівня соціальної адаптації.

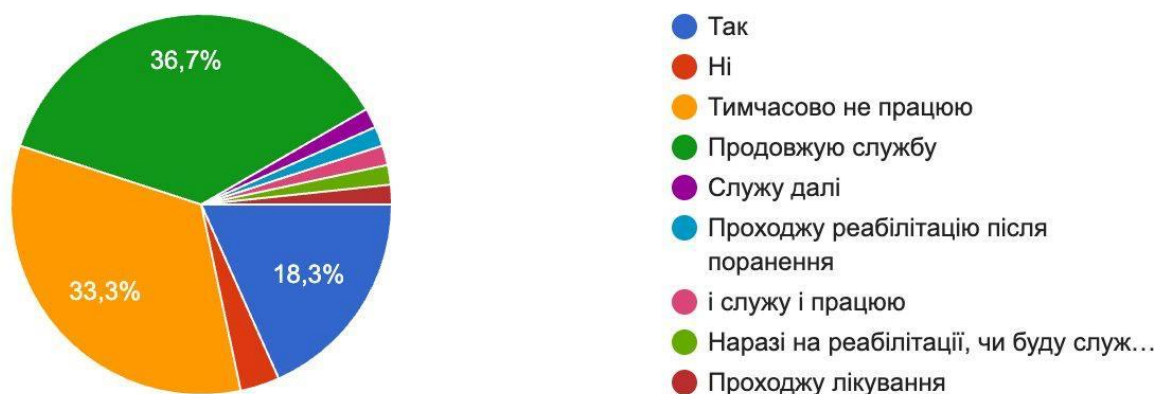


Рис. 2.5. Відповідь респондентів на питання: «Чи працюєте ви наразі?»

Аналіз сімейного стану респондентів засвідчив переважання осіб, які перебувають у зареєстрованому шлюбі (див. рис. 2.6). Так, 72% опитаних зазначили, що є одруженими, тоді як 28% респондентів є неодруженими. Отримані результати свідчать про домінування сімейно зорієнтованої частини вибірки, що може розглядатися як важливий соціально-психологічний ресурс у процесі адаптації ветеранів війни до умов цивільного життя. Наявність сімейної підтримки потенційно виконує стабілізуючу функцію, сприяючи зниженню рівня психоемоційної напруги та підвищенню стресостійкості. Водночас частка неодружених осіб (28%) також є значною, що вказує на наявність групи респондентів, для яких характерною може бути більша вразливість у контексті соціальної підтримки та необхідність розширення зовнішніх соціальних ресурсів адаптації. Так, результати аналізу сімейного стану підкреслюють важливу роль сім'ї як одного з ключових чинників психосоціальної стабілізації ветеранів війни.

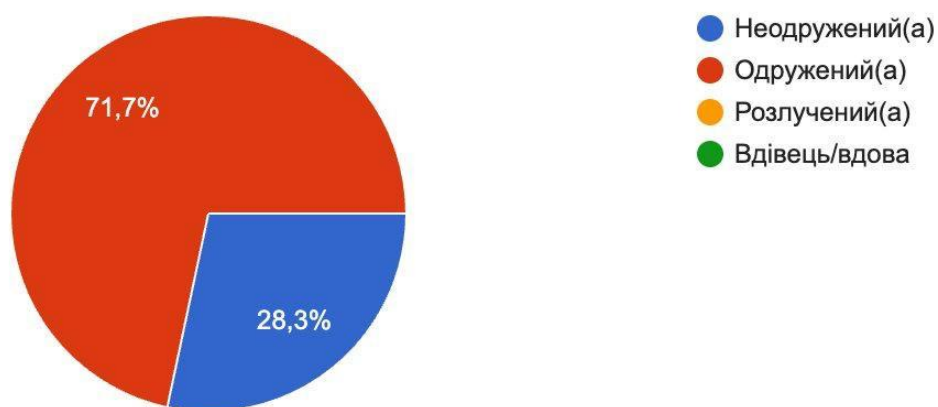


Рис. 2.6. Сімейний стан респондентів

Обробка отриманих даних здійснювалася із застосуванням методів математико-статистичного аналізу, що дозволило систематизувати результати, виявити закономірності та сформулювати обґрунтовані висновки щодо психосоціальних потреб ветеранів війни.

2.2. Дослідження рівня психоемоційного стану та соціальної адаптації ветеранів у закладах охорони здоров'я

Аналіз самооцінки респондентами свого загального психологічного стану свідчить про переважання показників середнього та зниженого рівня психологічного благополуччя, що є характерним для осіб із досвідом участі у бойових діях (див. рис. 2.7). Зокрема, лише 3% опитаних оцінили свій психологічний стан як добрий, що вказує на незначну частку респондентів із високим рівнем психологічного благополуччя. 37% визначили свій стан як задовільний, що відображає відносно стабільний, але не оптимальний рівень психоемоційного функціонування. Найбільша частка респондентів – 42% – охарактеризувала свій психологічний стан як нестабільний, що свідчить про наявність виражених коливань емоційного стану, підвищеного рівня тривожності та труднощів із психологічною саморегуляцією. 7% опитаних оцінили свій стан як критичний, що вказує на наявність виражених психологічних труднощів і потребу в інтенсивній психосоціальній підтримці. Незначна частка респондентів визначила свій стан як нормальний, «звичайний» або «більш-менш», що свідчить про індивідуальні варіації у сприйнятті власного психологічного стану та певну нечіткість його самооцінки у частини опитаних.

Окремо варто відзначити поодинокі відповіді, в яких респонденти пов'язували свій психологічний стан із особистісними особливостями ще до участі у службі, зокрема наявністю підвищеної тривожності, що ускладнює однозначну інтерпретацію впливу військового досвіду як єдиного чинника психоемоційних змін. Загалом отримані результати свідчать про переважання нестабільного та задовільного рівнів психологічного стану серед ветеранів війни, що актуалізує потребу в системній психосоціальній підтримці та заходах психологічної реабілітації.



Рис. 2.7. Відповідь респондентів на питання: «Як Ви оцінюєте свій загальний психологічний стан?»

Аналіз відповідей респондентів щодо наявності підвищеної тривожності свідчить про її значну поширеність серед ветеранів війни, що вказує на актуальність проблеми емоційної напруги у досліджуваній вибірці. Так, лише 2% опитаних зазначили, що ніколи не відчують підвищеної тривожності, що є мінімальним показником і свідчить про винятковий характер повної відсутності тривожних станів. 12% респондентів повідомили, що відчують тривожність рідко, що може свідчити про епізодичний характер емоційного напруження та відносно стабільний психологічний стан у цієї групи. Найбільша частка опитаних – 52% – зазначила, що відчуває підвищену тривожність іноді, що вказує на ситуативний характер проявів тривоги, пов'язаних із певними стресовими тригерами або умовами повсякденного життя. Водночас 27% респондентів відчують тривожність часто, що свідчить про стійкіші прояви емоційної напруги та потенційні труднощі у процесі психологічної адаптації.

Особливу увагу привертає те, що 8% опитаних відчувають підвищену тривожність постійно, що може свідчити про хронічний характер тривожних станів та потребу у спеціалізованій психологічній або психотерапевтичній допомозі. Отримані результати загалом демонструють переважання частих та епізодичних проявів тривожності серед ветеранів війни, що підтверджує високий рівень психоемоційного навантаження у досліджуваній групі та необхідність системної психосоціальної підтримки.

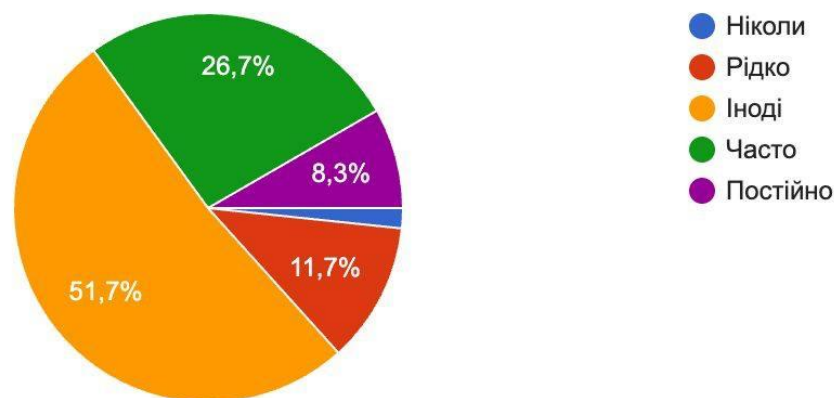


Рис. 2.8. Відповідь респондентів на питання: «Чи відчуваєте підвищену тривожність?»

Аналіз відповідей респондентів щодо наявності труднощів зі сном засвідчив поширеність порушень сну різного ступеня вираженості серед ветеранів війни, що може бути пов'язано з впливом психоемоційного стресу та наслідками бойового досвіду (див. рис. 2.9). Зокрема, лише 3% опитаних зазначили, що не мають труднощів зі сном, що свідчить про відносно незначну частку осіб із повністю збереженим сном та відсутністю відповідних скарг. Переважна більшість респондентів – 65% – повідомила про наявність епізодичних труднощів зі сном, що вказує на періодичні порушення сну, які можуть виникати під впливом стресових факторів або психоемоційного напруження. Водночас 32% опитаних відзначили, що мають часті труднощі зі сном, що свідчить про більш стійкі порушення сну, які можуть негативно впливати на загальний стан здоров'я, рівень працездатності та процеси психологічного відновлення. Отримані результати загалом демонструють високу поширеність інсомнічних проявів серед ветеранів війни, що підкреслює необхідність впровадження цілеспрямованих психосоціальних і реабілітаційних заходів, спрямованих на нормалізацію сну та зниження рівня психоемоційного навантаження.

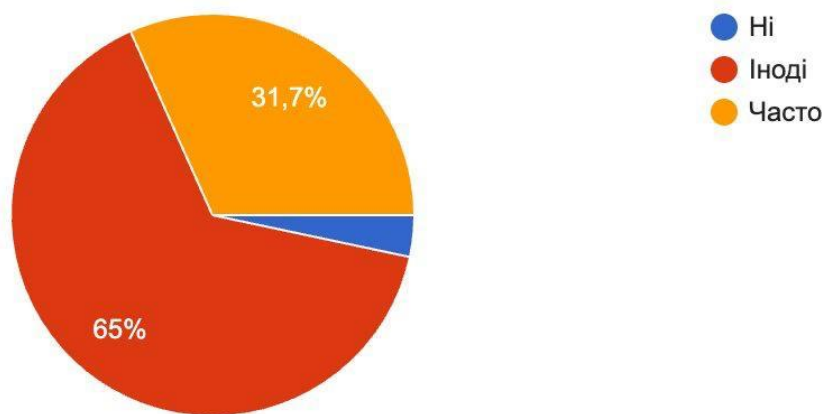


Рис. 2.9. Відповідь респондентів на питання: «Чи маєте труднощі зі сном?»

Аналіз відповідей респондентів щодо наявності різких перепадів настрою засвідчив їхню значну поширеність серед ветеранів війни, що може бути індикатором емоційної нестабільності та наслідків тривалого психотравмуючого впливу бойового досвіду (див. рис. 2.10). Так, лише 3% опитаних зазначили, що не відчують різких перепадів настрою, що свідчить про незначну частку осіб із відносно стабільним емоційним станом. Більшість респондентів – 57% – повідомили про епізодичну появу таких змін, що вказує на ситуативний характер емоційних коливань, які можуть виникати під впливом зовнішніх або внутрішніх стресових факторів. Водночас 40% опитаних зазначили, що різкі перепади настрою виникають у них часто, що свідчить про більш виражену емоційну нестабільність, труднощі емоційної регуляції та потенційно підвищений рівень психоемоційного виснаження. Отримані результати загалом вказують на домінування епізодичних і частих проявів емоційної лабільності серед ветеранів війни, що актуалізує потребу у психосоціальних втручаннях, спрямованих на стабілізацію емоційного стану та розвиток навичок саморегуляції.

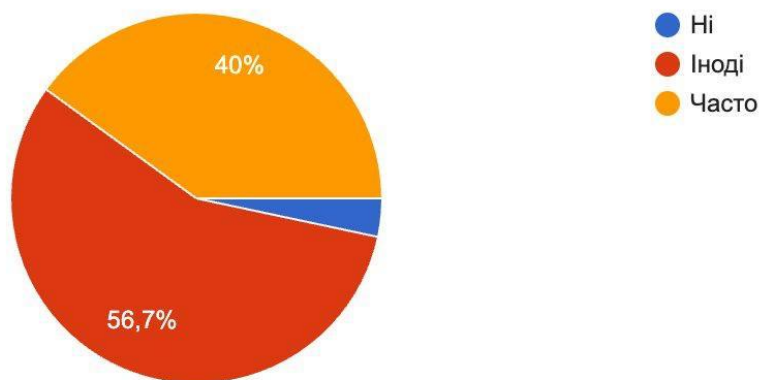


Рис. 2.10. Відповідь респондентів на питання: «Чи виникають у Вас різкі перепади настрою?»

Аналіз відповідей респондентів щодо наявності дратівливості та проявів агресії засвідчив високу поширеність емоційної напруги серед ветеранів війни, що може бути пов'язано з наслідками тривалого впливу стресових факторів бойового середовища (див. рис. 2.11). Так, лише 2% опитаних зазначили, що не відчують дратівливості або агресії, що свідчить про вкрай незначну частку осіб із повністю стабільним емоційним станом у даному аспекті. Переважна більшість респондентів – 68% – повідомили про епізодичні прояви дратівливості або агресії, що вказує на ситуативний характер емоційних реакцій, які можуть активізуватися під впливом зовнішніх подразників або стресових обставин. Водночас 30% опитаних зазначили, що відчують дратівливість або агресію часто, що свідчить про більш стійкі порушення емоційної регуляції та підвищений рівень внутрішньої напруги. Отримані результати загалом демонструють значну поширеність як епізодичних, так і частих проявів дратівливості серед ветеранів війни, що підкреслює необхідність впровадження заходів психосоціальної підтримки, спрямованих на зниження рівня емоційного напруження та розвиток конструктивних стратегій подолання стресу.

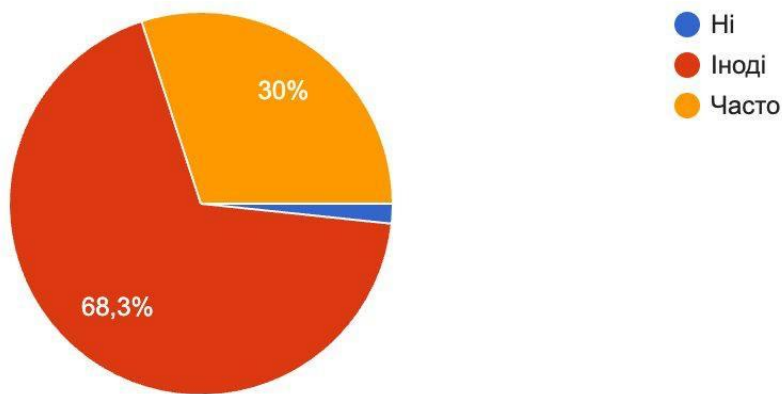


Рис. 2.11. Відповідь респондентів на питання: «Чи відчуваєте Ви дратівливість або агресію?»

Аналіз відповідей респондентів щодо уникнення соціальних контактів засвідчив наявність у значної частини ветеранів війни тенденції до соціального дистанціювання, що може бути пов'язано з психологічними наслідками травматичного досвіду та труднощами соціальної адаптації (див. рис. 2.12). Зокрема, 20% опитаних зазначили, що не уникають соціальних контактів, що свідчить про відносно збережену соціальну активність та готовність до міжособистісної взаємодії. Водночас більшість респондентів – 58% – повідомили про часткове уникнення соціальних контактів, що вказує на ситуативне обмеження соціальної взаємодії залежно від емоційного стану, контексту або рівня довіри до оточення. Окремо варто відзначити, що 22% опитаних повністю уникають соціальних контактів, що може свідчити про виражені труднощі соціальної інтеграції, підвищену замкнутість та потенційні прояви соціальної ізоляції. Отримані результати загалом демонструють переважання часткового та повного уникнення соціальних контактів серед ветеранів війни, що актуалізує потребу у розвитку програм соціальної підтримки, спрямованих на відновлення міжособистісних зв'язків та підвищення рівня соціальної включеності.

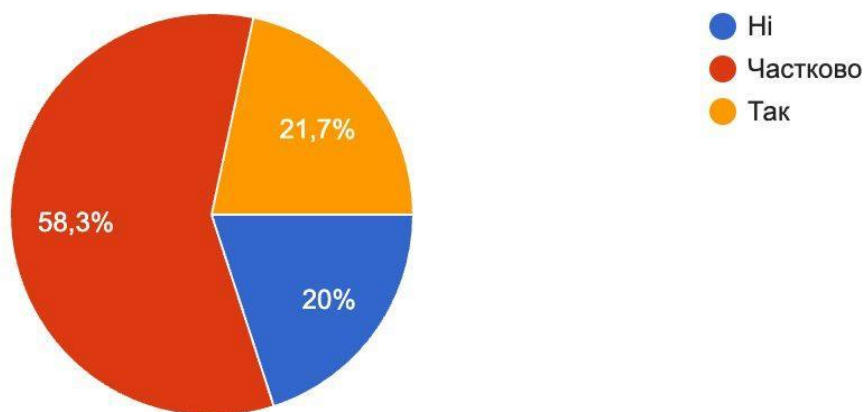


Рис. 2.12. Відповідь респондентів на питання: «Чи уникаєте Ви соціальних контактів?»

Аналіз відповідей респондентів щодо наявності труднощів у спілкуванні з родиною свідчить про те, що значна частина ветеранів війни стикається з певними комунікативними та емоційними бар'єрами у сімейному середовищі, що може бути зумовлено наслідками психотравмуючого досвіду та змінами в особистісному функціонуванні (див. рис. 2.13). Так, 17% опитаних зазначили, що не мають труднощів у спілкуванні з родиною, що свідчить про відносно стабільні та гармонійні сімейні взаємини у цій групі респондентів. Водночас більшість – 57% – повідомили про епізодичні труднощі у спілкуванні, що вказує на ситуативні конфлікти, непорозуміння або емоційні труднощі, які виникають залежно від психоемоційного стану або життєвих обставин.

Окремо варто відзначити, що 27% респондентів відчують часті труднощі у взаємодії з родиною, що може свідчити про більш стійкі порушення внутрішньосімейної комунікації, емоційну дистанціювання або зниження якості сімейної підтримки. Отримані результати загалом вказують на переважання епізодичних та частих труднощів у сімейному спілкуванні серед ветеранів війни, що підкреслює важливість психосоціальної роботи, спрямованої на відновлення та зміцнення сімейних відносин як одного з ключових ресурсів психологічної стабілізації.

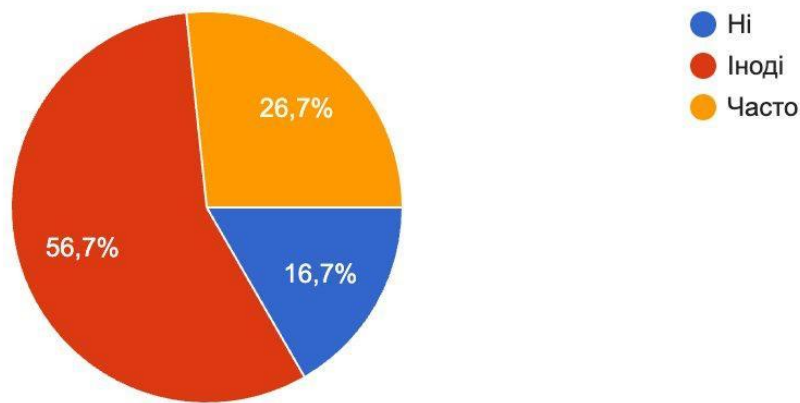


Рис. 2.13. Відповідь респондентів на питання: «Чи відчуваєте труднощі у спілкуванні з родиною?»

