

Міністерство освіти і науки України
Національний університет “Острозька академія”
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра громадського здоров’я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: **«Цілісний підхід в організації системи соціальних послуг для
відновлення здоров’я ветеранів війни та демобілізованих осіб»**

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМГз-21
Спеціальності 229 Громадське здоров’я,
освітньо- професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ’Я»
другого (магістерського рівня вищої освіти)
Галич Катерина Миколаївна

Керівник – доктор біологічних наук, професор
Лях Юрій Єремійович
Рецензент – кандидат психологічних наук,
доцент
Кулеша Наталія Петрівна

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

**Завідувач кафедри громадського здоров’я
та фізичного виховання** _____ (проф. д.м.н. Гушук І.В.)
(підпис)

Протокол № ____ від « ____ » _____ 2026р.

м. Острог-2026

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЦІЛІСНОГО ПІДХОДУ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ОСІБ	8
1.1. Ветерани війни та демобілізовані особи як цільова група системи громадського здоров'я	8
1.2. Сутність цілісного підходу до відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я ветеранів війни	14
1.3. Соціальні послуги в системі громадського здоров'я як інструмент підтримки та реінтеграції ветеранів війни і демобілізованих осіб	23
Висновки до розділу 1	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТРЕБ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ОСІБ У СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГАХ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я.....	32
2.1. Організація, методика та інструментарій емпіричного дослідження.....	32
2.2. Аналіз потреб ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах за результатами анкетування та фокус-групового інтерв'ю	42
2.3. Проблеми та виклики організації соціальних послуг для ветеранів війни і демобілізованих осіб за результатами емпіричного дослідження	55
Висновки до розділу 2	66
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ОСІБ	68
3.1. Концептуальні засади програми комплексної підтримки ветеранів війни та демобілізованих осіб з урахуванням результатів дослідження.....	68
3.2. Структура, зміст і механізм реалізації програми соціальних послуг для подолання виявлених викликів	71

3.3. Очікувані результати, індикатори ефективності та ризики впровадження програми.....	77
Висновки до розділу 3	83
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	87

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена безпрецедентним зростанням чисельності ветеранів війни та демобілізованих осіб в Україні внаслідок повномасштабної збройної агресії Російської Федерації і об'єктивною потребою системи громадського здоров'я в організаційних рішеннях, які забезпечували б відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я цієї категорії населення. Стан здоров'я людини після військової служби формується не окремим діагнозом, а поєднанням бойового досвіду, фізичних ушкоджень, психоемоційного напруження, зміни соціальних ролей, родинної динаміки та доступності допомоги в громаді, тому традиційна модель, орієнтована переважно на клінічне лікування, не охоплює всього спектра потреб ветеранів і демобілізованих осіб. Емпіричні дані Українського ветеранського фонду засвідчують, що серед опитаних ветеранів і ветеранок 87,4 % мають статус учасника бойових дій, 27,4 % — інвалідність унаслідок війни, тоді як середня оцінка забезпеченості потреб у психологічній, медичній, юридичній та матеріальній підтримці не перевищує 2,1–2,4 бала за п'ятибальною шкалою. Зазначений розрив між гостротою потреб і фактичним рівнем їх задоволення прямо вказує на недостатню цілісність наявної системи соціальних послуг.

Цілісний підхід в організації соціальних послуг передбачає, що фізичне, психічне і соціальне здоров'я ветерана аналізуються у взаємозв'язку, а допомога будується через оцінювання потреб, індивідуальне планування, координацію фахівців і моніторинг результатів. Чинне законодавство України — закони «Про систему громадського здоров'я», «Про соціальні послуги», «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, інститут фахівців із супроводу — містить опорні елементи такої моделі, проте на практиці підтримка нерідко залишається фрагментарною, нерівномірно доступною за територіальною ознакою та слабо скоординованою між медичними, психологічними, соціальними, правовими і трудовими інституціями. Це актуалізує наукове завдання обґрунтування цілісного підходу до організації системи соціальних

послуг та розроблення практичних механізмів його впровадження на рівні територіальної громади, де відбувається реальна реінтеграція ветерана [10].