Аналіз відповідей респондентів щодо попереднього звернення до психолога або психотерапевта свідчить про надзвичайно високий рівень залученості ветеранів війни до психосоціальної та психотерапевтичної допомоги (див. рис. 2.14). Так, 88% опитаних зазначили, що раніше зверталися до психолога або психотерапевта, що може свідчити як про наявність виражених психоемоційних труднощів, так і про підвищення обізнаності та доступності психологічної допомоги для даної категорії населення. Дане також може відображати формування культури звернення по професійну психологічну підтримку серед ветеранів війни. Водночас 12% респондентів повідомили, що не мали досвіду звернення до фахівців психологічного профілю. Така група може характеризуватися як потенційно менш охоплена системою психосоціальної підтримки або як така, що використовує альтернативні (неформальні) ресурси подолання стресу. Отримані дані загалом свідчать про високу поширеність досвіду отримання психологічної допомоги серед ветеранів війни, що підкреслює значущість психосоціального супроводу у процесі їхньої адаптації до цивільного життя та відновлення психологічного благополуччя.

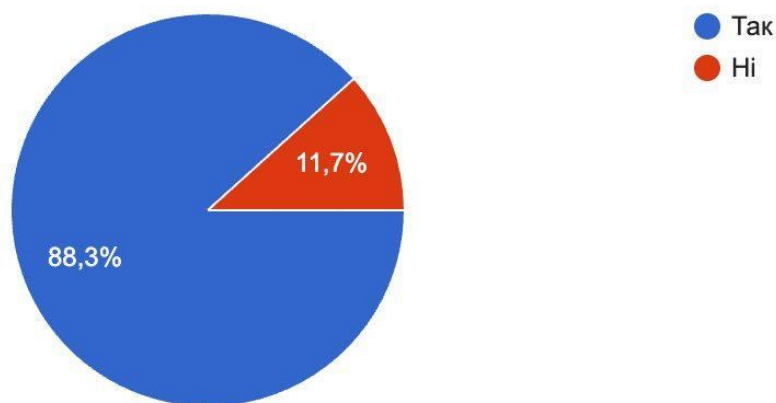


Рис. 2.14. Відповідь респондентів на питання: «Чи зверталися Ви раніше до психолога або психотерапевта?»

Аналіз відповідей респондентів щодо отримання психологічної допомоги в закладах охорони здоров'я свідчить про високу залученість ветеранів війни до системи медико-психологічної підтримки, а також про різноманітність форматів її надання (див. рис. 2.15). Так, 82% опитаних зазначили, що отримували психологічну допомогу в закладах охорони здоров'я, що свідчить про домінування медичної моделі надання психосоціальної підтримки та достатньо широкий доступ до відповідних послуг. Дане також може вказувати на підвищену потребу у фаховій психологічній допомозі серед ветеранів війни. Водночас 12% респондентів повідомили, що не отримували психологічної допомоги у закладах охорони здоров'я, що може свідчити про наявність певних бар'єрів доступу або недостатнє залучення цієї групи до системи медико-психологічного супроводу. Окремі поодинокі відповіді відображають різні форми та умови отримання психологічної допомоги, зокрема під час лікування, у період реабілітації після поранення, а також у форматі періодичних консультацій психолога і психіатра. Такі дані свідчать про варіативність організації психологічної підтримки залежно від індивідуальних потреб та етапів медичної допомоги. Загалом результати вказують на переважання медично інтегрованої психологічної допомоги у закладах охорони здоров'я, що

підкреслює важливу роль системи охорони здоров'я у забезпеченні психосоціальної підтримки ветеранів війни.

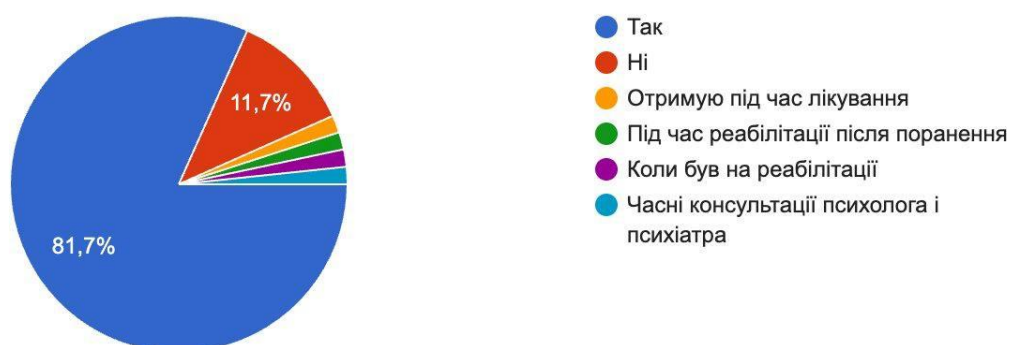


Рис. 2.15. Відповідь респондентів на питання: «Чи отримували Ви психологічну допомогу в закладі охорони здоров'я?»

Аналіз відповідей респондентів щодо фахівців, які надавали психологічну допомогу, свідчить про домінування психологічного супроводу в системі підтримки ветеранів війни, а також про певну невизначеність частини опитаних щодо професійної кваліфікації надавачів допомоги (див. рис. 2.16). Так, найбільша частка респондентів – 55% – зазначила, що психологічну допомогу їм надавав психолог. Дане вказує на провідну роль психологів у системі психосоціальної підтримки ветеранів у закладах охорони здоров'я та реабілітаційних структурах. 17% опитаних отримували допомогу від психотерапевта, що свідчить про залучення спеціалістів більш вузького психотерапевтичного профілю до процесу відновлення психічного здоров'я. 7% респондентів зазначили, що допомогу надавав лікар, що потребує уточнення спеціалізації (зокрема, можливе залучення лікарів-психіатрів або лікарів інших профілів). Крім того, 2% вказали на отримання допомоги у приватного психотерапевта, що відображає використання альтернативних або позасистемних форматів психологічної підтримки. Частина відповідей свідчить про невизначеність респондентів щодо статусу фахівця, зокрема формулювання «не знаю, хто це був» або відсутність розуміння професійної ролі спеціаліста. Дане може

вказувати на недостатній рівень поінформованості отримувачів послуг щодо структури психологічної допомоги.

Окремо зафіксовано поодинокі відповіді, що поєднували кілька варіантів фахівців, а також зазначення одночасної участі психолога і психотерапевта, що свідчить про мультидисциплінарний характер надання допомоги в окремих випадках. Також 2% респондентів відзначили, що «не кожен може їх зрозуміти, оскільки мало тих, хто побував у подібних умовах», що відображає суб'єктивне відчуття недостатньої емпатійності або релевантності отриманої допомоги. Ще 1,7% зазначили отримання «частних консультацій психолога і психіки», що потребує уточнення формулювання, але загалом вказує на неформалізований характер звернень. Так, отримані дані свідчать про провідну роль психологів у системі надання допомоги, водночас виявляють проблему недостатньої поінформованості частини ветеранів щодо професійного статусу фахівців, а також окремі випадки фрагментарного або неструктурованого отримання психологічних послуг.

Поряд із цим встановлено, що у структурі психосоціальної підтримки недостатньо представлена та використовується потенційна роль фахівців із соціальної роботи, що призводить до неповного охоплення соціальних потреб ветеранів. Наявний кадровий дефіцит соціальних працівників у закладах охорони здоров'я зумовлює обмеженість соціального супроводу, недостатню індивідуалізацію допомоги та слабку координацію між медичними, психологічними та соціальними послугами. Це, у свою чергу, знижує ефективність комплексної підтримки та ускладнює довготривалу реабілітацію. Результати підкреслюють необхідність посилення кадрового потенціалу саме соціальної роботи в системі охорони здоров'я як ключового елементу забезпечення цілісної та безперервної психосоціальної допомоги ветеранам.

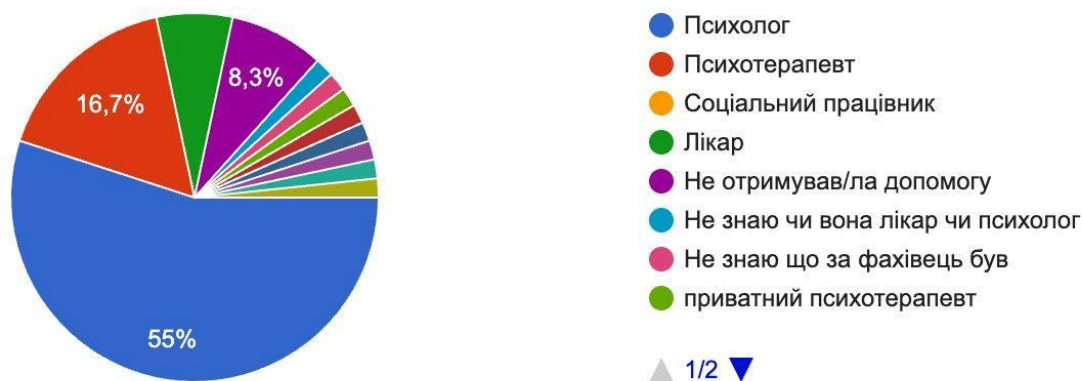


Рис. 2.16. Відповідь респондентів на питання: «Якщо так, хто надавав допомогу?»

Аналіз частоти отримання психологічної підтримки респондентами свідчить про переважання епізодичних і періодичних форм звернення до фахової допомоги, що відображає нерівномірний характер психосоціального супроводу ветеранів війни (див. рис. 2.17). Так, 23% опитаних зазначили, що отримували психологічну підтримку одноразово, що може свідчити про кризовий або ситуативний характер звернення без подальшого супроводу. Найбільша частка респондентів – 45% – повідомила про періодичне отримання психологічної допомоги, що вказує на непостійний, але повторюваний характер взаємодії з фахівцями. Регулярну психологічну підтримку отримують 13% опитаних, що свідчить про відносно невелику, але стабільну групу респондентів, охоплених системним психосоціальним супроводом. Водночас 8% респондентів зазначили, що не отримували психологічної допомоги, а 2% вказали, що наразі її не отримують, що може свідчити про наявність певних бар'єрів доступу або відсутність потреби/мотивації до звернення.

Окремі поодинокі відповіді відображають уточнення щодо кількості звернень або контексту отримання допомоги, зокрема: дворазове звернення, отримання підтримки під час реабілітації або лікування, а також поєднання роботи психотерапевта і психолога. Дане свідчить про фрагментарність досвіду частини респондентів та залежність психологічної підтримки від медичних або реабілітаційних етапів. Загалом результати вказують на

домінування періодичної та одноразової психологічної підтримки серед ветеранів війни, що свідчить про недостатню системність психосоціального супроводу та актуалізує потребу в його безперервності та довготривалості.

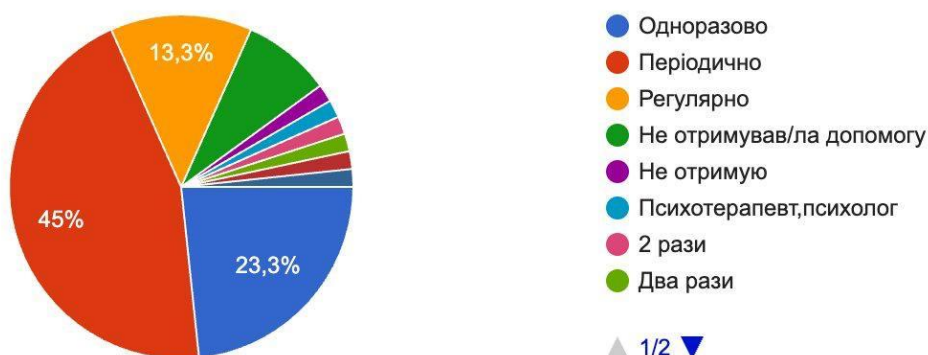


Рис. 2.17. Відповідь респондентів на питання: «Чи часто Ви отримуєте психологічну підтримку?»

Аналіз оцінки респондентами достатності часу, який їм приділяють спеціалісти, свідчить про неоднорідність сприйняття якості та повноти психосоціальної допомоги, що надається ветеранам війни (див. рис. 2.18). Так, 30% опитаних вважають, що спеціалісти приділяють їм достатньо часу, що може свідчити про задоволеність тривалістю та якістю консультацій у цій групі респондентів. Водночас найбільша частка – 33% – зазначила, що час приділяється частково достатньо, що відображає помірний рівень задоволеності та наявність певних обмежень у тривалості або глибині взаємодії зі спеціалістами. 18% респондентів висловили думку, що часу недостатньо, що вказує на наявність запиту на більш тривалий і глибокий психологічний супровід.

Окремі категорії відповідей відображають різні додаткові аспекти оцінки: відсутність досвіду отримання допомоги, складність визначення власної оцінки, перебування у процесі лікування або реабілітації, специфіку групових занять як фактор обмеження індивідуального часу, а також суб'єктивні установки на кшталт «примусового звернення» чи байдужого ставлення до тривалості консультацій. Такі відповіді свідчать про індивідуальні особливості сприйняття психосоціальної підтримки та різний

рівень залученості до неї. Загалом отримані результати демонструють, що хоча частина респондентів задоволена обсягом часу взаємодії зі спеціалістами, переважають оцінки часткової або недостатньої достатності, що вказує на необхідність оптимізації тривалості та формату надання психологічної допомоги ветеранам війни.



Рис. 2.18. Відповідь респондентів на питання: «Чи достатньо часу приділяють Вам спеціалісти?»

Аналіз відповідей респондентів щодо рівня довіри до фахівців, які надають психологічну допомогу, свідчить про переважання часткової довіри та наявність неоднозначного ставлення до системи психосоціальної підтримки (див. рис. 2.19). Так, 27% опитаних зазначили, що повністю довіряють фахівцям, що вказує на сформований позитивний терапевтичний контакт і задоволеність якістю отримуваної допомоги. Водночас найбільша частка респондентів – 47% – повідомила про часткову довіру, що свідчить про амбівалентне ставлення, за якого довіра формується вибірково та залежить від конкретних ситуацій, досвіду або особистості спеціаліста. 17% опитаних висловили відсутність довіри до фахівців, що може бути пов’язано з попереднім негативним досвідом взаємодії, недостатнім рівнем емпатії або невідповідністю очікувань щодо отриманої допомоги.

Окремі відповіді відображають варіативність досвіду: частина респондентів не отримувала допомогу або не має досвіду взаємодії з фахівцями, що унеможлиблює формування оцінки довіри; інші зазначили, що довіра залежить від конкретного спеціаліста або стосується лише

окремих лікарів. Загалом отримані результати свідчать про домінування часткової довіри до фахівців, що вказує на необхідність посилення якості терапевтичної взаємодії, підвищення рівня емпатії та формування стабільного довірчого контакту як ключового елементу ефективної психосоціальної підтримки ветеранів війни.

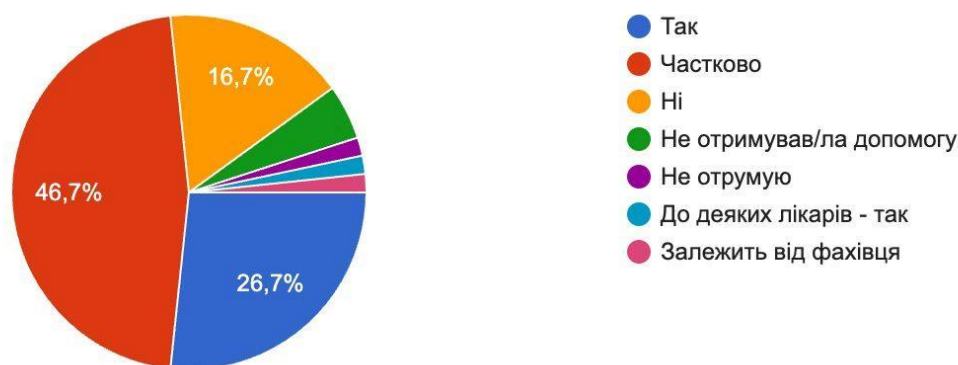


Рис. 2.19. Відповідь респондентів на питання: «Чи відчуваєте Ви довіру до фахівців?»

Аналіз оцінки респондентами якості наданої психологічної допомоги свідчить про переважання часткової задоволеності, що вказує на неоднорідність сприйняття ефективності психосоціальної підтримки ветеранів війни (див. рис. 2.20). Так, 15% опитаних зазначили, що повністю задоволені якістю наданої допомоги, що свідчить про позитивний досвід взаємодії зі спеціалістами та ефективність отриманих послуг у цій групі респондентів. Найбільша частка – 50% – висловила часткову задоволеність, що відображає помірно позитивну оцінку з наявністю певних зауважень або невідповідностей очікуванням. Водночас 17% респондентів повідомили про незадоволеність якістю наданої допомоги, що може вказувати на наявність системних або індивідуальних проблем у процесі надання психосоціальних послуг, зокрема щодо їхньої доступності, тривалості або змістовного наповнення.

Окремі поодинокі відповіді відображають різні варіанти ставлення та досвіду: відсутність отримання допомоги, неможливість оцінити її якість, байдужість, складність формування чіткої оцінки, а також випадки

одноразового задовільного досвіду без подальшого супроводу. Такі відповіді свідчать про фрагментарність досвіду частини респондентів та обмеженість контакту з системою психологічної допомоги. Загалом результати демонструють, що якість наданої психологічної допомоги переважно оцінюється як частково задовільна, однак наявність значної частки незадоволених респондентів вказує на необхідність підвищення стандартів психосоціальної підтримки, її системності та орієнтації на індивідуальні потреби ветеранів війни.



Рис. 2.20. Відповідь респондентів на питання: «Чи задоволені Ви якістю наданої допомоги?»

Аналіз відповідей респондентів щодо відчуття підтримки з боку медичного персоналу свідчить про загалом позитивне, але неоднорідне сприйняття якості міжособистісної взаємодії в системі медико-психологічної допомоги (див. рис. 2.21). Так, 52% опитаних зазначили, що відчують підтримку з боку медичного персоналу, що свідчить про наявність у більшості респондентів позитивного досвіду взаємодії та достатній рівень емпатійного ставлення з боку фахівців. Водночас 28% респондентів повідомили про часткове відчуття підтримки, що вказує на ситуативний або неповністю стабільний характер взаємодії, залежний від умов надання допомоги або конкретних спеціалістів. 10% опитаних зазначили, що не відчують підтримки з боку медичного персоналу, що може свідчити про наявність проблем у комунікації, дефіцит емоційної включеності або недостатню персоналізованість допомоги.

Окремі поодинокі відповіді відображають різні контексти взаємодії: відсутність отримання допомоги або її неактуальність на момент опитування, а також критичні оцінки, пов'язані з уявленням про перевантаженість медичного персоналу, недостатність ресурсів та обмеженість часу для повноцінної підтримки пацієнтів. Такі висловлювання свідчать про усвідомлення системних труднощів у роботі медичної сфери, що впливають на якість наданої підтримки. Загалом результати вказують на переважання позитивного та частково позитивного сприйняття підтримки з боку медичного персоналу, однак наявність негативних оцінок і критичних зауважень актуалізує потребу в посиленні комунікативної складової медико-психологічної допомоги та оптимізації умов роботи фахівців.



Рис. 2.21. Відповідь респондентів на питання: «Чи відчуваєте підтримку з боку медичного персоналу?»