Об'єктом є система соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб у структурі громадського здоров'я.

Предметом дослідження є цілісний підхід до організації системи соціальних послуг, спрямованих на відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я ветеранів війни і демобілізованих осіб.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування цілісного підходу до організації системи соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб і розроблення на цій основі програми вдосконалення таких послуг на рівні територіальної громади.

Досягнення поставленої мети передбачає розв'язання таких завдань:

- 1) розкрити ветеранів війни та демобілізованих осіб як цільову групу системи громадського здоров'я і визначити структуру їхніх потреб у відновленні здоров'я;
- 2) обґрунтувати сутність цілісного підходу до відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я ветеранів війни;
- 3) охарактеризувати соціальні послуги в системі громадського здоров'я як інструмент підтримки та реінтеграції ветеранів війни і демобілізованих осіб;
- 4) обґрунтувати методику, організацію та інструментарій емпіричного дослідження потреб ветеранів у соціальних послугах;
- 5) проаналізувати потреби ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах за результатами анкетування і фокус-групового інтерв'ю;
- 6) оцінити доступність, якість і проблеми організації соціальних послуг для ветеранів війни та демобілізованих осіб;
- 7) розробити концептуальні засади, структуру та механізм реалізації програми вдосконалення системи соціальних послуг;
- 8) визначити очікувані результати, індикатори ефективності та ризики впровадження запропонованої програми.

Методологічну основу дослідження становить поєднання загальнонаукових, спеціальних і емпіричних методів. На теоретичному етапі застосовано аналіз і синтез, систематизацію, узагальнення та порівняння, що дало змогу розкрити понятійний апарат і обґрунтувати модель цілісного підходу. Нормативно-правовий (контент-аналіз) метод використано для опрацювання законодавства України та міжнародних документів у сфері громадського здоров'я, реабілітації та соціальних послуг. Емпіричний компонент реалізовано через анкетування 50 респондентів і фокус-групове інтерв'ю з 10 учасниками; обробка кількісних даних здійснювалася методами описової статистики з обчисленням абсолютних значень, відсоткових часток, середніх балів і ранжування потреб, а якісних — методом тематичного аналізу. На етапі розроблення програми застосовано методи моделювання організаційних рішень і логіко-структурний підхід.

Теоретичне значення дослідження полягає в систематизації наукових уявлень про цілісний підхід до відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб, інтеграції соціальної роботи у структуру громадського здоров'я і побудові теоретичної моделі, що поєднує фізичний, психічний, соціальний і громадський рівні підтримки. Практичне значення зумовлене можливістю використання запропонованої програми вдосконалення соціальних послуг, інструментарію оцінювання потреб і рекомендацій органами місцевого самоврядування, надавачами соціальних послуг, закладами громадського здоров'я та організаціями громадянського суспільства під час планування підтримки ветеранів на рівні територіальної громади.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні авторської моделі цілісного підходу до організації системи соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб, що інтегрує медичний, реабілітаційний, психологічний, соціальний, правовий, сімейний і громадський компоненти навколо індивідуального маршруту супроводу; у виявленні та емпіричному узагальненні структури потреб і ключових бар'єрів доступу до соціальних послуг; у розробленні практико-орієнтованої програми

переходу від фрагментарної допомоги до координованого супроводу ветерана і його сім'ї в громаді з визначеними індикаторами ефективності та механізмами мінімізації ризиків.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (40 найменувань, з яких 13 — іноземними мовами). Робота містить 26 таблиць і 2 рисунки, що відображають теоретичні узагальнення та емпіричні результати дослідження.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЦІЛІСНОГО ПІДХОДУ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ОСІБ

1.1. Ветерани війни та демобілізовані особи як цільова група системи громадського здоров'я

Ветерани війни та демобілізовані особи у предметному полі громадського здоров'я становлять цільову групу, для якої стан здоров'я формується поєднанням бойового досвіду, фізичних ушкоджень, психоемоційного напруження, зміни соціальних ролей, родинної динаміки та доступності допомоги у громаді. Слід зауважити, що відповідно до п. 2 ч. 1 ст. 1 Закону України від 06.09.2022 № 2573-IX «Про систему громадського здоров'я» (далі — Закон № 2573-IX), громадське здоров'я охоплює сферу знань та організовану діяльність суб'єктів системи щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя [39].

Згідно з п. 6 ч. 1 ст. 1 Закону № 2573-IX, детермінанти здоров'я охоплюють індивідуальні, соціальні, економічні й екологічні фактори, що визначають стан здоров'я людей і груп населення [39]. Відповідно, можна стверджувати, що стан здоров'я після військової служби залежить від медичних, поведінкових, сімейних, професійних, економічних і територіальних умов. Нормативно-правове регулювання також спирається на конкретні норми Закону України від 22.10.1993 № 3551-XII «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (далі — Закон № 3551-XII). Згідно зі ст. 4 Закону № 3551-XII, до ветеранів війни належать учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни та учасники війни [41]. Як вбачається з аналізу положень ст. 5 Закону № 3551-XII, статус учасника бойових дій пов'язаний з виконанням бойових завдань із захисту Батьківщини [41].

Р. Власенко, І. Гущук, Я. Жаліло, Ю. Каплан, О. Коваль, О. Корнієвський звертають увагу, що ветеранська політика протягом найближчого десятиліття стане одним із провідних напрямів діяльності держави та місцевого

самоврядування. Дослідники пов'язують такий висновок зі зростанням кількості ветеранів, залученням їхніх родин до сфери наслідків війни, потребою в інституціях переходу до цивільного життя та мережевій взаємодії органів влади, громад, бізнесу й організацій громадянського суспільства. [3] Таким чином, здоров'я ветеранів впливає на зайнятість, згуртованість, родинну стабільність і довіру до інституцій.

Внутрішня неоднорідність ветеранської групи потребує окремого теоретичного опрацювання. До неї входять чоловіки і жінки різного віку, особи з інвалідністю та без неї, мешканці міських і сільських громад, люди з різним рівнем освіти, професійного досвіду, сімейної підтримки та доступу до послуг. Колектив вітчизняних дослідників під керівництвом Р. Власенка пов'язують майбутню ветеранську політику з добробутом, активною участю і самореалізацією ветеранів у суспільному та економічному житті. [3] Така позиція, на нашу думку, звужує ризик формального підходу, у межах якого всі ветерани описуються через єдиний статус. Відповідно, зростає актуальність профілювання потреб за станом здоров'я, сімейною ситуацією, місцем проживання, рівнем автономності та готовністю до самостійного користування сервісами. Неоднорідність ветеранської спільноти також виявляється у різному ступені видимості потреб. Частина ветеранів одразу потрапляє в поле уваги системи через поранення, інвалідність або очевидну потребу в медичній реабілітації. Інша частина може тривалий час залишатися поза формальною підтримкою, хоча матиме проблеми зі сном, емоційною регуляцією, соціальною довірою, сімейною комунікацією або професійною адаптацією. Н. Тілікіна, І. Пеша та Т. Андріюченко звертають увагу на проблеми оформлення статусу, проходження ВЛК, медичної допомоги, реабілітації та психологічної підтримки, що підтверджує комплексність потреб цієї групи [62].

Окремої уваги заслуговує життєвий цикл ветеранського досвіду, оскільки потреби людини змінюються залежно від етапу повернення до цивільного життя. У перші місяці після звільнення зі служби переважають адміністративне оформлення, медичне обстеження, стабілізація побуту та відновлення родинних

ролей. Пізніше на перший план виходять зайнятість, освіта, професійна самореалізація, участь у громаді, тривала реабілітація і підтримка сімейної комунікації. Тому система громадського здоров'я має працювати з усім періодом переходу до цивільного життя, у якому ризики здоров'я можуть посилюватися або зменшуватися залежно від якості соціального середовища. [3] Аналіз нещодавніх емпіричних даних Українського ветеранського фонду дає можливість конкретизувати профіль ветеранів і ветеранок як цільової групи громадського здоров'я через поєднання соціально-економічних, медичних, психологічних, правових та інтеграційних потреб (див. Таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