Аналіз відповідей респондентів щодо найбільш корисних форм психосоціальної підтримки свідчить про домінування індивідуалізованих та реабілітаційних підходів у структурі запитів ветеранів війни (див. рис. 2.22). Так, найбільш корисними були визначені індивідуальні консультації, які обрали 37% опитаних. Дане свідчить про високу значущість персоналізованого підходу в роботі з ветеранами, що дозволяє враховувати індивідуальні психологічні особливості, специфіку травматичного досвіду та актуальні потреби кожного респондента. Реабілітаційні програми були відзначені як корисні 20% респондентів, що підкреслює важливість комплексного відновлення, яке поєднує медичні, психологічні та соціальні

компоненти підтримки. Групова терапія отримала позитивну оцінку 12% опитаних, що свідчить про її ефективність для частини ветеранів у контексті соціальної взаємодії, обміну досвідом та зниження відчуття ізоляції. Соціальний супровід був визначений як корисний лише 2% респондентів, що може вказувати на недостатню поширеність або обмежену інформованість щодо даного виду підтримки.

Водночас значна частина відповідей відображає відсутність позитивного досвіду або невизначеність оцінки: 7% респондентів не отримували допомогу, 2% зазначили, що не отримують її наразі, а також наявні поодинокі відповіді щодо відсутності користі від запропонованих форм підтримки. Окремі респонденти зазначали, що брали участь лише у групових формах або не змогли диференціювати ефективність різних видів допомоги. Також зафіксовано комбіновані відповіді (наприклад, «перше, друге, четверте» або аналогічні), що свідчить про багатоконпонентний характер отриманої підтримки у частини опитаних. Загалом результати демонструють, що найбільш ефективною та затребуваною формою психосоціальної підтримки є індивідуальні консультації, тоді як реабілітаційні та групові програми відіграють додаткову, але важливу роль у процесі відновлення ветеранів війни.

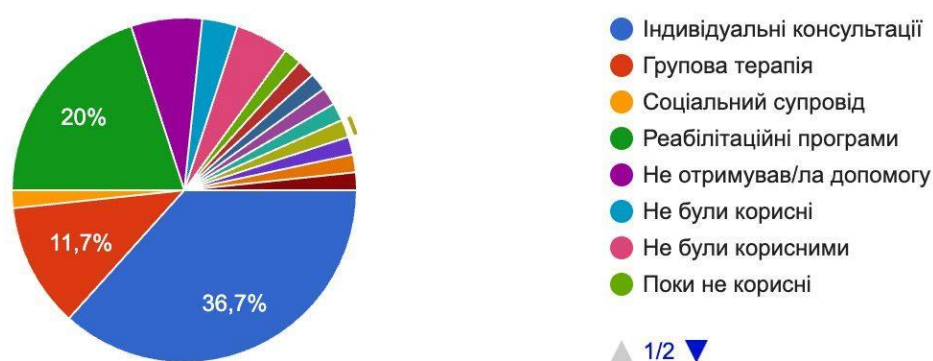


Рис. 2.22. Відповідь респондентів на питання: «Які форми підтримки були найбільш корисними?»

Аналіз відповідей респондентів щодо труднощів повернення до мирного життя свідчить про домінування адаптаційних проблем серед ветеранів війни, що вказує на високий рівень складності процесу соціальної реінтеграції (див. рис. 2.23). Так, лише 10% опитаних зазначили, що не мають труднощів із поверненням до мирного життя, що свідчить про відносно невелику групу осіб із успішною соціально-психологічною адаптацією. Часткові труднощі відзначили 22% респондентів, що вказує на наявність ситуативних або окремих складнощів у процесі адаптації до цивільного середовища. Водночас переважна більшість опитаних – 65% – повідомила про наявність труднощів із поверненням до мирного життя, що свідчить про значні адаптаційні виклики, пов'язані з психологічними наслідками бойового досвіду, зміною соціальних ролей та необхідністю перебудови життєвих стратегій.

Окремі поодинокі відповіді відображають невизначеність або неоднозначність самооцінки власного стану («не знаю») або зазначення наявності труднощів у минулому («мав»), що може свідчити про динамічний характер процесу адаптації. Загалом отримані результати вказують на високий рівень труднощів повернення до мирного життя серед ветеранів війни, що підкреслює необхідність системної та довготривалої психосоціальної підтримки, спрямованої на полегшення процесу соціальної реінтеграції та відновлення життєвої стабільності.

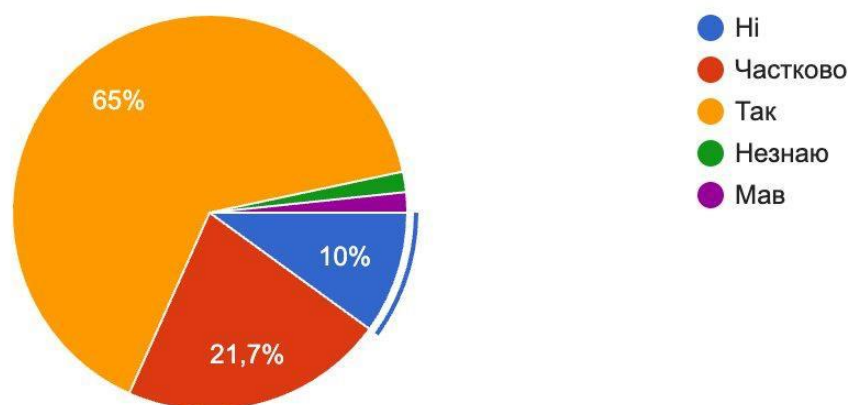


Рис. 2.23. Відповідь респондентів на питання: «Чи маєте Ви труднощі з поверненням до мирного життя?»

Аналіз відповідей респондентів щодо відчуття підтримки з боку родини свідчить про домінування позитивних оцінок сімейного середовища як важливого ресурсу соціально-психологічної адаптації ветеранів війни (див. рис. 2.24). Так, 90% опитаних зазначили, що відчують підтримку з боку родини, що вказує на високу значущість сім'ї як базового джерела емоційної стабільності, безпеки та психологічного відновлення після участі у бойових діях. Такий результат свідчить про високий потенціал родинного оточення у процесі ресоціалізації ветеранів. Водночас 8% респондентів повідомили про часткове відчуття підтримки, що може свідчити про нерівномірність сімейної взаємодії, наявність певних комунікативних труднощів або обмежену емоційну включеність родини у проблеми ветерана. Лише 2% опитаних зазначили відсутність підтримки з боку родини, що вказує на незначну, але соціально вразливу групу респондентів, для яких сімейна система не виконує функцію психологічного ресурсу. Загалом отримані результати засвідчують, що родина є провідним фактором психосоціальної підтримки ветеранів війни, відіграючи ключову роль у процесах їхньої емоційної стабілізації та соціальної адаптації.

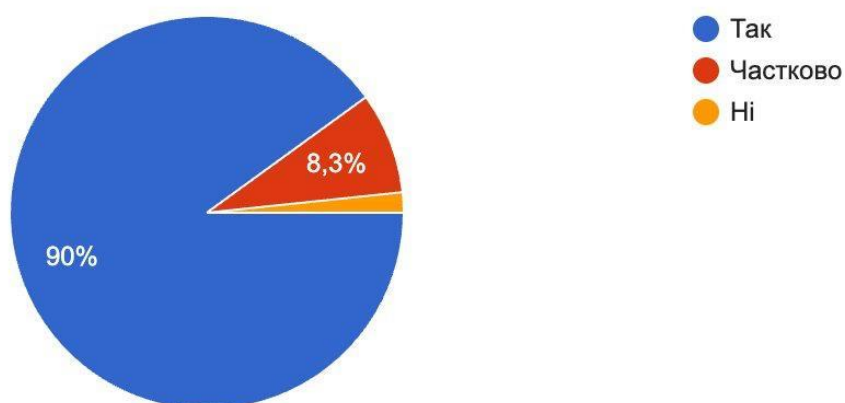


Рис. 2.24. Відповідь респондентів на питання: «Чи відчуваєте Ви підтримку з боку родини?»

Аналіз відповідей респондентів щодо відчуття підтримки з боку громади та суспільства засвідчив переважання часткової та недостатньої соціальної підтримки, що є важливим індикатором рівня соціальної інтеграції ветеранів війни (див. рис. 2.25). Так, лише 12% опитаних зазначили, що відчують підтримку з боку громади/суспільства, що свідчить про відносно низький рівень повної соціальної включеності та позитивного сприйняття ветеранів у соціальному середовищі. Найбільша частка респондентів – 57% – повідомила про часткове відчуття підтримки, що вказує на неоднозначний характер соціальної взаємодії, за якого підтримка є фрагментарною, ситуативною або залежною від конкретних соціальних контекстів. Водночас 32% опитаних зазначили, що не відчують підтримки з боку громади та суспільства, що свідчить про наявність суттєвої групи соціально вразливих респондентів, які можуть переживати відчуження, недостатню соціальну прийнятність або стигматизацію. Отримані результати загалом вказують на недостатній рівень суспільної підтримки ветеранів війни, що підкреслює необхідність розвитку громадських ініціатив, посилення інклюзивних практик та формування позитивного ставлення до ветеранів як важливої складової соціальної політики.

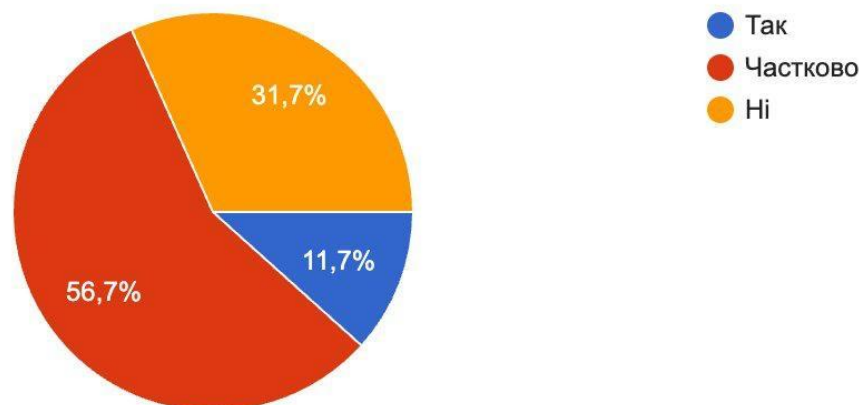


Рис. 2.25. Відповідь респондентів на питання: «Чи відчуваєте Ви підтримку з боку громади / суспільства?»

Аналіз відповідей респондентів щодо потреби у допомозі з працевлаштуванням або перекваліфікацією засвідчив високий рівень актуальності професійної реінтеграції для ветеранів війни (див. рис. 2.26). Так, 63% опитаних зазначили, що потребують допомоги у працевлаштуванні або перекваліфікації, що свідчить про наявність значного запиту на професійний супровід, спрямований на відновлення або зміну трудової зайнятості після участі у бойових діях. Дане може бути зумовлено як змінами у стані здоров'я, так і необхідністю адаптації до умов цивільного ринку праці. Водночас 35% респондентів повідомили про відсутність такої потреби, що може вказувати на вже сформовану професійну зайнятість або достатній рівень адаптації до трудової діяльності. Окремо 2% опитаних зазначили невизначеність свого статусу («стан підвішений»), що відображає тимчасову невпевненість у подальших професійних планах та потребу у додатковому соціально-професійному супроводі. Загалом отримані результати свідчать про те, що більшість ветеранів війни потребує підтримки у сфері працевлаштування та перекваліфікації, що актуалізує необхідність розвитку програм професійної адаптації та інтеграції у цивільний ринок праці.

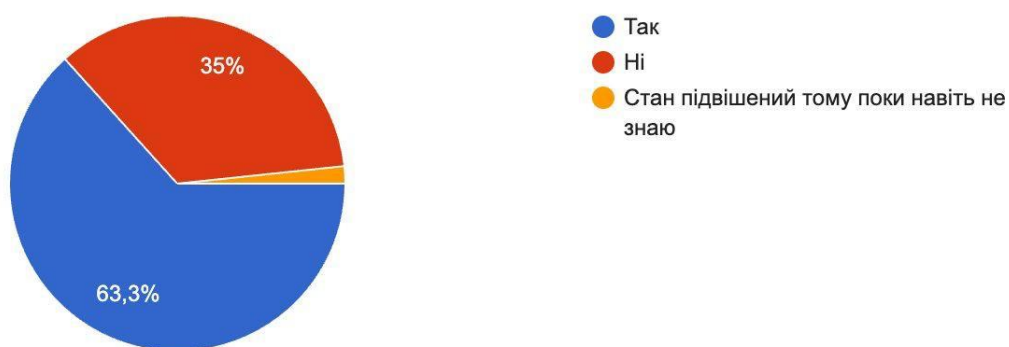


Рис. 2.26. Відповідь респондентів на питання: «Чи потребуєте Ви допомоги в працевлаштування або перекваліфікації?»

Аналіз відповідей респондентів щодо видів допомоги, яких їм найбільше бракує, свідчить про наявність комплексних і багаторівневих потреб ветеранів війни, що охоплюють як медико-психологічну, так і

соціально-правову сфери (див. рис. 2.27). Найбільш виражений запит зафіксовано на медичну реабілітацію – 52%, що вказує на значну потребу у відновлювальних заходах після поранень, психофізичних навантажень та наслідків бойового стресу. Високий рівень потреби також спостерігається у сфері юридичної допомоги – 47%, що свідчить про актуальність правового супроводу, зокрема у питаннях статусів, соціальних гарантій та процедурного оформлення документів. Соціальної допомоги бракує 36,7% респондентів, що відображає потребу у посиленні соціального супроводу, інтеграційних програм та підтримки процесу адаптації до цивільного життя. Психологічну допомогу як недостатню визначили 30% опитаних, що підкреслює збереження високої потреби у психосоціальній підтримці та стабілізації емоційного стану.

Менша частка респондентів зазначила потребу у підтримці сім'ї, що може свідчити як про відносно високий рівень сімейної підтримки в загальній вибірці, так і про наявність труднощів у частини опитаних у сімейних взаєминах. Поодинокі відповіді стосуються фінансової допомоги, відсутності потреб у додатковій підтримці, а також специфічних запитів щодо юридичного супроводу процедур звільнення зі служби. Такі відповіді відображають індивідуальні, вузькоспеціалізовані потреби та неоднозначність інтерпретації окремих видів допомоги респондентами. Загалом результати свідчать про домінування потреб у медичній реабілітації та юридичній допомозі, що вказує на необхідність комплексного підходу до організації психосоціальної підтримки ветеранів війни з урахуванням їхніх багатовимірних запитів.

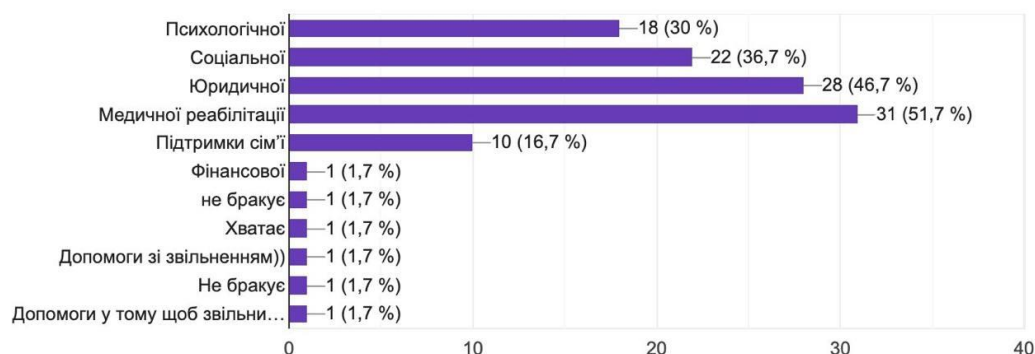


Рис. 2.27. Відповідь респондентів на питання: «Яких видів допомоги Вам найбільше бракує?»

Аналіз відповідей респондентів щодо труднощів, які виникають під час отримання допомоги, засвідчив наявність системних бар'єрів у сфері психосоціального та медичного супроводу ветеранів війни (див. рис. 2.28). Найбільш поширеною проблемою визначено формальний підхід до надання допомоги – 58%, що свідчить про недостатню індивідуалізацію послуг та обмежену орієнтацію на реальні потреби ветеранів. Другою за значущістю проблемою є недовіра до системи допомоги та/або фахівців – 50%, що вказує на наявність проблем у формуванні терапевтичного контакту та якості міжособистісної взаємодії. 42% респондентів зазначили брак фахівців, що відображає кадровий дефіцит у сфері психосоціальної підтримки. Також 23% опитаних вказали на нестачу інформації, що свідчить про недостатню поінформованість ветеранів щодо доступних послуг, механізмів отримання допомоги та існуючих програм підтримки. Лише 10% респондентів повідомили про відсутність труднощів під час отримання допомоги, що свідчить про наявність відносно невеликої групи осіб із позитивним досвідом взаємодії з системою підтримки.

Окремі поодинокі відповіді відображають додаткові бар'єри, зокрема бюрократичні труднощі, обмеженість часу консультацій, недостатню тривалість взаємодії зі спеціалістами, недосконалість законодавчого регулювання, а також суб'єктивне відчуття нерозуміння з боку фахівців

досвіду ветеранів. Такі висловлювання вказують на як структурні, так і комунікативні проблеми у системі надання допомоги. Загалом отримані результати свідчать про домінування організаційних, кадрових та комунікативних труднощів, що суттєво впливають на ефективність отримання допомоги та потребують системного вдосконалення механізмів психосоціальної підтримки ветеранів війни.

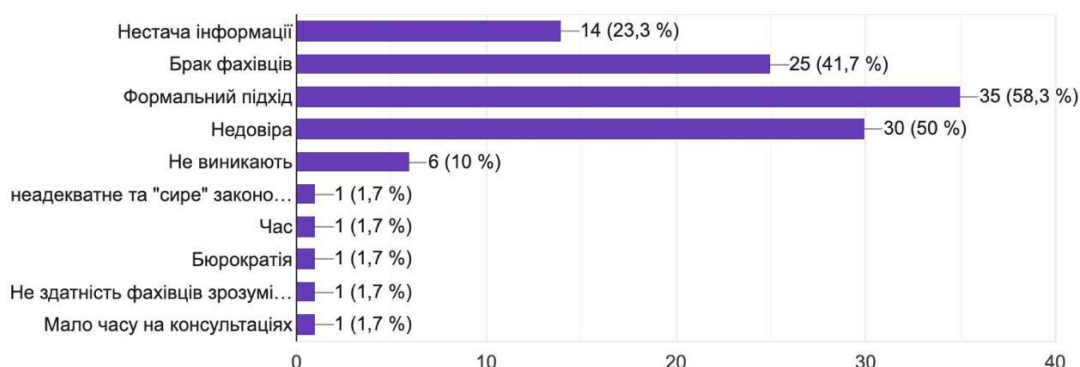


Рис. 2.28. Відповідь респондентів на питання: «Які труднощі виникають під час отримання допомоги?»

Аналіз відповідей респондентів щодо необхідності розширення програм психосоціальної підтримки в закладах охорони здоров'я засвідчив однозначну тенденцію до визнання актуальності та недостатності наявного обсягу відповідних послуг (див. рис. 2.29). Так, переважна більшість опитаних – 88% – вважає, що програми психосоціальної підтримки варто розширити. Такий високий показник свідчить про значний суспільний запит серед ветеранів війни на посилення системи психологічної, соціальної та реабілітаційної допомоги, а також на підвищення її доступності, якості та системності. Лише 2% респондентів висловилися проти розширення таких програм, що є статистично незначною часткою та може відображати індивідуальну задоволеність наявним рівнем підтримки або відсутність потреби в її розширенні. 10% опитаних зазначили, що їм важко відповісти на це питання, що може свідчити про недостатній досвід взаємодії з відповідними програмами або невизначеність у їхній оцінці. Загалом отримані результати чітко демонструють домінування запиту на розширення

програм психосоціальної підтримки у закладах охорони здоров'я, що підкреслює необхідність подальшого розвитку та удосконалення системи допомоги ветеранам війни з урахуванням їхніх актуальних потреб.