Профіль потреб та оцінка системи підтримки ветеранів в Україні

Категорія показників	Конкретний індикатор	Значення (% , бали)
Структура статусу цільової групи	Учасники бойових дій (УБД)	87,4 %
	Особи з інвалідністю внаслідок війни	27,4 %
	Внутрішньо переміщені особи (ВПО)	15,0 %
Прогноз ймовірних проблем (суб'єктивна оцінка)	Проблеми з фізичним здоров'ям та доступом до медицини	56,9 %
	Відсутність інклюзивного простору та адаптованих робочих місць	55,8 %
	Психоемоційна нестабільність	52,6 %
	Відсутність роботи	51,7 %
	Складність оформлення соціальних пільг	43,1 %
Оцінка забезпечення потреб (середній бал від 1 до 5)	Психологічна підтримка	2,4
	Інформаційно-консультаційна підтримка	2,4
	Медичне забезпечення	2,4
	Фізична реабілітація та протезування	2,3
	Юридична підтримка	2,2
	Матеріальна підтримка родини	2,1

Джерело: сформовано самостійно автором на основі [43]

Такі показники дають підстави розглядати ветеранів і демобілізованих осіб як групу, для якої ризики здоров'я формуються через одночасну дію тілесних ушкоджень, психоемоційного напруження, економічної вразливості, правової невизначеності, недостатньої інклюзивності середовища та нерівного доступу до послуг у громаді. Гендерна неоднорідність ветеранської групи потребує окремого врахування у системі громадського здоров'я, оскільки бойовий досвід, доступ до допомоги, суспільні очікування і бар'єри звернення по підтримку по-різному проявляються для чоловіків і жінок. Дж. Рьодерс, Е. Олссон та Е. Макфі стверджують, що українські системи реінтеграції досі переважно орієнтуються

на чоловічий ветеранський досвід, через що жінки-ветеранки можуть залишатися без достатньої медичної допомоги, правової підтримки та економічних можливостей. Дослідники також звертають увагу, що чоловіки-ветерани також стикаються з гендерно зумовленими бар'єрами, зокрема зі стигматизацією звернення по психологічну або соціальну підтримку. Таким чином, категорія «ветерани війни» не може розглядатися як однорідна група [46]. Послідовно, оцінювання потреб має враховувати стать, сімейні обов'язки, досвід поранень, доступ до медичних послуг, ризики дискримінації на ринку праці та готовність звертатися по допомогу. Гендерно чутлива оцінка потреб дозволяє точніше визначити, які бар'єри заважають конкретній людині реалізувати право на відновлення здоров'я, соціальну участь і професійну самореалізацію.

Вітчизняні дослідниці В. Сичова та С. Вакуленко зазначають, що українська наукова думка щодо реінтеграції ветеранів поступово переходить від переважно психологічних пояснень до системних, комплексних і гендерно чутливих підходів. Авторки систематизували наукові підходи до реінтеграції ветеранів російсько-української війни та їхніх сімей і показали, що сучасне розуміння реінтеграції має враховувати державні, громадські, сімейні й місцеві інституції. Для теоретичного осмислення ветеранської групи це важливо, оскільки ветеран постає суб'єктом відновлення, носієм досвіду, членом родини, працівником, учасником громади і потенційним агентом місцевого розвитку [61]. Сім'я ветерана є найближчим середовищем відновлення здоров'я. О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Олійник, С. Хоружий, С. Ларіонов і М. Сириця у методичному посібнику для цивільних психологів розкрили специфіку психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам і членам їхніх сімей з урахуванням травмуючих подій, важких наслідків бойових поранень, перебування в умовах примусової ізоляції та особливостей консультативної роботи з родинами [26]. Зауважимо, що члени сім'ї одночасно створюють ресурс підтримки і самі потребують допомоги, коли переживають емоційне виснаження, зміну ролей, фінансове навантаження або труднощі комунікації після повернення військовослужбовця додому.