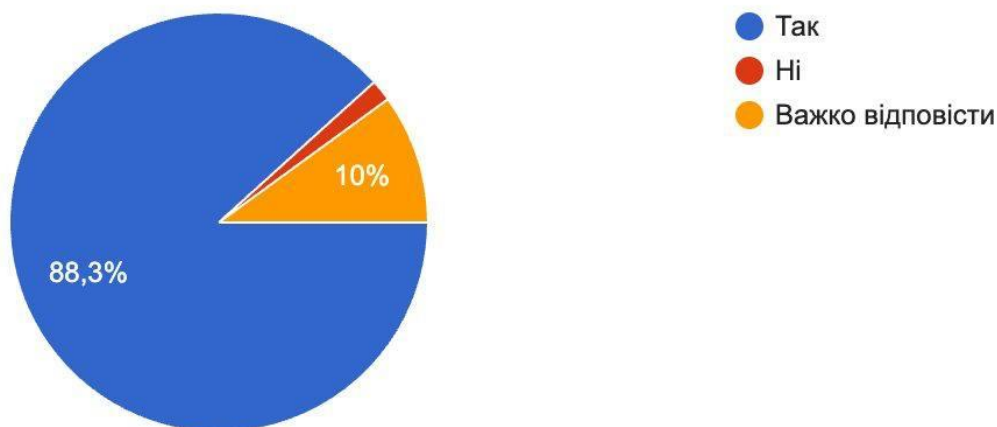


Рис. 2.29. Відповідь респондентів на питання: «Чи вважаєте Ви, що програми психосоціальної підтримки в закладах охорони здоров'я слід розширити?»

Аналіз відкритих відповідей респондентів щодо пропозицій з удосконалення системи психосоціальної підтримки ветеранів війни дозволив виокремити низку ключових проблемних зон та очікуваних напрямів її розвитку. Отримані дані мають переважно якісний характер і відображають суб'єктивний досвід ветеранів, що дозволяє глибше зрозуміти обмеження чинної системи допомоги.

Узагальнення відповідей дає підстави констатувати, що найбільш повторюваними є запити щодо підвищення якості фахівців та рівня довіри до них. Респонденти наголошують на недостатньому рівні компетентності частини спеціалістів, відсутності у них релевантного досвіду розуміння військової специфіки, що, на думку опитаних, ускладнює формування довірливих відносин. У цьому контексті підкреслюється потреба у залученні фахівців, які мають безпосередній досвід військової служби або глибоку підготовку у сфері роботи з військовими травмами. Значна частина відповідей стосується проблем організаційного характеру, зокрема надмірної бюрократії, черг, обмеженого часу консультацій та недостатньої

кількості фахівців. Респонденти відзначають необхідність збільшення кадрового ресурсу, розширення тривалості індивідуальних сесій, а також підвищення оперативності надання допомоги, особливо у кризових ситуаціях.

Окремий блок пропозицій пов'язаний із необхідністю посилення інформування ветеранів щодо доступних послуг, механізмів отримання допомоги та ролі соціальних працівників. Вказується на недостатній рівень поінформованості та складність орієнтації у системі підтримки, що знижує її ефективність. Важливе місце займають також пропозиції щодо індивідуалізації підходів. Респонденти підкреслюють необхідність відходу від формалізованих універсальних моделей допомоги на користь персоналізованого підходу, орієнтованого на конкретний життєвий досвід, стан здоров'я та соціальні потреби ветеранів.

Окремо акцентується потреба у підвищенні довіри до системи допомоги, розвитку довготривалих терапевтичних відносин, дестигматизації звернення до психологічної підтримки, а також формуванні більшої поваги до ветеранів у суспільстві. Респонденти також відзначають важливість соціальних заходів, спрямованих на відкритий діалог між ветеранами та суспільством, що сприятиме подоланню соціальної дистанції. Частина відповідей стосується необхідності комплексних системних змін, зокрема впровадження обов'язкової психологічної діагностики під час ротацій або демобілізації, організації декомпресійних заходів після бойових дій, розвитку груп підтримки та забезпечення безперервного супроводу ветеранів у процесі реабілітації та повернення до цивільного життя.

Узагальнюючи отримані результати, слід констатувати наявність низки системних прогалин у функціонуванні існуючої моделі психосоціальної підтримки, значна частина яких може бути ефективно компенсована через посилення ролі фахівця із соціальної роботи в закладах охорони здоров'я. Зокрема, виявлені проблеми недостатньої поінформованості ветеранів, фрагментарності супроводу, слабкої

міжвідомчої координації, а також обмеженого соціального патронажу після завершення лікування безпосередньо належать до сфери компетенції соціального працівника. Саме він може забезпечити безперервність соціального супроводу, індивідуалізацію соціальних послуг, навігацію у системі допомоги, а також налагодження ефективної взаємодії між медичними, психологічними та соціальними інституціями.

Далі перейдемо до аналізу відповідей за опитувальником. Аналіз самооцінки респондентами загальної якості життя засвідчив переважання середніх значень оцінювання з тенденцією до помірно позитивного сприйняття власного життєвого стану. Так, найчастіше респонденти оцінювали якість свого життя на рівні 3 балів – 47%, що свідчить про домінування нейтрально-задовільного сприйняття, без чітко вираженого відчуття високого або низького благополуччя. Оцінку 4 бали надали 35% опитаних, що вказує на відносно позитивне сприйняття якості життя та наявність певного рівня задоволеності життєвими умовами.

Низькі оцінки (2 бали) зафіксовано у 17% респондентів, що свідчить про наявність помірно вираженого незадоволення якістю життя у цій групі. Водночас 12% опитаних оцінили якість життя на найвищому рівні (5 балів), що є поодиноким випадком високого суб'єктивного благополуччя. Оцінка 1 бала не була зафіксована, що свідчить про відсутність крайньо негативного сприйняття якості життя серед респондентів. Отримані результати загалом вказують на переважання середнього та помірно високого рівнів суб'єктивної оцінки якості життя, що може свідчити про часткову адаптованість ветеранів до умов повсякденного життя, однак із наявністю значної варіативності індивідуального благополуччя.

Аналіз оцінки задоволеності респондентів власним станом здоров'я засвідчив переважання низьких та середніх рівнів задоволеності, що відображає наявність значного медико-психологічного навантаження у досліджуваній групі ветеранів війни. Так, найчастіше респонденти оцінювали задоволеність своїм здоров'ям на рівні 3 балів – 37%, що свідчить

про помірно нейтральне сприйняття власного стану здоров'я без чітко вираженої позитивної або негативної оцінки. Другим за частотою є рівень 2 бали – 33%, що вказує на значну частку осіб із зниженим рівнем задоволеності станом здоров'я та наявністю відповідних скарг або обмежень. Оцінку 4 бали надали 23% респондентів, що свідчить про відносно задовільний рівень суб'єктивного сприйняття здоров'я у цій групі. Високий рівень задоволеності (5 балів) зафіксовано лише у 2% опитаних, що є поодиноким випадком. Водночас 5% респондентів оцінили свій стан здоров'я на найнижчому рівні (1 бал), що вказує на наявність виражених проблем зі здоров'ям у частини вибірки. Загалом отримані дані демонструють переважання середнього та зниженого рівнів задоволеності станом здоров'я, що може бути пов'язано як із наслідками бойових травм і хронічного стресу, так і з загальним погіршенням фізичного та психічного благополуччя ветеранів війни.

Аналіз відповідей респондентів щодо впливу фізичного болю на повсякденне функціонування засвідчив наявність значного рівня обмежувального впливу соматичних симптомів на життєдіяльність ветеранів війни. Так, найчастіше респонденти оцінювали ступінь впливу фізичного болю на виконання необхідних дій на рівні 4 балів – 37%, що свідчить про суттєве обмеження функціональних можливостей у значної частини вибірки. Високий рівень впливу (5 балів) зазначили 18% опитаних, що вказує на наявність вираженого больового синдрому, який значно перешкоджає повсякденній активності. Оцінку 2 бали надали 22% респондентів, що свідчить про помірний вплив болю на життєдіяльність, тоді як 18% оцінили цей вплив на рівні 3 балів, що відображає середній ступінь вираженості обмежень. Лише 5% опитаних зазначили мінімальний вплив фізичного болю (1 бал), що свідчить про незначну частку осіб із низьким рівнем больових обмежень. Отримані результати загалом свідчать про переважання середнього та високого рівня впливу фізичного болю на повсякденне функціонування, що вказує на суттєве зниження фізичного

компоненту якості життя ветеранів війни та підкреслює необхідність посилення медичної та реабілітаційної допомоги.

Аналіз потреби респондентів у медичному лікуванні для функціонування у повсякденному житті засвідчив наявність значної залежності частини ветеранів війни від медичної підтримки, що відображає як наслідки бойових травм, так і загальний стан здоров'я. Так, найбільша частка опитаних – 32% – оцінила потребу у медичному лікуванні на максимальному рівні (5 балів), що свідчить про критичну або високовиражену залежність від регулярної медичної допомоги для забезпечення базового функціонування у повсякденному житті. Оцінку 3 бали надали 28% респондентів, що відображає помірну потребу в медичному супроводі, який періодично необхідний для підтримання стабільного стану здоров'я. Рівень 4 бали зазначили 23% опитаних, що вказує на суттєву, але не критичну потребу в лікуванні для підтримання життєдіяльності. Менша частка респондентів повідомила про нижчий рівень потреби: 13% оцінили її на рівні 2 балів, а 3% – на рівні 1 бала, що свідчить про відносно незначну залежність від медичного втручання у цих групах. Загалом результати демонструють переважання середнього та високого рівня потреби у медичному лікуванні, що свідчить про суттєве навантаження на систему охорони здоров'я та підкреслює важливість безперервного медико-реабілітаційного супроводу ветеранів війни для забезпечення їхньої повсякденної функціональності.

Аналіз відповідей респондентів щодо рівня задоволеності життям (ступеня, в якому вони «насолюджуються життям») засвідчив переважання середніх значень із тенденцією до помірно позитивного емоційного сприйняття власного життєвого досвіду. Так, найчастіше респонденти оцінювали рівень насолоди життям на 3 бали – 35%, що відображає нейтрально-помірний емоційний стан без вираженої позитивної або негативної домінанти. Оцінку 4 бали надали 30% опитаних, що свідчить про відносно високий рівень суб'єктивного благополуччя та наявність

позитивних життєвих переживань у значної частини вибірки. Низькі оцінки (2 бали) зафіксовано у 22% респондентів, що вказує на знижений рівень емоційного задоволення життям. Водночас 3,3% опитаних оцінили свій рівень насолоди життям на мінімальному рівні (1 бал), що може свідчити про виражене емоційне неблагополуччя в окремих випадках. Високий рівень насолоди життям (5 балів) зазначили 10% респондентів, що є відносно позитивним показником і свідчить про наявність групи осіб із високим рівнем психологічного благополуччя та адаптованості. Отримані результати загалом вказують на домінування середнього та помірно високого рівня задоволеності життям, однак наявність значної частки респондентів із низькими оцінками підкреслює неоднорідність емоційного стану ветеранів війни та необхідність посилення заходів психологічної підтримки.

Аналіз відповідей респондентів щодо відчуття значущості власного життя свідчить про переважання середнього та помірно високого рівня екзистенційної оцінки життя, що відображає загалом збережене, але неоднорідне відчуття сенсу у ветеранів війни. Так, найчастіше респонденти оцінювали значущість свого життя на рівні 3 балів – 38%, що вказує на нейтрально-помірне відчуття сенсу життя без чіткої домінанти високої або низької екзистенційної задоволеності. Оцінку 4 бали надали 37% опитаних, що свідчить про достатньо виражене відчуття значущості життя у значної частини вибірки. Низькі оцінки (2 бали) зафіксовано у 17% респондентів, що може вказувати на знижене відчуття сенсу життя та потенційні труднощі екзистенційного характеру. Водночас 8% опитаних оцінили значущість свого життя на високому рівні (5 балів), що свідчить про наявність групи осіб із вираженим почуттям життєвого сенсу та внутрішньої стабільності. Оцінка 1 бала не була зафіксована, що вказує на відсутність крайніх проявів повної втрати відчуття значущості життя. Отримані результати загалом свідчать про переважання середнього та помірно високого рівня екзистенційного благополуччя, однак наявність частини респондентів із зниженими оцінками підкреслює потребу у психосоціальній підтримці,

спрямованій на відновлення життєвого сенсу та підсилення внутрішніх ресурсів особистості.

Аналіз самооцінки респондентами здатності до концентрації уваги засвідчив переважання середніх та високих показників, що загалом свідчить про відносно збережене когнітивне функціонування у більшості ветеранів війни, попри наявність психоемоційного навантаження. Так, найчастіше респонденти оцінювали свою здатність зосереджуватися на рівні 4 балів – 55%, що вказує на переважно достатній рівень концентрації уваги у повсякденній діяльності. Оцінку 3 бали надали 33% опитаних, що відображає помірний рівень здатності до концентрації з можливими епізодичними труднощами. Високий рівень концентрації (5 балів) зазначили 8% респондентів, що свідчить про наявність групи осіб із добре збереженими когнітивними ресурсами. Низький рівень (2 бали) зафіксовано у 3% опитаних, що може вказувати на окремі випадки виражених труднощів із зосередженням уваги. Оцінка 1 бала відсутня, що свідчить про відсутність крайніх проявів значного когнітивного дефіциту у вибірці. Загалом отримані результати демонструють переважання задовільного та доброго рівня здатності до концентрації уваги, однак наявність частини респондентів із зниженими показниками вказує на необхідність врахування когнітивних труднощів у процесі психосоціальної та реабілітаційної підтримки ветеранів війни.

Аналіз відповідей респондентів щодо відчуття безпеки у повсякденному житті засвідчив неоднорідність оцінок із переважанням низького та середнього рівня суб'єктивної безпеки, що може відображати як наслідки травматичного досвіду, так і загальну соціальну напругу. Так, найбільші частки респондентів оцінили відчуття безпеки на рівні 1 та 3 балів – по 28% відповідно. Дане свідчить про те, що значна частина ветеранів або відчуває виражене відчуття небезпеки у повсякденному житті (1 бал), або перебуває у нейтральному стані з нестабільним відчуттям безпеки (3 бали). Оцінку 2 бали надали 27% опитаних, що додатково підтверджує

домінування зниженого рівня суб'єктивного відчуття безпеки у вибірці. Відносно високий рівень безпеки (4 бали) зазначили 15% респондентів, що вказує на наявність меншої групи осіб із позитивною оцінкою власного безпекового середовища. Найвищий рівень (5 балів) зафіксовано лише у 2% опитаних, що є поодиноким випадком повного відчуття безпеки. Отримані результати загалом свідчать про переважання низького та середнього рівня суб'єктивного відчуття безпеки серед ветеранів війни, що може бути пов'язано з психологічними наслідками бойового досвіду, підвищеною настороженістю та труднощами адаптації до цивільного середовища. Дане підкреслює важливість створення стабільного, передбачуваного та психологічно безпечного соціального середовища як складової психосоціальної підтримки.

Аналіз оцінки респондентами якості фізичного середовища (умов проживання, санітарно-гігієнічних та екологічних характеристик) засвідчив переважання середнього рівня задоволеності з наявністю суттєвої частки знижених оцінок. Так, найбільша частка опитаних – 47% – оцінила фізичне середовище на рівні 3 балів, що свідчить про нейтральне сприйняття умов проживання без чітко вираженої задоволеності чи незадоволеності. Водночас 27% респондентів надали оцінку 2 бали, що вказує на знижений рівень задоволеності фізичним середовищем та наявність певних проблемних аспектів у житлово-побутових умовах. Оцінку 4 бали зазначили 22% опитаних, що відображає відносно позитивне сприйняття якості фізичного середовища у цій групі. Високий рівень (5 балів) зафіксовано лише у 1,7% респондентів, що свідчить про вкрай обмежену частку осіб із повною задоволеністю умовами проживання. Низька оцінка (1 бал) становить 3%, що вказує на наявність окремих випадків виражено несприятливих житлових умов. Отримані результати загалом демонструють переважання середнього та зниженого рівня оцінки фізичного середовища, що може свідчити про наявність побутових і житлових труднощів, які

потенційно впливають на загальну якість життя ветеранів війни та потребують врахування у системі соціальної підтримки.

Аналіз відповідей респондентів щодо рівня енергійності у повсякденному житті свідчить про переважання середніх показників із тенденцією до зниженого суб'єктивного енергетичного ресурсу у значної частини ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 67% – оцінила рівень власної енергії на 3 бали, що відображає помірний, нестабільний енергетичний стан без чітко вираженої виснаженості або високої активності. Оцінку 2 бали надали 15% респондентів, що свідчить про знижений рівень енергії та наявність ознак втоми або виснаження. Низький рівень енергійності (1 бал) зафіксовано у 3% опитаних, що вказує на окремі випадки вираженого енергетичного дефіциту. Водночас 12% респондентів оцінили свій рівень енергії на 4 бали, що свідчить про відносно добрий функціональний стан у цій групі. Високий рівень енергійності (5 балів) зазначили 3% опитаних, що є поодиноким показником повної життєвої активності. Загалом результати демонструють домінування середнього та зниженого рівня енергійності, що може свідчити про хронічну втому, наслідки психоемоційного навантаження та загальне зниження ресурсного стану у частини ветеранів війни, що необхідно враховувати при плануванні програм психосоціальної підтримки та реабілітації.

Аналіз відповідей респондентів щодо здатності прийняти власний зовнішній вигляд засвідчив переважання середніх та помірно позитивних оцінок, що вказує на неоднорідність самосприйняття у ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 30% – оцінила свою здатність приймати зовнішність на рівні 3 балів, що свідчить про нейтральне, нестабільне ставлення до власного тілесного образу без чітко вираженої задоволеності або незадоволеності. Оцінку 4 бали надали 28% респондентів, що відображає відносно позитивне сприйняття власного зовнішнього вигляду та часткову прийнятність тілесних змін. Низькі оцінки (2 бали) зафіксовано у 20% опитаних, що може свідчити про певні труднощі у прийнятті власного

зовнішнього вигляду, тоді як 12% респондентів оцінили цей аспект на мінімальному рівні (1 бал), що вказує на виражене незадоволення власним тілесним образом. Високий рівень прийняття (5 балів) зазначили 10% респондентів, що свідчить про наявність групи осіб із сформованим позитивним тілесним самосприйняттям. Загалом результати вказують на переважання середнього рівня прийняття власного зовнішнього вигляду, однак наявність значної частки респондентів із низькими оцінками підкреслює важливість психологічної підтримки, спрямованої на роботу з тілесною ідентичністю та самооцінкою у ветеранів війни.