Справедливим буде зауважити, що демобілізація змінює не лише формальний статус особи, а й спосіб її взаємодії з медичною, соціальною, правовою, трудовою та сімейною системами. Яскравим прикладом слугують результати дослідження, проведеного Програмою реінтеграції ветеранів IREX (VR) спільно з Українським ветеранським фондом та дослідницькою агенцією «Info Sapiens». Респонденти пов'язували медичні потреби ветеранів із потребою залучати родини до реабілітаційних програм, здійснювати моніторинг медичних потреб після завершення служби, налагоджувати взаємодію між Міністерством охорони здоров'я та обласними ТЦК, а також вести облік осіб, які повернулися до цивільного життя. У юридичному блоці цього ж дослідження учасники вказували на потребу спрощення й оптимізації процедур оформлення пільг, підтвердження статусу учасника бойових дій і подання заяв на виплати у зв'язку з інвалідністю. В освітньо-трудовій сфері респонденти пов'язували реінтеграцію з розширенням спектра професій, можливостей працевлаштування, відповідністю цих можливостей навичкам і спеціальностям ветеранів [55]. Отже, демобілізована особа як цільова група громадського здоров'я перебуває в ситуації медичного спостереження, адміністративного оформлення, правового самозахисту, професійного переналаштування і родинної адаптації. Несвоєчасність підтримки в будь-якій із цих сфер здатна посилювати ризики для фізичного, психічного та соціального здоров'я.

Територіальна нерівність також впливає на профіль ветеранської цільової групи. Попри визначені законодавчі норми, слід визнати, що однаковий правовий статус не гарантує однакового доступу до медичної, правової, соціальної та реабілітаційної допомоги. Фахівці ПРООН за результатами опитування ветеранів і членів їхніх родин у Харківській, Чернігівській та Сумській областях встановили, що 71 % опитаних ветеранів отримали поранення або захворювання, безпосередньо пов'язані з військовою службою, а 53 % мали встановлену інвалідність унаслідок участі у бойових діях. Найвища частка поранених або хворих ветеранів була зафіксована у Харківській області (77 % опитаних; 65 % із них мали встановлену інвалідність). Водночас 57 % ветеранів

повідомили про потребу в правовій допомозі після звільнення з військової служби, причому серед основних правових потреб фіксувалися доступ до інформації про права, гарантії та пільги, пенсійне й інше соціальне забезпечення, а також допомога в отриманні офіційного статусу [63]. Наведені дані показують, що громадське здоров'я ветеранів має виразний територіальний аспект. Регіон, характер поранень, наявність інвалідності, доступність правової консультації та близькість сервісів визначають реальну можливість людини пройти шлях від формального статусу до фактичного відновлення.

В. Горбунова, О. Савиченко, І. Тичина та Н. Портницька звертають увагу на бар'єри звернення ветеранів по допомогу, серед яких стигма, недовіра, низька поінформованість, невпевненість у конфіденційності та нерозуміння того, до якого фахівця слід звернутися. Згадані бар'єри мають безпосереднє значення для громадського здоров'я, адже людина з потребою у підтримці може залишатися поза сервісами до моменту загострення життєвої ситуації. Відповідь системи має включати активне інформування, делікатну оцінку потреб, етичний перший контакт і зрозумілий маршрут скерування до медичних, психологічних, реабілітаційних або соціальних фахівців [20].

ВООЗ як інституційний автор рекомендацій щодо психічного здоров'я у секторі оборони і ветеранів запропонувала політичну систему, яка поєднує профілактику, раннє виявлення, лікування, соціальну підтримку, зменшення стигми, підготовку персоналу та координацію між секторами. Зауважимо, що для України згадана система слугує радше як орієнтир, який узгоджується із законодавчим розумінням громадського здоров'я, але потребує адаптації до масштабів війни, нерівності доступу до послуг, ресурсних обмежень громад і наявних інститутів ветеранського супроводу. Її зміст підтверджує, що ветеранська підтримка у сфері здоров'я не може завершуватись лише на клінічному рівні [64].

Популяційний підхід до ветеранів поєднується з індивідуалізацією допомоги. На рівні окремої людини фахівці мають бачити конкретні потреби, ресурси, обмеження і життєві цілі. Однак уже на рівні громади вони повинні

узагальнювати повторювані проблеми, бар'єри доступу і прогалини в сервісах. Як уже зазначалось, відповідно до п. 2 ч. 1 ст. 1 Закону України № 2671-VIII, громада має збирати й аналізувати інформацію про потреби населення в соціальних послугах. Таке поєднання індивідуального і популяційного рівнів дозволяє планувати послуги на основі структурованої інформації про потреби ветеранів і членів їхніх сімей [40].

Отже, ветерани війни та демобілізовані особи як цільова група громадського здоров'я мають правовий, функціональний і соціальний виміри. Їхні потреби виникають на перетині фізичного стану, психічного здоров'я, соціальної участі, сімейного середовища, територіальної доступності послуг та переходу від військової служби до цивільного життя. Система громадського здоров'я має працювати з цією групою через профілактику, раннє виявлення ризиків, підтримку функціонування, доступність послуг у громаді та міжсекторальну координацію. Особливе значення мають сім'я, первинна медична допомога, соціальні послуги, фахівець із супроводу ветеранів і місцеві механізми оцінювання потреб. Проведений теоретичний аналіз підтверджує потребу моделі підтримки здоров'я, гідності, участі та самореалізації.

1.2. Сутність цілісного підходу до відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я ветеранів війни

Сутність цілісного підходу до відновлення здоров'я ветеранів війни найточніше розкривається через категорію функціонування (поєднує стан організму, повсякденну активність, участь у суспільному житті та умови середовища). Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я в межах Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я визначають ICF як нормативну систему для опису здоров'я і пов'язаних зі здоров'ям аспектів, а також як інструмент вимірювання функціонування й інвалідності на індивідуальному та популяційному рівнях. У цій класифікації функціонування особи відбувається в контексті, тому середовищні фактори входять до структури оцінювання [54]. Для ветерана війни однаковий діагноз або

однаковий формальний статус можуть мати різні практичні наслідки залежно від доступності житла, транспорту, первинної медичної допомоги, сімейної підтримки, можливості працювати, рівня довіри до фахівців і ставлення громади. Тому цілісний підхід спрямовує відновлення на лікування ушкодження, зменшення симптомів, повернення людини до повсякденної активності, соціальної участі, автономності та значущих життєвих ролей. Відповідно до ч. 2 ст. 22 Закону України від 03.12.2020 № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (далі — Закон № 1053-IX), реабілітація розпочинається з реабілітаційного обстеження, визначення наявності або ризику обмеження повсякденного функціонування, кількісної оцінки таких обмежень і створення індивідуального реабілітаційного плану [37]. Згідно з положеннями ч. 1 ст. 23 Закону № 1053-IX, індивідуальний реабілітаційний план розробляє та узгоджує мультидисциплінарна реабілітаційна команда після реабілітаційного обстеження особи [37]. Відповідно, у сфері інтеграції ветеранів актуальним питанням залишається необхідність комплексної роботи на рівні функціонування, участі у повсякденному житті, потреби в допоміжних засобах, підтримки сім'ї та доступності середовища.

Окремої уваги заслуговує і абз. 8 ст. 4 Закону України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі — Закон № 2801-XII), який визначає попереджувально-профілактичний характер і комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід як один з основних принципів охорони здоров'я. Протягом останніх років все більшого значення набувають вимоги безбар'єрності та інклюзії при наданні медичної та реабілітаційної допомоги [23]. Для ветеранів зазначені положення утворюють правову основу для поєднання клінічного лікування, реабілітації, соціального супроводу, підтримки сім'ї та адаптації середовища, оскільки наслідки війни впливають на багато сфер повсякденного функціонування.