Аналіз відповідей респондентів щодо достатності фінансових ресурсів для задоволення власних потреб свідчить про переважання низького та середнього рівня матеріальної забезпеченості, що є важливим компонентом загальної якості життя ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 33% – оцінила свою фінансову забезпеченість на рівні 1 бала, що вказує на виражену недостатність коштів для задоволення базових потреб. Це свідчить про наявність суттєвих матеріальних труднощів у значної частини респондентів. Оцінку 3 бали надали 28% опитаних, що відображає помірний рівень фінансової достатності з обмеженими можливостями задоволення потреб. Низький, але дещо кращий рівень (2 бали) зазначили 17% респондентів, що також свідчить про часткову фінансову нестабільність. Відносно позитивну оцінку (4 бали) надали 18% опитаних, що вказує на задовільний рівень матеріального забезпечення у цій групі. Лише 3% респондентів зазначили повну фінансову достатність (5 балів), що є поодиноким випадком високої матеріальної стабільності. Загалом результати демонструють переважання недостатнього та середнього рівня фінансового забезпечення, що вказує на суттєву роль економічного чинника у формуванні якості життя ветеранів війни та актуалізує необхідність посилення соціально-економічної підтримки цієї категорії населення.

Аналіз відповідей респондентів щодо доступності необхідної інформації у повсякденному житті засвідчив переважання середнього рівня

інформаційної забезпеченості з наявністю суттєвої частки знижених оцінок. Так, найбільша частка опитаних – 50% – оцінила доступність інформації на рівні 3 балів, що свідчить про її часткову достатність, але з наявністю труднощів у пошуку або отриманні необхідних відомостей у повсякденному житті. Оцінку 2 бали надали 33% респондентів, що відображає недостатній рівень доступу до необхідної інформації та наявність суттєвих інформаційних бар'єрів. Відносно позитивну оцінку (4 бали) зазначили 13% опитаних, що свідчить про задовільну, але не повністю достатню доступність інформаційних ресурсів. Високий рівень доступності (5 балів) зафіксовано лише у 3,3% респондентів, що є поодиноким випадком повної інформаційної забезпеченості. Водночас оцінка 1 бала відсутня, що вказує на відсутність крайніх випадків повної інформаційної ізоляції у вибірці. Загалом результати свідчать про переважання середнього та зниженого рівня доступності інформації, що підкреслює необхідність удосконалення інформаційно-комунікаційних механізмів у системі соціальної та медичної підтримки ветеранів війни, зокрема щодо доступу до актуальних сервісів, програм та послуг.

Аналіз відповідей респондентів щодо можливостей активного дозвілля засвідчив переважання середнього та зниженого рівня доступності рекреаційної та дозвілєвої активності, що є важливим компонентом якості життя ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 33% – оцінила можливості активного дозвілля на рівні 3 балів, що свідчить про їхню часткову доступність із певними обмеженнями. Дане вказує на нестабільність або недостатню системність організації дозвілєвих можливостей. Оцінку 2 бали надали 32% респондентів, що відображає низький рівень доступу до активного дозвілля та наявність суттєвих бар'єрів, які обмежують участь у відновлювальних і соціально активних формах відпочинку. Низький рівень можливостей (1 бал) зазначили 17% опитаних, що свідчить про повну або майже повну відсутність доступу до активного дозвілля у цієї групи. Відносно позитивну оцінку (4 бали) надали

15% респондентів, що вказує на задовільний рівень доступності дозвіллевих можливостей. Високий рівень (5 балів) зафіксовано лише у 3% опитаних, що є поодиноким випадком повної задоволеності у цій сфері. Загалом результати свідчать про переважання обмеженого доступу до активного дозвілля, що може негативно впливати на психологічне відновлення, соціальну інтеграцію та загальне самопочуття ветеранів війни. Дане підкреслює необхідність розвитку доступної інфраструктури та програм дозвіллевої активності в системі психосоціальної підтримки.

Аналіз відповідей респондентів щодо здатності до пересування засвідчив переважання задовільного та відносно високого рівня функціональної мобільності, однак із наявністю суттєвої частки осіб із обмеженнями різного ступеня вираженості. Так, найбільша частка опитаних – 35% – оцінила свою здатність пересуватися на рівні 4 балів, що свідчить про загалом добрий рівень фізичної мобільності з незначними обмеженнями у повсякденній активності. Високий рівень (5 балів) зазначили 15% респондентів, що вказує на повну або майже повну збереженість рухових функцій у цій групі. Низький рівень здатності до пересування (2 бали) зафіксовано у 25% опитаних, що свідчить про наявність помітних фізичних обмежень, які можуть ускладнювати повсякденне функціонування. Оцінку 3 бали надали 13% респондентів, що відображає середній рівень мобільності з періодичними труднощами. Найнижчий рівень (1 бал) зазначили 12% опитаних, що вказує на значні обмеження у пересуванні у частини вибірки. Загалом результати демонструють переважання середнього та високого рівня функціональної мобільності, однак наявність значної частки респондентів із низькими показниками підкреслює актуальність медико-реабілітаційної підтримки та заходів, спрямованих на відновлення фізичної активності ветеранів війни.

Аналіз відповідей респондентів щодо задоволеності сном засвідчив переважання низького та середнього рівнів оцінки, що свідчить про наявність значних порушень у сфері відновлювальних функцій організму у

ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 38% – оцінила задоволеність сном на рівні 2 балів, що вказує на виражене незадоволення якістю сну та наявністю його порушень. Другою за частотою є оцінка 1 бал – 32%, що свідчить про критично низький рівень задоволеності сном у значної частини респондентів. Оцінку 3 бали надали 18% опитаних, що відображає помірну задоволеність із наявністю періодичних труднощів зі сном. Відносно позитивні оцінки (4 бали) зазначили 8% респондентів, що свідчить про задовільну якість сну у незначної частини вибірки. Високий рівень задоволеності (5 балів) зафіксовано лише у 3% опитаних, що є поодиноким випадком повністю якісного сну. Загалом результати свідчать про домінування низького рівня задоволеності сном, що може вказувати на наявність стійких порушень сну, пов'язаних із психоемоційним напруженням, наслідками бойового досвіду та загальним зниженням адаптаційних ресурсів організму.

Аналіз відповідей респондентів щодо задоволеності власною здатністю виконувати повсякденну діяльність засвідчив переважання середніх та знижених оцінок, що відображає певні функціональні обмеження у частини ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 35% – оцінила свою здатність виконувати повсякденні дії на рівні 3 балів, що свідчить про помірну задоволеність із наявністю окремих труднощів у щоденному функціонуванні. Оцінку 4 бали надали 28% респондентів, що вказує на відносно задовільний рівень самостійності та функціональної спроможності. Водночас 27% опитаних оцінили свою здатність на рівні 2 балів, що відображає знижену задоволеність та наявність помітних труднощів у виконанні повсякденних завдань. Низький рівень (1 бал) зафіксовано у 7% респондентів, що свідчить про суттєві обмеження у повсякденному функціонуванні. Високий рівень задоволеності (5 балів) зазначили лише 3% опитаних, що є поодиноким випадком повної функціональної спроможності. Загалом результати вказують на переважання середнього та зниженого рівня задоволеності власною здатністю до

повсякденної діяльності, що може бути пов'язано як із фізичними обмеженнями, так і з психоемоційними наслідками участі у бойових діях.

Аналіз відповідей респондентів щодо задоволеності власною працездатністю засвідчив переважання середніх та знижених оцінок, що вказує на наявність певних обмежень у професійній та трудовій сфері у значної частини ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 32% – оцінила свою працездатність на рівні 3 балів, що свідчить про помірну задоволеність із наявністю окремих труднощів у виконанні трудових функцій. Оцінку 4 бали надали 27% респондентів, що відображає відносно задовільний рівень працездатності та часткову професійну адаптованість. Низький рівень задоволеності (2 бали) зафіксовано також у 27% опитаних, що свідчить про суттєві труднощі у відновленні або підтриманні працездатності. Найнижчу оцінку (1 бал) зазначили 11,7% респондентів, що вказує на виражене зниження трудової спроможності у частини вибірки. Високий рівень задоволеності (5 балів) надали лише 3,3% опитаних, що є поодиноким випадком повної професійної задоволеності. Загалом результати демонструють переважання середнього та зниженого рівня задоволеності працездатністю, що може бути зумовлено як фізичними наслідками участі у бойових діях, так і психоемоційним виснаженням та труднощами професійної реінтеграції. Це підкреслює важливість розвитку програм перекваліфікації, підтримки зайнятості та професійної реабілітації ветеранів війни.

Аналіз відповідей респондентів щодо рівня задоволеності собою засвідчив переважання середніх та помірно високих оцінок, що вказує на відносно збережений рівень особистісного самосприйняття у ветеранів війни при наявності окремих труднощів у частини вибірки. Так, найбільша частка опитаних – 43% – оцінила задоволеність собою на рівні 4 балів, що свідчить про переважно позитивне самоставлення та відносно стабільну самооцінку. Оцінку 3 бали надали 33% респондентів, що відображає нейтральний рівень задоволеності собою без чітко вираженої позитивної або

негативної самооцінки. Низькі оцінки (2 бали) зафіксовано у 13% опитаних, що може свідчити про знижене самоприйняття та наявність внутрішніх труднощів у самосприйнятті. Найнижчий рівень (1 бал) зазначили 3% респондентів, що вказує на поодинокі випадки вираженої незадоволеності собою. Високий рівень задоволеності (5 балів) надали 7% опитаних, що свідчить про наявність групи осіб із високою самооцінкою та позитивним самосприйняттям. Загалом результати демонструють переважання середнього та помірно високого рівня задоволеності собою, що може розглядатися як відносно сприятливий показник особистісного благополуччя ветеранів війни, хоча наявність частки низьких оцінок підкреслює потребу у психологічній підтримці, спрямованій на підвищення рівня самоприйняття та емоційної стабільності.

Аналіз відповідей респондентів щодо задоволеності особистими стосунками засвідчив переважання середнього та високого рівня оцінок, що свідчить про загалом відносно сприятливий стан міжособистісних взаємин у значної частини ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 43% – оцінила задоволеність особистими стосунками на рівні 4 балів, що вказує на переважно позитивний характер міжособистісних взаємин та достатній рівень емоційної підтримки з боку близького оточення. Оцінку 3 бали надали 20% респондентів, що відображає нейтральний рівень задоволеності стосунками з наявністю окремих труднощів або нестабільності у взаємодії. Низькі оцінки (2 бали) зафіксовано у 13% опитаних, що може свідчити про певні труднощі у побудові або підтриманні особистих стосунків. Найнижчий рівень (1 бал) зазначили 8% респондентів, що вказує на наявність виражених проблем у сфері міжособистісної взаємодії у частини вибірки. Високий рівень задоволеності (5 балів) надали 15% опитаних, що свідчить про наявність групи осіб із стійкими та емоційно позитивними стосунками. Загалом результати демонструють переважання середнього та високого рівня задоволеності особистими стосунками, що може розглядатися як відносно стабільний ресурс соціальної підтримки ветеранів війни, який

відіграє важливу роль у їхній психологічній адаптації та загальному благополуччі.

Аналіз відповідей респондентів щодо задоволеності сексуальним життям засвідчив переважання низьких оцінок, що вказує на наявність значних труднощів у цій сфері як складовій якості життя ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 32% – оцінила задоволеність сексуальним життям на рівні 2 балів, що свідчить про знижений рівень задоволеності та наявність виражених труднощів у цій сфері. Ще 28% респондентів надали найнижчу оцінку (1 бал), що вказує на суттєве незадоволення або відсутність задоволеності сексуальним життям у значної частини вибірки. Оцінку 3 бали зазначили 17% опитаних, що відображає нейтральний рівень задоволеності з нестабільним або помірно вираженим комфортом у цій сфері. Відносно позитивні оцінки (4 бали) надали 13% респондентів, що свідчить про часткову задоволеність сексуальним життям. Високий рівень задоволеності (5 балів) зафіксовано у 10% опитаних, що є відносно невеликою, але показовою групою з позитивним сексуальним благополуччям. Загалом результати свідчать про переважання низького рівня задоволеності сексуальним життям, що може бути пов'язано з наслідками психоемоційного стресу, фізичних травм, порушень сну та загального зниження якості життя. Дане підкреслює необхідність комплексного підходу до реабілітації, який включає не лише медичні та психологічні аспекти, але й підтримку інтимної та партнерської сфер життя ветеранів війни.

Аналіз відповідей респондентів щодо задоволеності підтримкою друзів засвідчив переважання високих та помірно високих оцінок, що вказує на значущу роль дружнього оточення як ресурсу соціальної підтримки ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 45% – оцінила задоволеність підтримкою друзів на рівні 4 балів, що свідчить про стабільну та достатньо виражену соціальну підтримку з боку дружнього кола. Високий рівень задоволеності (5 балів) зазначили 27% респондентів, що вказує на

наявність суттєвої групи осіб із сильною та емоційно значущою підтримкою з боку друзів. Оцінку 3 бали надали 17% опитаних, що відображає нейтральний рівень задоволеності з частково стабільними, але не завжди достатніми соціальними зв'язками. Низькі оцінки (2 бали) зафіксовано у 10% респондентів, що може свідчити про обмежену підтримку з боку друзів або зниження інтенсивності соціальних контактів. Найнижчий рівень (1 бал) зазначили 2% опитаних, що є поодиноким випадком майже повної відсутності дружньої підтримки. Загалом результати свідчать про переважання високого та середнього рівня задоволеності підтримкою друзів, що підкреслює важливість дружніх соціальних зв'язків як одного з ключових факторів психологічної стійкості та адаптації ветеранів війни до умов цивільного життя.

Аналіз відповідей респондентів щодо задоволеності доступом до медичних послуг засвідчив переважання низького та середнього рівнів оцінок, що вказує на наявність суттєвих організаційних та системних бар'єрів у сфері медичного забезпечення ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 43% – оцінила доступ до медичних послуг на рівні 2 балів, що свідчить про виражене незадоволення та наявність значних труднощів у отриманні медичної допомоги. Це може бути пов'язано з чергами, обмеженою доступністю спеціалістів або складністю процедур звернення. Оцінку 3 бали надали 33% респондентів, що відображає часткову задоволеність доступом до медичних послуг із наявністю певних організаційних або часових обмежень. Низький рівень задоволеності (1 бал) зафіксовано у 13% опитаних, що вказує на критичні труднощі у доступі до медичної допомоги у частини вибірки. Відносно позитивні оцінки (4 та 5 балів) надали по 5% респондентів відповідно, що свідчить про наявність невеликої групи осіб із задовільним або високим рівнем доступу до медичних послуг. Загалом результати свідчать про домінування низького та середнього рівня задоволеності доступом до медичних послуг, що підкреслює необхідність удосконалення системи охорони здоров'я, зокрема

в частині доступності, оперативності та ефективності надання медичної допомоги ветеранам війни.

Аналіз відповідей респондентів щодо задоволеності транспортними можливостями засвідчив переважання середнього та помірно високого рівнів оцінок, що вказує на загалом задовільний, але неоднорідний стан доступності та якості транспортного забезпечення ветеранів війни. Так, найбільші частки опитаних – по 32% – оцінили задоволеність транспортом на рівні 3 та 4 балів відповідно. Це свідчить про домінування як помірного рівня задоволеності з певними обмеженнями, так і відносно позитивного сприйняття транспортних умов у значної частини респондентів. Низькі оцінки (2 бали) надали 18% опитаних, що вказує на наявність помітних труднощів у доступності або якості транспортних послуг. Найнижчий рівень задоволеності (1 бал) зафіксовано у 12% респондентів, що може свідчити про суттєві транспортні обмеження у частини вибірки. Високий рівень задоволеності (5 балів) зазначили 7% опитаних, що є відносно невеликою групою осіб із повною або майже повною задоволеністю транспортними можливостями. Загалом результати демонструють переважання середнього та частково позитивного рівня задоволеності транспортом, що вказує на відносну доступність транспортної інфраструктури, однак із наявністю нерівномірності та окремих бар'єрів, які можуть впливати на мобільність та соціальну активність ветеранів війни.

Аналіз відповідей респондентів щодо частоти виникнення негативних емоційних станів (поганого настрою, відчаю, тривоги, депресивних переживань) засвідчив переважання високого рівня їх прояву, що вказує на значне емоційне навантаження у ветеранів війни. Так, найбільша частка опитаних – 52% – оцінила частоту виникнення негативних почуттів на рівні 4 балів, що свідчить про їх регулярну появу та суттєвий вплив на емоційний стан респондентів. Високий рівень (5 балів) зазначили 23% опитаних, що вказує на дуже часті або майже постійні прояви негативних емоційних станів у значної частини вибірки. Оцінку 3 бали надали 15% респондентів,

що відображає помірну частоту виникнення таких переживань. Низькі показники (2 бали) зафіксовано у 7% опитаних, а мінімальну частоту (1 бал) – у 3%, що свідчить про відносно невелику частку осіб із рідкісними негативними емоційними станами. Загалом результати демонструють домінування високої частоти негативних емоційних переживань, що може бути пов'язано з наслідками психотравмуючого досвіду, хронічного стресу та складнощів адаптації до цивільного життя. Дане підкреслює необхідність посилення психологічної підтримки, спрямованої на стабілізацію емоційного стану ветеранів війни та профілактику тривожно-депресивних розладів.

Зведені результати опитувальника WHOQOL-BREF свідчать про переважання середнього та зниженого рівнів якості життя у ветеранів війни (табл. 2.1). Найбільш вираженими є зниження показників фізичного та психологічного благополуччя, що проявляється у частих негативних емоційних станах, порушеннях сну, зниженій енергійності, обмеженій працездатності та труднощах у повсякденному функціонуванні. Водночас соціальний компонент життєдіяльності характеризується відносно кращими, хоча й нестабільними показниками, що свідчить про наявність певних підтримувальних ресурсів у вигляді сім'ї та друзів, однак без системного характеру їх впливу.

Порівняльний аналіз обох груп результатів дозволяє констатувати дисбаланс між соціальними ресурсами та значно зниженими фізичними й психологічними показниками, що в сукупності формує потребу у комплексному міждисциплінарному підході до підтримки ветеранів. При цьому виявлені результати чітко засвідчують наявність суттєвих прогалин саме у сфері соціального супроводу, інформування, координації доступу до послуг, а також забезпечення безперервності допомоги після медичного втручання.

У цьому контексті особливого значення набуває діяльність фахівця із соціальної роботи в закладах охорони здоров'я, який виступає ключовим

елементом психосоціальної підтримки. Саме соціальний працівник забезпечує первинне виявлення соціальних потреб, оцінку життєвих ризиків, інформування про доступні ресурси, організацію міжвідомчої взаємодії та супровід ветерана на всіх етапах реабілітаційного процесу. Виявлені проблеми низької поінформованості, фрагментарності допомоги, складності навігації у системі послуг та недостатньої індивідуалізації підтримки безпосередньо належать до сфери його професійної компетенції та можуть бути ефективно подолані в умовах закладів охорони здоров'я.

Таблиця 2.1

Зведені результати WHOQOL-BREF (розподіл відповідей, %)

Сфера / Питання	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
Оцінка якості життя	0	16,7	46,7	35,0	1,7
Задоволеність здоров'ям	5,0	33,3	36,7	23,3	1,7
Фізичний біль заважає активності	5,0	21,7	18,3	36,7	18,3
Потреба в медичному лікуванні	3,3	13,3	28,3	23,3	31,7
Насолода життям	3,3	21,7	35,0	30,0	10,0
Відчуття значущості життя	0	16,7	38,3	36,7	8,3
Здатність зосереджуватись	0	3,3	33,3	55,0	8,3
Відчуття безпеки	28,3	26,7	28,3	15,0	1,7
Оцінка фізичного середовища	3,3	26,7	46,7	21,7	1,7
Енергія для життя	3,3	15,0	66,7	11,7	3,3
Прийняття зовнішнього вигляду	11,7	20,0	30,0	28,3	10,0
Фінансова достатність	33,3	16,7	28,3	18,3	3,3
Доступність інформації	0	33,3	50,0	13,3	3,3

Активне дозвілля	16,7	31,7	33,3	15,0	3,3
Мобільність	11,7	25,0	13,3	35,0	15,0
Задоволеність сном	31,7	38,3	18,3	8,3	3,3
Повсякденна діяльність	6,7	26,7	35,0	28,3	3,3
Працездатність	11,7	26,7	31,7	26,7	3,3
Задоволеність собою	3,3	13,3	33,3	43,3	6,7
Особисті стосунки	8,3	13,3	20,0	43,3	15,0
Сексуальне життя	28,3	31,7	16,7	13,3	10,0
Підтримка друзів	1,7	10,0	16,7	45,0	26,7
Доступ до медицини	13,3	43,3	33,3	5,0	5,0
Транспорт	11,7	18,3	31,7	31,7	6,7
Негативні емоції	3,3	6,7	15,0	51,7	23,3

Таким чином, результати проведеного дослідження підтверджують, що підвищення ефективності психосоціальної підтримки ветеранів війни безпосередньо залежить від комплексного та міждисциплінарного підходу до організації допомоги. Важливу роль у цьому процесі відіграє соціальний працівник як повноправний учасник мультидисциплінарної команди, діяльність якого спрямована не лише на вирішення соціально-побутових питань, а й на забезпечення координації між медичними, психологічними та соціальними службами. Отримані результати свідчать про необхідність формування безперервної системи супроводу ветеранів, орієнтованої на довготривалу підтримку, профілактику соціальної ізоляції та сприяння успішній реінтеграції у суспільство. Особливого значення набуває розвиток доступних програм психологічної допомоги, соціальної реабілітації, професійної адаптації та підтримки сімей ветеранів. Водночас ефективність такої системи значною мірою залежить від рівня професійної підготовки фахівців соціальної сфери, удосконалення механізмів міжвідомчої взаємодії та впровадження сучасних практик соціальної роботи. Можемо стверджувати, що психосоціальна підтримка ветеранів війни є важливою

умовою їхнього психологічного благополуччя, соціальної стабільності та відновлення повноцінного функціонування у суспільстві.

2.3. Оцінка ефективності існуючих форм психосоціальної підтримки в медичних установах

У ході дослідження встановлено, що найбільш поширеними формами психосоціальної підтримки є індивідуальні психологічні консультації, які респонденти визначають як найбільш ефективний інструмент допомоги. Саме індивідуальний формат взаємодії забезпечує можливість більш глибокого опрацювання особистісних переживань, однак його ефективність обмежується недостатньою тривалістю сесій та нерегулярністю звернень. Значна частина опитаних також відзначає реабілітаційні програми як важливий компонент відновлення, проте їхня ефективність часто залежить від доступності мультидисциплінарного супроводу.

Групові форми терапії оцінюються як помірно ефективні. Вони сприяють соціалізації та зниженню рівня ізоляції, однак не завжди враховують індивідуальні особливості травматичного досвіду ветеранів, що знижує їх загальну результативність. Соціальний супровід, попри свою потенційну значущість у процесі реінтеграції, залишається найменш системно впровадженим компонентом психосоціальної підтримки, що свідчить про недостатній рівень розвитку соціальної складової допомоги.

Рівень задоволеності якістю наданих послуг у більшості респондентів є частковим. Переважають оцінки «частково задоволений», що вказує на наявність певного позитивного ефекту від отриманої допомоги, однак із значними не вирішеними проблемами. Лише незначна частка опитаних демонструє повну задоволеність, що свідчить про обмежену системну ефективність існуючих підходів. Водночас частина респондентів прямо зазначає незадоволеність, що пов'язано як із якістю взаємодії з фахівцями, так і з організаційними аспектами надання послуг.

Суттєвими бар'єрами ефективності психосоціальної підтримки визначено низку системних проблем. Насамперед йдеться про формалізований підхід до роботи з ветеранами, що проявляється у стандартизованості інтервенцій без достатнього врахування індивідуального бойового досвіду. Окремо підкреслюється дефіцит фахівців, що призводить до обмеженого часу індивідуальної взаємодії та перевантаження персоналу.

Важливим чинником зниження ефективності є також недовіра до фахівців, яка має як емоційно-психологічну, так і соціокультурну природу. Респонденти зазначають складність встановлення терапевтичного контакту з цивільними спеціалістами, які, на їхню думку, не завжди здатні повною мірою зрозуміти специфіку бойового досвіду. Це безпосередньо впливає на рівень залученості до процесу психологічної допомоги та її результативність.

Додатковими проблемними аспектами є бюрократичні процедури, недостатня поінформованість щодо доступних послуг, а також нерівномірність доступу до медичних і психологічних ресурсів. Частина респондентів також вказує на обмежену гнучкість системи, що ускладнює своєчасне реагування на кризові стани.

Результати WHOQOL-BREF підтверджують виявлені тенденції, демонструючи знижені показники якості життя у сферах психічного та фізичного здоров'я. Зокрема, фіксується висока частота тривожних і депресивних станів, порушення сну, зниження енергетичного ресурсу, обмеження працездатності та відчуття безпеки. Це свідчить про недостатню ефективність існуючих форм психосоціальної підтримки у контексті довготривалого відновлення ветеранів війни. Водночас відносно ресурсними залишаються соціальні зв'язки з родиною та друзями, які виконують компенсаторну функцію у системі підтримки. Саме неформальні соціальні ресурси частково нівелюють дефіцити формалізованої медико-психологічної допомоги.

Отже, проведений аналіз дозволяє констатувати, що існуючі форми психосоціальної підтримки у закладах охорони здоров'я мають обмежену та нерівномірну ефективність. Їх результативність значною мірою знижується через системні організаційні бар'єри, недостатню кадрову забезпеченість, низький рівень довіри та недостатню індивідуалізацію допомоги. У зв'язку з цим актуалізується необхідність реформування системи психосоціальної підтримки ветеранів війни шляхом розвитку мультидисциплінарного підходу, підвищення доступності послуг, розширення соціального супроводу та формування довірчих відносин між фахівцями й отримувачами допомоги. Особливого значення в окресленому процесі набуває налагодження ефективної співпраці закладів охорони здоров'я з центрами соціальних служб, оскільки саме така взаємодія дозволяє забезпечити комплексний супровід ветеранів війни не лише під час лікування чи реабілітації, а й після повернення до повсякденного життя. Центри соціальних служб можуть сприяти вирішенню соціально-побутових проблем, професійній адаптації, підтримці сімей ветеранів, організації психологічного консультування та соціальної реінтеграції. Відповідно, міжвідомча координація та посилення партнерства між медичними установами й соціальними службами здатні суттєво підвищити ефективність психосоціальної підтримки та забезпечити більш стійкі результати адаптації ветеранів у суспільстві.

Висновки до розділу 2

Узагальнені результати емпіричного дослідження, отримані за авторською анкетою та опитувальником якості життя WHOQOL-BREF, свідчать про комплексний і багатовимірний характер психосоціальних потреб ветеранів війни та наявність значних викликів у процесі їхньої соціальної адаптації.

Дані авторської анкети засвідчили, що провідними проблемами є потреба у медичній реабілітації, юридичній та соціальній допомозі, а також

психологічній підтримці. Респонденти також вказали на суттєві труднощі у процесі отримання допомоги, зокрема формалізований підхід, недовіру до фахівців, кадровий дефіцит, бюрократичні бар'єри та недостатню інформованість щодо доступних послуг. Водночас переважна більшість опитаних висловила потребу у розширенні програм психосоціальної підтримки, що свідчить про актуальність і недостатню ефективність існуючих механізмів допомоги.

Результати WHOQOL-BREF доповнюють ці дані, демонструючи знижений рівень якості життя у більшості респондентів. Найбільш проблемними сферами визначено психологічне благополуччя (висока частота тривожності, депресивних станів, порушень сну), фізичне здоров'я (біль, зниження енергійності, обмеження працездатності), а також соціально-економічні умови (доступ до медичних послуг, фінансова забезпеченість, безпека та можливості дозвілля). Водночас відносно ресурсними залишаються сфери соціальної підтримки, зокрема родинні та дружні стосунки.

Узагальнення обох блоків дослідження дозволяє констатувати, що психосоціальні потреби ветеранів війни мають системний характер і охоплюють як медико-психологічні, так і соціально-економічні та організаційні аспекти. Отримані результати підкреслюють необхідність комплексної моделі психосоціальної підтримки, яка включатиме розвиток доступної та якісної медичної й психологічної допомоги, посилення реабілітаційних програм, подолання бюрократичних бар'єрів, підвищення довіри до фахівців, а також розширення інформаційної та соціальної підтримки ветеранів війни.

Наголошено, що проведений аналіз дозволяє констатувати, що існуючі форми психосоціальної підтримки у закладах охорони здоров'я мають обмежену та нерівномірну ефективність. Їх результативність значною мірою знижується через системні організаційні бар'єри, недостатню кадрову забезпеченість, низький рівень довіри та недостатню індивідуалізацію

допомоги. Водночас встановлено, що суттєвим резервом підвищення ефективності такої підтримки є посилення міжвідомчої взаємодії, насамперед через налагодження системної співпраці закладів охорони здоров'я з центрами соціальних служб. Саме така взаємодія дозволяє забезпечити безперервність соціального супроводу, оперативне залучення ресурсів територіальних громад, а також розширення спектра соціальних послуг для ветеранів війни. Інтеграція медичного та соціального компонентів сприяє більш повному охопленню потреб отримувачів послуг, зменшенню фрагментарності допомоги та підвищенню рівня її адресності. Так, співпраця із центрами соціальних служб виступає важливим механізмом посилення психосоціальної підтримки, що дозволяє компенсувати виявлені системні недоліки та забезпечити більш ефективну реалізацію реабілітаційного процесу в межах закладів охорони здоров'я.

РОЗДІЛ III.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПРОГРАМА ПІДТРИМКИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Розробка програми психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я

Повномасштабна війна в Україні спричинила суттєве зростання кількості осіб, які потребують не лише медичної реабілітації, а й комплексної психосоціальної підтримки. Ветерани війни та військовослужбовці, які проходять лікування у закладах охорони здоров'я, часто стикаються з труднощами психологічного, соціального та правового характеру. Поряд із фізичними наслідками бойових дій спостерігаються прояви емоційного виснаження, тривожності, порушення адаптації, труднощі у взаємодії з оточенням, невизначеність щодо подальшого життя та соціального статусу.

За результатами емпіричного дослідження була розроблена програма психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я, яка ґрунтувалася на принципах кейс-менеджменту, міжвідомчої взаємодії та індивідуалізованого підходу до кожного ветерана. Метою програми стало забезпечення комплексної психосоціальної підтримки ветеранів під час перебування у закладі охорони здоров'я, сприяння їх психологічній стабілізації, соціальній адаптації та підвищенню доступності соціальних, психологічних і правових послуг.

Відповідно до мети програми було визначено такі основні завдання:

- виявлення психологічних, соціальних та правових потреб ветеранів;
- визначення рівня соціальної підтримки та особливостей адаптації ветерана;
- встановлення тривалості перебування у закладі охорони здоров'я та оцінка потреб у подальшому супроводі;
- визначення оптимальних методів соціальної роботи з ветераном;

- формування індивідуального плану психосоціального супроводу;
- забезпечення міжвідомчої взаємодії між закладом охорони здоров'я, центрами соціальних служб, психологами, фахівцями із соціальної роботи та громадськими організаціями;
- організація безперервного супроводу ветерана під час лікування та після виписки із закладу охорони здоров'я.

Структурно програма складалася з чотирьох взаємопов'язаних блоків: психоемоційного, соціального, соціально-правового та міжвідомчого, зокрема:

1) психоемоційний блок спрямований на виявлення та корекцію психоемоційних труднощів ветеранів, які виникають унаслідок участі в бойових діях, отриманих травм, тривалого перебування в умовах підвищеного стресу та адаптації до цивільного життя. Реалізація даного блоку здійснюється психологом закладу охорони здоров'я та передбачає проведення психодіагностики емоційного стану, індивідуального психологічного консультування, психоедукаційних заходів, а також надання психологічної підтримки з метою зниження рівня тривожності, емоційної напруги та покращення психологічного благополуччя ветеранів;

2) соціальний блок є основним блоком програми та базується на застосуванні технології кейс-менеджменту як інструменту організації індивідуального соціального супроводу ветерана. Основним інструментом даного блоку виступає соціальний паспорт ветерана, який заповнюється на початковому етапі роботи та дозволяє здійснити комплексну оцінку його життєвої ситуації. Соціальний паспорт містить інформацію про сімейний стан, житлово-побутові умови, рівень соціальної підтримки, наявність соціально-правових проблем, потребу в медичних, психологічних та соціальних послугах, а також актуальні запити ветерана щодо подальшої підтримки. На підставі отриманих даних здійснюється виявлення основних проблем і потреб, визначення наявних ресурсів підтримки, планування заходів соціального супроводу та координація отримання необхідних послуг.

Застосування кейс-менеджменту передбачає встановлення постійного контакту з ветераном, моніторинг його потреб під час перебування у закладі охорони здоров'я, проведення індивідуальних консультативних бесід, інформування щодо доступних соціальних послуг, програм підтримки та соціальних гарантій, а також організацію взаємодії між ветераном і відповідними суб'єктами надання допомоги. Особлива увага приділяється забезпеченню безперервності підтримки після завершення лікування, визначенню індивідуального маршруту отримання послуг та сприянню соціальній адаптації ветерана в громаді;

3) соціально-правовий блок передбачає надання ветеранам інформаційної та консультативної допомоги з питань реалізації соціальних гарантій, передбачених чинним законодавством України. Блок спрямований на підвищення правової обізнаності ветеранів щодо порядку отримання статусу, пільг, компенсацій, соціальних виплат, проходження медико-соціальної експертизи, оформлення необхідних документів, а також отримання безоплатної правничої допомоги. У межах цього блоку здійснюється перенаправлення ветеранів до відповідних установ та фахівців для вирішення правових питань;

4) міжвідомчий блок спрямований на забезпечення ефективної взаємодії між усіма суб'єктами, залученими до процесу підтримки ветерана. До його змісту входить координація роботи фахівців усередині закладу охорони здоров'я (лікарів, психологів, соціальних працівників, фахівців із соціальної роботи), а також організація міжвідомчої взаємодії із зовнішніми надавачами послуг: центрами соціальних служб, органами соціального захисту населення, територіальними громадами, ветеранськими просторами, громадськими та благодійними організаціями. Основною метою блоку є забезпечення безперервності надання допомоги та створення цілісної системи супроводу ветерана під час лікування і після виписки із закладу охорони здоров'я.

Реалізація програми здійснювалася у межах таких етапів. *Початковий етап* передбачав збір інформації про ветеранів-пацієнтів, які потребували психосоціальної підтримки, встановлення первинного контакту, формування довірчих взаємин та проведення первинної оцінки потреб. На цьому етапі визначалися психологічний стан ветерана, рівень соціальної підтримки, наявність труднощів соціально-правового характеру та потреба у подальшому супроводі.

Управлінський етап був спрямований на організацію міжвідомчої взаємодії та координацію роботи фахівців, залучених до надання психосоціальної підтримки ветеранам війни. На даному етапі здійснювалося налагодження співпраці з керівництвом закладу охорони здоров'я та керівниками структурних підрозділів (відділень), у яких проходили лікування ветерани, а також погодження можливості реалізації програми та участі дослідника в її апробації. Важливим завданням було визначення кола необхідних фахівців і служб, залучення яких забезпечувало комплексний супровід ветерана відповідно до його потреб.

У межах цього етапу здійснювалася координація взаємодії між медичними працівниками, психологами, фахівцями із соціальної роботи, представниками центрів соціальних служб, громадських та благодійних організацій, а також іншими суб'єктами, які надають підтримку ветеранам. Крім того, відбувалося формування команди супроводу, розподіл функцій між залученими спеціалістами та узгодження індивідуального плану роботи з ветераном з урахуванням результатів попередньої оцінки його потреб.

Основний етап передбачав безпосередню реалізацію програми психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладі охорони здоров'я. На даному етапі здійснювалося проведення заходів, передбачених програмою, відповідно до визначених потреб ветеранів. Під час апробації програми до роботи був залучений психолог закладу охорони здоров'я, який виступав наставником та здійснював професійний супровід реалізації психоемоційного блоку. У межах своєї компетенції психолог надавав

методичні рекомендації щодо організації роботи з ветеранами, брав участь в обговоренні виявлених потреб та визначенні подальших напрямів підтримки. Реалізація інших заходів програми здійснювалася у взаємодії з фахівцями закладу охорони здоров'я та відповідними суб'єктами надання соціальних послуг.

Завершальний етап полягав в оцінці результативності проведеної роботи, аналізі ефективності психосоціального супроводу та визначенні потреб ветерана після завершення лікування. На даному етапі також здійснювалося перенаправлення ветеранів до центрів соціальних служб, фахівців із соціальної роботи або громадських організацій для забезпечення подальшого супроводу та підтримки після виписки із закладу охорони здоров'я.

Таким чином, розроблена програма психосоціальної підтримки ветеранів війни була спрямована на створення цілісної системи супроводу, що поєднувала психологічну, соціальну та правову допомогу, а також забезпечувала міжвідомчу взаємодію та безперервність підтримки ветеранів у процесі лікування та реабілітації.

3.2. Практична реалізація та апробація програми

Практична реалізація та апробація програми психосоціальної підтримки ветеранів війни здійснювалася під час проходження виробничої практики у період з 26 січня 2026 року по 22 березня 2026 року на базі Комунальної бюджетної установи «Київський міський центр комплексної підтримки учасників бойових дій «Київ Мілітарі Хаб»». Реалізація програми проводилася за погодженням із керівництвом закладу та за участю фахівців установи, що забезпечувало дотримання організаційних, етичних і професійних вимог під час роботи з ветеранами війни та військовослужбовцями.

У межах апробації програми було здійснено супровід двох ветеранів, які перебували на стаціонарному лікуванні та потребували психосоціальної

підтримки. Відбір учасників апробації здійснювався за рекомендацією працівників «Київ Мілітарі Хабу» та медичного персоналу закладу охорони здоров'я. Основними критеріями були наявність потреб у соціальному супроводі, труднощі у вирішенні соціально-правових питань, необхідність отримання додаткової інформаційної підтримки, а також добровільна згода ветеранів на участь у дослідженні. Обидва учасники перебували на різних етапах лікування, однак мали спільні проблеми, пов'язані з необхідністю оформлення документів, отриманням соціальних гарантій, плануванням подальшої реабілітації та адаптації після завершення лікування.

На початковому етапі роботи було встановлено первинний контакт із ветеранами, проведено ознайомчі бесіди та отримано усну згоду на участь у заходах програми. Значна увага приділялася формуванню довірливих взаємин, оскільки саме встановлення контакту є однією з ключових умов ефективного психосоціального супроводу. Під час первинних зустрічей уточнювалися життєві обставини ветеранів, особливості їхнього сімейного становища, наявність соціальної підтримки з боку родини, рівень поінформованості щодо державних програм допомоги, а також труднощі, які виникли у зв'язку з проходженням лікування та майбутнім поверненням до повсякденного життя.

Практична реалізація програми здійснювалася відповідно до чотирьох основних блоків: психоемоційного, соціального, соціально-правового та міжвідомчого. У межах психоемоційного блоку проводився збір інформації про емоційний стан ветеранів шляхом систематичного спостереження та проведення напівструктурованих індивідуальних бесід. Під час спілкування особлива увага приділялася виявленню ознак психологічного виснаження, підвищеної тривожності, емоційної напруги, труднощів адаптації до умов лікування та переживань щодо майбутнього. Отримані дані дозволили встановити, що найбільше занепокоєння у ветеранів викликали питання подальшого соціального забезпечення, проходження медичних комісій, можливості повернення до професійної діяльності та забезпечення власного

матеріального становища після завершення лікування. Реалізація даного блоку здійснювалася за участю психолога-наставника, який забезпечував професійний супровід роботи, надавав консультації щодо особливостей взаємодії з ветеранами та допомагав визначати доцільні напрями подальшої підтримки.

Соціальний блок був спрямований на підвищення рівня соціальної проінформованості ветеранів та розширення їх доступу до соціальних послуг. У межах даного блоку проводилися індивідуальні консультативні бесіди з кожним ветераном у середньому один-два рази на тиждень залежно від потреб та тривалості перебування у закладі охорони здоров'я. Під час консультацій ветерани отримували інформацію про діяльність ветеранських просторів, можливості соціального супроводу після виписки, доступні програми реабілітації, перекваліфікації та підтримки учасників бойових дій. Окрему увагу було приділено інформуванню щодо діяльності «Київ Мілітарі Хабу» та можливостей отримання допомоги після завершення лікування.

Соціально-правовий блок передбачав проведення інформаційно-консультативної роботи щодо реалізації соціальних прав ветеранів. З метою підвищення рівня правової обізнаності було підготовлено інформаційну пам'ятку, яка містила систематизовану інформацію про основні пільги та гарантії, передбачені для ветеранів війни. Зокрема, до пам'ятки було включено відомості про медичні гарантії, забезпечення реабілітаційними послугами, соціальні виплати, порядок отримання окремих видів допомоги, можливості безоплатної правничої допомоги та контакти установ, до яких можуть звертатися ветерани для вирішення відповідних питань. Одному з ветеранів було надано практичну допомогу щодо підготовки документів для проходження експертної оцінки стану здоров'я, а іншому – роз'яснення щодо оформлення соціальних виплат та отримання необхідних довідок після завершення лікування.

Міжвідомчий блок був спрямований на забезпечення взаємодії між усіма суб'єктами, які брали участь у підтримці ветеранів. У процесі роботи

здійснювалася комунікація з медичними працівниками закладу охорони здоров'я, психологом, працівниками «Київ Мілітарі Хабу» та іншими фахівцями, залученими до надання допомоги. Особливого значення набувало узгодження подальших маршрутів підтримки ветеранів після завершення лікування, визначення установ та організацій, до яких вони можуть звернутися для отримання соціальних, психологічних чи правових послуг. Така взаємодія сприяла формуванню цілісного підходу до супроводу ветеранів та забезпечувала безперервність підтримки після виписки із закладу охорони здоров'я.

Таким чином, за результатами апробації було встановлено, що застосування окремих елементів кейс-менеджменту у роботі з ветеранами дозволяє більш ефективно виявляти їхні потреби, координувати надання необхідної допомоги та підвищувати рівень поінформованості щодо доступних ресурсів підтримки. Практичний досвід засвідчив, що навіть короткотривалий психосоціальний супровід під час лікування сприяє зменшенню соціальної невизначеності, покращує комунікацію ветеранів із фахівцями та підвищує їх готовність до подальшої соціальної адаптації після завершення лікування.

3.3. Аналіз результатів апробації та оцінка ефективності запропонованої програми

Результати апробації програми психосоціальної підтримки ветеранів війни дозволили оцінити її практичну ефективність та визначити основні переваги використання кейс-менеджменту в умовах закладів охорони здоров'я. У ході реалізації програми було встановлено, що найбільш значущим фактором ефективної підтримки є комплексний характер допомоги. Практика показала, що психологічний стан ветеранів тісно пов'язаний із рівнем соціальної визначеності, доступністю інформації та можливістю своєчасного вирішення практичних проблем. Саме тому

поєднання психологічної підтримки із соціальним супроводом виявилось більш результативним, ніж ізольоване надання окремих послуг.

Під час апробації програми спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану ветеранів. У процесі індивідуального супроводу зменшувався рівень напруги та тривожності, пов'язаної із лікуванням і невизначеністю майбутнього. Ветерани демонстрували більшу готовність до комунікації, активніше цікавилися можливостями подальшої реабілітації та соціальної підтримки. Суттєвим результатом програми стало підвищення рівня поінформованості ветеранів щодо власних соціальних прав та державних гарантій. Надання чітких роз'яснень щодо порядку оформлення документів, отримання соціальних виплат та звернення до відповідних установ дозволяло знизити рівень емоційного напруження, який часто виникав через невизначеність і складність бюрократичних процедур.

Особливу ефективність під час апробації програми продемонструвало застосування принципу кейс-менеджменту, основним інструментом якої виступав соціальний паспорт ветерана. Соціальний паспорт заповнювався на початковому етапі супроводу та містив відомості про сімейний стан ветерана, житлово-побутові умови, рівень соціальної підтримки, стан зайнятості, наявність соціально-правових проблем, потребу в медичних, психологічних та соціальних послугах, а також бачення ветераном власних першочергових потреб. Аналіз отриманої інформації дозволяв сформувати цілісне уявлення про життєву ситуацію ветерана та визначити індивідуальний маршрут подальшого супроводу. Саме завдяки використанню соціального паспорта та індивідуальному підходу в межах кейс-менеджменту вдавалося враховувати не лише загальний стан ветерана, а й особливості його життєвих обставин, характер соціальних зв'язків, наявні ресурси підтримки та актуальні потреби. Зазначене сприяло уникненню формального підходу до роботи, забезпечувало адресність надання допомоги та підвищувало рівень довіри між ветераном і фахівцем.

У процесі заповнення соціальних паспортів та проведення індивідуальних консультативних бесід було виявлено низку проблемних аспектів, які впливають на ефективність психосоціальної підтримки ветеранів у закладах охорони здоров'я. Зокрема, встановлено недостатній рівень поінформованості окремих ветеранів щодо наявних соціальних гарантій і програм підтримки, труднощі в орієнтуванні серед надавачів послуг, потребу в додатковому соціальному супроводі після завершення лікування, а також необхідність посилення міжвідомчої взаємодії між медичними, соціальними та громадськими установами. Було відзначено перевантаженість окремих фахівців та обмежені можливості індивідуальної роботи з кожним ветераном, що може впливати на своєчасність надання необхідної допомоги.

Окремої уваги потребує проблема недостатньої психологічної готовності окремих ветеранів звертатися по допомогу. Військовослужбовець демонстрував стриманість у висловленні емоційних переживань або намагався мінімізувати власні труднощі. У таких випадках важливого значення набувала саме тривалість та послідовність супроводу, що дозволяло поступово формувати довірчі взаємини. Водночас результати апробації підтвердили, що взаємодія закладів охорони здоров'я з центрами соціальних служб та психологічними службами суттєво підсилює ефективність підтримки ветеранів. Координація між різними фахівцями сприяє більш комплексному вирішенню проблем ветерана та створює умови для безперервного супроводу після завершення лікування.

Дані таблиці 3.1 свідчать, що найбільш результативним під час апробації програми виявився соціальний блок, реалізований на засадах кейс-менеджменту. Використання соціального паспорта ветерана дозволило систематизувати інформацію про потреби учасників, визначити пріоритетні напрями підтримки та забезпечити координацію подальшого супроводу. Отримані результати підтвердили доцільність застосування індивідуалізованого підходу та міжвідомчої взаємодії у процесі

психосоціальної підтримки ветеранів війни під час їх перебування у закладах охорони здоров'я.

Таблиця 3.1

**Результати апробації програми психосоціальної підтримки
ветеранів війни**

Блок програми	Виявлені потреби та проблеми	Проведені заходи	Результати апробації
Психоемоційний блок	Підвищена тривожність, емоційне виснаження, психологічна напруга, переживання щодо подальшого життя після лікування	Спостереження, напівструктуровані бесіди, оцінка психоемоційного стану, взаємодія з психологом-наставником, перенаправлення ветеранів до психолога за потреби	Встановлено основні психоемоційні труднощі ветеранів, забезпечено своєчасне залучення психолога до роботи, підвищено готовність ветеранів до обговорення власних проблем
Соціальний блок (кейс-менеджмент)	Недостатня поінформованість про доступні послуги, невизначеність щодо подальшої реабілітації, потреба в соціальному супроводі	Заповнення соціального паспорта ветерана, оцінка потреб, індивідуальні консультативні бесіди, інформування про соціальні послуги та програми підтримки, планування подальшого маршруту отримання допомоги	Визначено індивідуальні потреби ветеранів, підвищено рівень соціальної поінформованості, сформовано подальші маршрути соціального супроводу та отримання послуг
Соціально-правовий блок	Труднощі з оформленням документів, недостатня обізнаність щодо соціальних гарантій, пільг та виплат	Надання консультацій щодо соціальних прав ветеранів, підготовка інформаційної пам'ятки про пільги та гарантії, допомога в підготовці документів і перенаправлення до відповідних установ	Підвищено рівень правової обізнаності ветеранів, спрощено процес вирішення окремих соціально-правових питань, знижено рівень невизначеності щодо подальших дій
Міжвідомчий блок	Потреба в координації допомоги між різними суб'єктами	Взаємодія з медичним персоналом, психологом, працівниками Київ	Забезпечено комплексний підхід до підтримки ветеранів,

	підтримки та забезпеченні супроводу після виписки	Мілітарі Хабу та іншими надавачами послуг, координація подальших звернень ветеранів	визначено подальші напрями супроводу та налагоджено взаємодію між суб'єктами надання допомоги
Загальна оцінка ефективності програм	Наявність комплексних соціальних, психологічних та правових потреб ветеранів під час лікування	Застосування технології кейс-менеджменту, використання соціального паспорта ветерана, міжвідомча координація та індивідуальний підхід	Апробація підтвердила доцільність використання кейс-менеджменту в роботі з ветеранами під час лікування, сприяла більш повному виявленню потреб, покращенню координації допомоги та підвищенню доступності соціальних послуг

Джерело: розроблено автором

Отже, проведена апробація засвідчила практичну доцільність запропонованої програми психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я. Отримані результати підтвердили ефективність індивідуального соціального супроводу ветеранів на засадах кейс-менеджменту, що дозволяє своєчасно виявляти актуальні потреби, координувати надання необхідної допомоги та забезпечувати безперервність підтримки під час лікування й після виписки із закладу охорони здоров'я.

Важливим чинником успішної реалізації програми стала співпраця громадської організації «Київ Мілітарі Хаб» із закладами охорони здоров'я, що забезпечила можливість поєднання ресурсів медичної, психологічної та соціальної сфер для комплексної підтримки ветеранів. Така взаємодія сприяла більш ефективному виявленню потреб ветеранів, організації їх подальшого маршруту отримання послуг та координації роботи різних фахівців і установ. Результати апробації засвідчили, що застосування індивідуального соціального супроводу, використання соціального паспорта ветерана та налагодження міжвідомчої взаємодії сприяють підвищенню

рівня соціальної поінформованості ветеранів, покращенню доступу до необхідних послуг, своєчасному вирішенню окремих соціально-правових питань та формуванню умов для більш успішної соціальної адаптації. Отримані результати свідчать про доцільність подальшого впровадження подібних програм у діяльність закладів охорони здоров'я та розвитку партнерства між закладами охорони здоров'я, громадськими організаціями та установами соціальної сфери з метою забезпечення комплексної психосоціальної підтримки ветеранів війни.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було розроблено та апробовано програму психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я, основу якої становить індивідуальний соціальний супровід ветерана на засадах кейс-менеджменту. Встановлено, що в умовах стаціонарного лікування ветерани потребують не лише медичної допомоги, а й комплексної психоемоційної, соціальної та соціально-правової підтримки, спрямованої на подолання соціальної невизначеності, вирішення актуальних життєвих проблем та забезпечення подальшої адаптації після завершення лікування.

У процесі дослідження було визначено мету, завдання та структуру програми, яка включала чотири взаємопов'язані блоки: психоемоційний, соціальний, соціально-правовий та міжвідомчий. Психоемоційний блок був спрямований на виявлення психоемоційних труднощів ветеранів та забезпечення психологічної підтримки за участю психолога закладу охорони здоров'я. Соціальний блок виступав основним блоком програми та реалізовувався на засадах кейс-менеджменту шляхом здійснення індивідуального соціального супроводу, оцінки потреб ветерана та координації отримання необхідних послуг. Соціально-правовий блок передбачав інформування ветеранів щодо соціальних гарантій, пільг і механізмів отримання допомоги, а також сприяння вирішенню соціально-

правових питань. Міжвідомчий блок забезпечував координацію взаємодії між закладами охорони здоров'я, громадськими організаціями, соціальними службами та іншими суб'єктами надання допомоги з метою організації комплексної підтримки ветеранів. Провідне місце у структурі програми займав соціальний блок, основним інструментом якого став соціальний паспорт ветерана, що дозволяв здійснювати комплексну оцінку життєвої ситуації, виявляти актуальні потреби та визначати подальший маршрут супроводу.

Визначено, що ефективна реалізація програми потребує міжсекторальної взаємодії між закладами охорони здоров'я, громадськими організаціями, психологічними службами та установами соціальної сфери. Важливу роль у процесі апробації відіграла співпраця «Київ Мілітарі Хабу» із закладами охорони здоров'я, що створило умови для проведення емпіричного дослідження безпосередньо в середовищі перебування ветеранів та забезпечило можливість комплексного підходу до організації підтримки.

Практична апробація охоплювала індивідуальний соціальний супровід двох ветеранів, які перебували на стаціонарному лікуванні. У межах апробації було проведено первинну оцінку потреб ветеранів шляхом заповнення соціального паспорта, здійснено індивідуальні консультативні бесіди, надано інформацію щодо доступних соціальних послуг, соціальних гарантій та механізмів отримання допомоги. Було надано допомогу з підготовки документів для проходження відповідних процедур оцінювання стану здоров'я, оформлення соціальних виплат, а також організовано взаємодію з фахівцями та службами, які забезпечують подальшу підтримку ветеранів.

Результати апробації засвідчили, що найбільш поширеними проблемами ветеранів є недостатня поінформованість щодо доступних послуг і державних гарантій, труднощі у вирішенні соціально-правових питань, невизначеність щодо подальшої реабілітації та адаптації після

завершення лікування. Встановлено, що частина психоемоційного напруження ветеранів обумовлена не лише наслідками бойового досвіду, а й невирішеними соціальними та правовими питаннями, які потребують своєчасного супроводу та координації допомоги.

Аналіз результатів апробації підтвердив практичну доцільність використання індивідуального соціального супроводу на засадах кейс-менеджменту в роботі з ветеранами війни. Застосування соціального паспорта ветерана, індивідуалізованого підходу та міжвідомчої взаємодії сприяло більш повному виявленню потреб учасників, підвищенню рівня їх соціальної поінформованості, покращенню доступу до необхідних послуг та забезпеченню комплексності підтримки. Отримані результати свідчать про перспективність подальшого впровадження подібних програм на основі партнерства закладів охорони здоров'я та громадських організацій з метою підвищення ефективності психосоціальної підтримки ветеранів війни.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження було встановлено, що система допомоги ветеранам в Україні формується на основі комплексного поєднання національного законодавства, міжнародно-правових стандартів у сфері прав людини та сучасних підходів до організації медико-психологічної й соціальної допомоги. Визначено, що нормативно-правове забезпечення психосоціальної підтримки охоплює положення Конституції України, законодавства у сфері соціального захисту ветеранів, охорони психічного здоров'я та соціальної реабілітації, що створює правові передумови для реалізації комплексної системи підтримки ветеранів війни.

Узагальнено основні наукові підходи до розуміння сутності психосоціальної підтримки та встановлено, що вона є інтегрованою системою психологічних, соціальних, медичних та консультативних заходів, спрямованих на відновлення психоемоційного стану ветеранів, їх соціальну адаптацію та підвищення рівня життєстійкості. Обґрунтовано, що ефективна психосоціальна підтримка повинна ґрунтуватися на принципах комплексності, індивідуалізованого підходу, міждисциплінарної взаємодії, безперервності супроводу та орієнтації на потреби особистості.

Отримані теоретико-методологічні результати стали концептуальною основою для проведення емпіричного дослідження психосоціальних потреб ветеранів війни та подальшої розробки програми психосоціальної підтримки у закладах охорони здоров'я. Це дозволяє стверджувати, що вдосконалення системи психосоціальної допомоги ветеранам потребує не лише нормативного забезпечення, а й упровадження практико-орієнтованих моделей міждисциплінарного супроводу, здатних забезпечити комплексне реагування на потреби ветеранів війни.

Проведене емпіричне дослідження дозволило встановити, що психосоціальні потреби ветеранів війни мають комплексний та багатовимірний характер і охоплюють не лише психологічні труднощі, а й медичні, соціально-економічні, правові та організаційні аспекти. Результати

авторської анкети та опитувальника якості життя WHOQOL-BREF засвідчили наявність значних труднощів у процесі соціальної адаптації ветеранів, що проявляються у підвищеному рівні тривожності, емоційному виснаженні, погіршенні фізичного самопочуття, обмеженні соціальної активності та недостатньому рівні доступності окремих послуг.

Встановлено, що провідними потребами ветеранів є медична реабілітація, психологічна підтримка, соціальний супровід, юридичне консультування та допомога у вирішенні соціально-правових питань. Водночас результати дослідження засвідчили наявність низки системних проблем у сфері психосоціальної підтримки, серед яких: формалізований характер допомоги, бюрократичні бар'єри, недостатня кадрова забезпеченість, низький рівень поінформованості щодо доступних послуг та недостатня індивідуалізація супроводу. Важливим чинником, який також впливає на ефективність допомоги, є недостатній рівень довіри ветеранів до фахівців і державних механізмів підтримки. Разом із тим проведений аналіз дозволив визначити, що одним із найбільш перспективних напрямів підвищення ефективності психосоціальної підтримки є розвиток міжвідомчої взаємодії між закладами охорони здоров'я та центрами соціальних служб. Отримані результати стали підґрунтям для розробки програми психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я.

Розроблено та апробовано програму психосоціальної підтримки ветеранів війни в закладах охорони здоров'я, спрямовану на забезпечення комплексної психоемоційної, соціальної та соціально-правової підтримки ветеранів і військовослужбовців під час лікування. Основу програми становив індивідуальний соціальний супровід ветерана на засадах кейс-менеджменту, який передбачав комплексну оцінку потреб, планування заходів підтримки, координацію отримання послуг та забезпечення безперервності супроводу. Структурно програма включала чотири взаємопов'язані блоки: психоемоційний, соціальний, соціально-правовий та

міжвідомчий. Провідне місце у програмі займав соціальний блок, реалізований за допомогою соціального паспорта ветерана як інструменту виявлення потреб, наявних ресурсів підтримки та визначення подальшого маршруту супроводу. У процесі розробки програми визначено її основні напрями, серед яких: оцінка потреб ветеранів, індивідуальний соціальний супровід, інформування щодо соціальних послуг і державних гарантій, сприяння вирішенню соціально-правових питань, забезпечення психологічної підтримки за участю психолога закладу охорони здоров'я та координація взаємодії між закладами охорони здоров'я, громадськими організаціями й установами соціальної сфери. Встановлено, що важливою умовою ефективної підтримки ветеранів є формування довірчих взаємин, які сприяють більш повному виявленню потреб та підвищують готовність ветеранів до співпраці з фахівцями.

Практична реалізація програми здійснювалася під час виробничої практики на базі «Київ Мілітарі Хабу» та включала індивідуальний соціальний супровід двох ветеранів, які перебували на стаціонарному лікуванні. У межах апробації було проведено первинну оцінку потреб шляхом заповнення соціального паспорта ветерана, здійснено індивідуальні консультативні бесіди, надано інформацію щодо соціальних послуг, соціальних гарантій і механізмів отримання допомоги. Також було надано допомогу щодо підготовки документів для проходження відповідних процедур оцінювання стану здоров'я та оформлення соціальних виплат, організовано взаємодію з фахівцями соціальної сфери та забезпечено перенаправлення до психолога у випадках виявлення потреби в психологічній допомозі. Практичний досвід засвідчив, що значна частина труднощів ветеранів пов'язана не лише з наслідками пережитого бойового досвіду, а й із недостатньою поінформованістю щодо наявних послуг, невизначеністю стосовно подальшого соціального забезпечення, складністю проходження окремих адміністративних процедур та потребою у

комплексному супроводі під час лікування й після виписки із закладу охорони здоров'я.

Аналіз результатів апробації програми підтвердив її ефективність та практичну доцільність. Встановлено, що комплексний психосоціальний супровід сприяє покращенню психоемоційного стану ветеранів, зниженню рівня тривожності та емоційної напруги, підвищенню соціальної поінформованості й формуванню більшої довіри до фахівців. Доведено, що використання методу кейс-менеджменту забезпечує більш комплексний підхід до підтримки ветеранів та дозволяє ефективніше координувати міжвідомчу взаємодію між закладами охорони здоров'я, психологічними службами та центрами соціальних служб. Разом із тим у процесі апробації були виявлені окремі проблеми, зокрема недостатня кількість фахівців психосоціального профілю, перевантаженість медичного персоналу та потреба у вдосконаленні міжвідомчої взаємодії. Дане свідчить про необхідність подальшого розвитку системи психосоціальної підтримки ветеранів війни у закладах охорони здоров'я та впровадження комплексних програм супроводу на постійній основі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабчук О. Г. Психологія особистості в період війни та повоєнний час. *Навчальний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня*. Одеса : Видавництво «Юридика», 2025. 134 с.
2. Багрій В. В., Легка А. І. Емоційна безпека як складова психосоціальної підтримки родин працівників мвс України в умовах воєнного ризику. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації*. Львів. 2024. С. 34-36.
3. Белінська Н. О. Вплив соціально-психологічного супроводу на процес реінтеграції військовослужбовців та ветеранів війни. *Теорія та практика психокорекції особистості*. 2023. С. 12-15.
4. Бігун М. Громада як середовище для відновлення: аспекти соціальної інклюзії ветеранів війни. *Соціальна робота: становлення, перспективи, розвиток*. 2026. С. 49-51.
5. Бурдін, Д. С. Психосоціальна та фізична реабілітація ветеранів війни на Миколаївщині. *Гуманіт. вісн. НУК*. Миколаїв : Іліон, 2024. Вип. 17. С. 25-28.
6. Ворохаєв О. А. Соціальне здоров'я особистості як проблема здоров'язбереження. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*. Вип. 6 (162). Чернігів: НУЧК, 2020. С. 18-22.
7. Гарбузова Є. Психосоціальна підтримка особистості в умовах війни: засади правового регулювання. *Соціальна робота: становлення, перспективи, розвиток*. Львів. 2026. С. 513-518.
8. Дубінський С. Психологічні наслідки війни та коучингові підходи до відновлення. *Психолого-педагогічні аспекти навчання, виховання та розвитку особистості*. 2025. С. 62-76.
9. Європейська конвенція з прав людини від 01.08.2021 р. № 995_004. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text (дата звернення 16.03.2026 р.)

10. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 р. № 995_015.
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text (дата звернення 16.03.2026 р.)
11. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 11.02.2026 р. № 2801-XII. *Відомості Верховної Ради України*.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 15.03.2026 р.)
12. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 01.01.2025 р. № 1489-III. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text> (дата звернення 15.03.2026 р.)
13. Закон України «Про соціальні послуги» від 07.02.2026 р. № 2671-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення 15.03.2026 р.)
14. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 01.01.2026 р. № 3551-XII. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення 15.03.2026 р.)
15. Карп'юк А. Соціальні послуги як ресурс реабілітації ветеранів війни та їх родин. *Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації*. Тернопіль: ЗУНУ, 2025. С 693-695.
16. Конвенція про права осіб з інвалідністю від 19.06.2023 р. № 995_g71. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення 16.03.2026 р.)
17. Конституція України від 01.01.2020 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 15.03.2026 р.)

18. Концепція формування культури поваги і підтримки ветеранів війни до 2028 року від 26.11.2025 р. № 1342-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1342-2025-%D1%80#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)
19. Костина І., Скороход К., Братусь Я. Шлях ветеранів та ветеранок: дослідження про досвід війни і повернення до цивільного життя. *Veteran Hub, IREX*. Київ. 2023. 237 с.
20. Кравченко О. Ветерани про впровадження каністерапії як методу реабілітації (за результатами емпіричного дослідження). *Соціальна робота та соціальна освіта*, (2 (17)). 2026. С. 122-129.
21. Кротенко В. Теоретичні аспекти травматичного досвіду. Посттравматичний стресовий розлад і феномен посттравматичного зростання. *Соціально-психологічна реабілітація ветеранів*. 2025. С. 119-121.
22. Логвиненко В. М., Великий Р. Г. Психосоціальна підтримка сімей як складова гуманітарних програм Фонду народонаселення ООН в Україні. *Перспективи та інновації науки: журнал*. 2026. № 3(61). С. 3576-3587.
23. Лось С. Психосоціальна підтримка осіб з інвалідністю в умовах війни: інноваційні практики та виклики впровадження. *Фінанси та облік в умовах глобальної невизначеності та безпекових ризиків*. Тернопіль. 2025. С. 386-387.
24. Лук'янова Л. О., Балтаджи П. М. Психосоціальна підтримка як фактор сприяння посттравматичному зростанню жінок-членів родин учасників бойових дій. *Правничий часопис*. 2024. С. 74-80.
25. Лукашенко М. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій: зарубіжний досвід. *Юридична психологія*, 23(2). 2018. С. 48-58.
26. Маринич В.О., Стульнікова Л.Ю. Роль соціального працівника в запобіганні професійного вигорання медичного персоналу, які працюють із пораненими військовими. *Перспективи та інновації науки (Серія*

«Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»): журнал, № 12(58). 2025. С. 3851-3866.

27. Мельничук І. Сімейна резильєнтність як ресурс подолання воєнних викликів. *Травмоване дитинство: психологічні проблеми особистісного та соціального становлення дітей та молоді в умовах війни та поствоєнного періоду*. Рівне: РДГУ, 2025. С. 89-91.

28. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права від 19.10.1973 р. № 995_043. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043#Text (дата звернення 16.03.2026 р.)

29. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 19.10.1973 р. № 995_042. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text (дата звернення 16.03.2026 р.)

30. Мілевський Б. В. Порівняльний аналіз інноваційних методологій та досвіду США для оптимізації системи соціального супроводу в Україні. *Психологічне забезпечення Збройних Сил України в умовах війни*. 2025. С. 64-67.

31. Москаленко А. М. Теоретико-методологічні засади дослідження посттравматичного стресового розладу. *The 12 th International scientific and practical conference «Science and society: modern trends in a changing world»*. 2024. С. 287-289.

32. Наказ Міністерства у справах ветеранів України «Про затвердження Змін до Порядку формування, ведення та доступу до Реєстру суб'єктів надання послуг із психологічної допомоги для ветеранів і членів їх сімей» № 96 від 29.01.2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0167-25#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)

33. П'янківська Л.В. Психосоціальна підтримка членів родин військовослужбовців та ветеранів. *Колективна монографія*. 2020. С. 149-178.

34. Павлова О. Реалізація соціального потенціалу ветеранів військових дій як елемент трансформації українського суспільства. *Науково-теоретичний альманах Грані*, 26(5). 2023. С. 127-131.

35. Пампура І. І., Бойко-Бузиль Ю. Ю. Психосоціальна підтримка працівників ризиконебезпечних професій. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації*. Львів. 2024. С. 258-262.

36. Петруня Р. М., Блашкова О. М. Відкриті психотерапевтичні групи (військовослужбовці, ветерани та цивільні). *Збірник наукових праць*. 2024. С. 164-168.

37. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання забезпечення діяльності фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб» № 67 від 24.01.2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/67-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)

38. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання забезпечення професійної адаптації осіб, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членів сімей таких осіб, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України» від 07.02.2025 № 126. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/126-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)

39. Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення професійної адаптації ветеранів війни та членів їх сімей» від 26.11.2025 № 1595. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1595-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)

40. Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо проактивної підтримки ветеранів війни та сприяння їх економічному добробуту» від 29.10.2025 № 1402. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)

41. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з підтримки та допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та членам родин загиблих, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» № 62 від 21.01.2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)

42. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів з підтримки та допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та членам родин загиблих, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» від 21.01.2025 № 62. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)

43. Розова Т., Ханецька Т. Резильєнтність як чинник подолання посттравматичного стресового розладу в умовах війни. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки. 2025. С. 147-156.

44. Скарлат О. Роль соціального працівника у психосоціальній підтримці ветеранів війни. *Соціальна робота: становлення, перспективи, розвиток*. 2026. С. 373-376.

45. Соцька А. Реінтеграція ветеранів з інвалідністю. *Методичний посібник*. Програма розвитку ООН в Україні. Київ. 2022. 78 с.

46. Стаднік АВ, Мельник ЮБ, Прокопенко ЮО, Васищев ВС Медико-психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців—

учасників ООС. *Науковий вісник Львівської академії*. Серія: Педагогічні науки. Кропивницький: ЛА НАУ, 2019. № 5. С. 488–493.

47. Стратегія формування системи повернення з військової служби до цивільного життя до 2033 року від 31.12.2024 р. № 1350-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1350-2024-%D1%80#Text> (дата звернення 16.03.2026 р.)

48. Тарасюк В. М. Соціальна реінтеграція ветеранів російсько-української війни: диференційований підхід. *Вектори соціальної, організаційної та економічної психології*. 2025. С. 293-299.

49. Твердохвалова Ю. Л., Твердохвалова Ю. Родина як опора: збереження та відновлення потенціалу ветеранів війни. *Особистість, суспільство, закон: тези доп. учасників Міжнар. психолог. форуму*. Харків: ХНУВС, 2025. С. 203-205.

50. Фера С. В. Інновації в соціальній підтримці учасників бойових дій у процесі їх адаптації до мирного життя. *Наукові записки*. Серія: Психологія. 2024. С. 103–108.

51. Царенко Л., Вебер Т., Войтович М., Гриценко Л., Кочубей В., Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. *Навчальний посібник*. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

52. Чемодурова Ю. М. Психологічні моделі феномену посттравматичного зростання особистості. *Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського*. Серія: Психологія, 35(74). 2024. С. 28-33.

53. Череповська Н., Дідик Н. Медіапсихологічні ресурси подолання травми війни. *Практичний посібник*. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. 2-ге вид., випр. та доп. 2021. 210 с.

54. Piankivska L. V. Social Support of the Individual in War Conditions: Ukrainian and International Experience. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series «Pedagogy and Psychology»*. Vol. 8, No. 2, 2022. P. 76-84.

55. Stoliaryk O., Semigina T. Coming back from war: psychosocial support for veterans and their family members. *Social Work and Education*, 10(1). 2023. 3. 63–77.

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА

**з метою дослідження психосоціальної підтримки ветеранів війни
в закладах охорони здоров'я**

Шановний(а) респонденте!

*Опитування є анонімним. Дані використовуються виключно в наукових
цілях. Оберіть варіант відповіді або впишіть власний.*

I. Соціально-демографічні дані

1. Ваш вік:

- ☐ до 25 років
- ☐ 26–35 років
- ☐ 36–45 років
- ☐ 46–55 років
- ☐ понад 55 років

2. Стать:

- ☐ чоловіча
- ☐ жіноча

3. Ваш статус:

- ☐ учасник бойових дій
- ☐ особа з інвалідністю внаслідок війни
- ☐ демобілізований військовослужбовець
- ☐ інше _____

4. Тривалість участі в бойових діях:

- ☐ до 1 року
- ☐ 1–3 роки
- ☐ понад 3 роки

5. Чи працюєте Ви наразі?

- ☐ так
- ☐ ні
- ☐ тимчасово не працюю

6. Сімейний стан:

- ☐ неодружений(а)
- ☐ одружений(а)
- ☐ розлучений(а)
- ☐ вдівець/вдова

II. Психоемоційний стан

7. Як Ви оцінюєте свій загальний психологічний стан?

- ☐ добрий
- ☐ задовільний
- ☐ нестабільний
- ☐ критичний

8. Чи відчуваєте підвищену тривожність?

- ☐ ніколи
- ☐ рідко
- ☐ іноді
- ☐ часто
- ☐ постійно

9. Чи маєте труднощі зі сном?

- ☐ ні
- ☐ іноді
- ☐ часто

10. Чи виникають у Вас різкі перепади настрою?

- ☐ ні

☐ іноді

☐ часто

11. Чи відчуваєте Ви дратівливість або агресію?

☐ ні

☐ іноді

☐ часто

12. Чи уникаєте Ви соціальних контактів?

☐ ні

☐ частково

☐ так

13. Чи відчуваєте труднощі у спілкуванні з родиною?

☐ ні

☐ іноді

☐ часто

14. Чи зверталися Ви раніше до психолога або психотерапевта?

☐ так

☐ ні

III. Досвід отримання психосоціальної підтримки

15. Чи отримували Ви психологічну допомогу в закладі охорони здоров'я?

☐ так

☐ ні

16. Якщо так, хто надавав допомогу?

☐ психолог

☐ психотерапевт

☐ соціальний працівник

☐ лікар

☐ інше _____

17. Як часто Ви отримуєте психологічну підтримку?

☐ одноразово

☐ періодично

☐ регулярно

18. Чи достатньо часу приділяють Вам спеціалісти?

☐ так

☐ частково

☐ ні

19. Чи відчуваєте Ви довіру до фахівців?

☐ так

☐ частково

☐ ні

20. Чи задоволені Ви якістю наданої допомоги?

☐ повністю

☐ частково

☐ не задоволений(а)

21. Чи відчуваєте підтримку з боку медичного персоналу?

☐ так

☐ частково

☐ ні

22. Які форми підтримки були найбільш корисними?

☐ індивідуальні консультації

☐ групова терапія

☐ соціальний супровід

☐ реабілітаційні програми

☐ інше _____

IV. Соціальна адаптація

23. Чи маєте Ви труднощі з поверненням до мирного життя?

☐ ні

☐ частково

☐ так

24. Чи відчуваєте Ви підтримку з боку родини?

☐ так

☐ частково

☐ ні

25. Чи відчуваєте Ви підтримку з боку громади / суспільства?

☐ так

☐ частково

☐ ні

26. Чи потребуєте Ви допомоги в працевлаштуванні або перекваліфікації?

☐ так

☐ ні

V. Потреби та перспективи вдосконалення підтримки

27. Яких видів допомоги Вам найбільше бракує?

☐ психологічної

☐ соціальної

☐ юридичної

☐ медичної реабілітації

☐ підтримки сім'ї

28. Які труднощі виникають під час отримання допомоги?

- ☐ нестача інформації
- ☐ брак фахівців
- ☐ формальний підхід
- ☐ недовіра
- ☐ не виникають

29. Чи вважаєте Ви, що програми психосоціальної підтримки в закладах охорони здоров'я слід розширити?

- ☐ так
- ☐ ні
- ☐ важко відповісти

30. Ваші пропозиції щодо покращення системи психосоціальної підтримки:

WHOQOL-BREFUKR

Інструкція

Це оцінювання запитує, як ви ставитесь до якості свого життя, здоров'я чи інших сфер життя. **Будь ласка, дайте відповідь на всі запитання.** Якщо ви не впевнені, яку відповідь дати на запитання, **будь ласка, виберіть ту, яка здається найбільш підходящою.** Часто це може бути ваша перша відповідь. Будь ласка, пам'ятайте про свої стандарти, надії, бажання та інтереси. Ми просимо вас подумати про своє життя **за останні два тижні.** Наприклад, думаючи про останні два тижні, можна запитати:

		Зовсім ні	Не багато	Помірно	Багато	Повністю
	Чи отримуєте ви від інших таку підтримку, яка вам потрібна?	1	2	3	4	5

Ви повинні обвести число, яке найкраще відповідає тому, яку підтримку ви отримали від інших протягом останніх двох тижнів. Отже, ви обвели б цифру 4, якщо б отримали велику підтримку від інших, як зазначено нижче.

		Зовсім ні	Не багато	Помірно	Багато	Повністю
	Чи отримуєте ви від інших таку підтримку, яка вам потрібна?	1	2	3	4	5

		Дуже погана	Погана	Ні погана, ні добра	Добра	Дуже добра
1 (G1)	Як би ви оцінили свою якість життя?	1	2	3	4	5

		Дуже незадоволений(-на)	Незадоволений(-на)	Ні задоволення, ні незадоволення	Задоволений(-на)	Дуже задоволений(-на)
2 (G4)	Наскільки ви задоволені своїм здоров'ям?	1	2	3	4	5

		Зовсім ні	Трішки	Помірно	Дуже сильно	Надзвичайно
--	--	-----------	--------	---------	-------------	-------------

3 (F1.4)	Якою мірою ви відчуваєте, що (фізичний) біль заважає вам робити те, що потрібно?	1	2	3	4	5
4 (F1.1.3)	Наскільки вам потрібне будь-яке медичне лікування, щоб функціонувати у повсякденному житті?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Наскільки ви насолоджуєтесь життям?	1	2	3	4	5
6 (F2.4.2)	Якою мірою ви відчуваєте своє життя значущим?	1	2	3	4	5

		Зовсім ні	Трішки	Помірно	Дуже сильно	Надзвичайно
7 (F5.3)	Наскільки добре ви здатні зосереджуватися?	1	2	3	4	5
8 (F1.6.1)	Наскільки безпечно ви почуваетесь у повсякденному житті?	1	2	3	4	5
9 (F2.2.1)	Наскільки здоровим є ваше фізичне середовище?	1	2	3	4	5

		Дуже незадоволений(-на)	Незадоволений(-на)	Ні задоволений(-на), ні незадоволений(-на)	Задоволений(-на)	Дуже задоволений(-на)
16 (F3.3)	Наскільки ви задоволені своїм сном?	1	2	3	4	5
17 (F1.0.3)	Наскільки ви задоволені своєю здатністю виконувати повсякденну діяльність?	1	2	3	4	5
18 (F1.2.4)	Наскільки ви задоволені своєю працездатністю?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Наскільки ви задоволені собою?	1	2	3	4	5

20 (F1 3.3)	Наскільки ви задоволені своїми особистими стосунками?	1	2	3	4	5
21 (F1 5.3)	Наскільки ви задоволені своїм сексуальним життям?	1	2	3	4	5
22 (F1 4.4)	Наскільки ви задоволені підтримкою друзів?	1	2	3	4	5
23 (F1 7.3)	Наскільки ви задоволені умовами свого проживання?	1	2	3	4	5
24 (F1 9.3)	Наскільки ви задоволені своїм доступом до медичних послуг?	1	2	3	4	5
25 (F2 3.3)	Наскільки ви задоволені своїм транспортом?	1	2	3	4	5

		Ніколи	Зрідка	Доволі часто	Дуже часто	Завжди
26 (F8. 1)	Як часто у вас виникають негативні почуття, такі як поганий настрій, відчай,	1	2	3	4	5