Я. Лавренюк та О. Кулешова розглядають комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації військовослужбовців через застосування науково обґрунтованих втручань, роботу команди фахівців і врахування зв'язку між

психологічною травмою, симптомами та індивідуальною дисфункцією. Дослідниці описують стаціонарні реабілітаційні програми як комплексні, оскільки вони використовують різні види втручань і зосереджуються на людині в цілому [16]. Відповідно, фахівці закладів та установ громадського здоров'я мають працювати в узгодженій логіці, визначати спільні цілі, враховувати життєвий контекст і не перекладати на ветерана відповідальність за самостійне поєднання розрізнених сервісів.

А. Швець, О. Горішна, А. Кіх, Г. Іванцова, О. Горшков та О. Ричка у порівняльному аналізі організації медико-психологічної реабілітації у країнах-членах і партнерах НАТО звертають увагу на значення скринінгу, контролю бойового стресу, підготовки персоналу, копінг-стратегій і підходів, пов'язаних із Міжнародною класифікацією функціонування. Згаданий аналіз корисний і для української моделі, адже міжнародний досвід демонструє роль раннього виявлення, стандартизованого оцінювання, міжпрофесійної взаємодії та підтримки психічного здоров'я на різних рівнях [27]. Відповідно, українська система має адаптувати ці принципи до власних масштабів війни, правового поля, ресурсів громад і наявної мережі медичних та соціальних сервісів.

І. Заболотна, С. Гуца, І. Балашова та Т. Безверхнюк, аналізуючи проблемні питання медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні, обґрунтовують потребу стандартизації допомоги, визначення критеріїв якості та ефективності, використання валідних інструментів оцінювання і побудови комунікації між лікарнями та реабілітаційними закладами [59]. Зауважимо, що спостереження дослідників є доволі важливими для забезпечення цілісного підходу, адже без наступності між стаціонаром, реабілітаційним центром, сімейним лікарем, психологом, соціальним працівником і фахівцем із супроводу ветеран проходить систему як послідовність розірваних епізодів. Узгоджена комунікація зменшує повторне оцінювання, втрату часу і недовіру до сервісів.

Диференціація допомоги у цілісній моделі має враховувати не тільки складність клінічного стану, а й готовність ветерана звернутися по підтримку. Колектив зарубіжних науковців під керівництвом К. Хоге у дослідженні

військовослужбовців армії США й морської піхоти після служби в Іраку та Афганістані встановили, що серед осіб із позитивними скринінговими результатами щодо психічного розладу по допомогу зверталися лише 23–40 %. Дослідники також зафіксували, що військовослужбовці з позитивним скринінгом удвічі частіше повідомляли про занепокоєння через можливу стигматизацію та інші бар'єри звернення, ніж ті, у кого скринінг не виявив ознак розладу [53]. Слід зробити застереження, адже український контекст має інші масштаби війни, іншу структуру сервісів та іншу систему ветеранської політики, однак сама закономірність має практичне значення. Наявність потреби не гарантує звернення, а формальна наявність послуги не гарантує її прийнятності для ветерана. Саме тому цілісний підхід має поєднувати первинний скринінг, психоедукацію, конфіденційний перший контакт, підтримку довіри та можливість поступового переходу від базової підтримки до спеціалізованої психологічної, психотерапевтичної або психіатричної допомоги. Травмоінформований підхід конкретизує цілісну модель відновлення, оскільки він змінює логіку взаємодії між фахівцем і ветераном. Допомога надається через безпеку, довіру, прозорість процедур, право людини на вибір і повагу до її життєвого контексту. Американські фахівці описують травмоінформований підхід через чотири базові припущення, що система має: розуміти поширений вплив травми; розпізнавати її ознаки; інтегрувати знання про травму в політики й практики; активно запобігати повторній травматизації.

До того ж дослідники виокремлюють шість принципів згаданого підходу, серед яких безпека, довіра і прозорість, підтримка рівних, співпраця та взаємність, розширення можливостей і право голосу, урахування культурних, історичних і гендерних чинників [52]. Таким чином, цілісний підхід має змінювати саму організацію контакту з людиною, зокрема мову спілкування, процедури скерування, спосіб збору інформації, участь сім'ї, конфіденційність, фізичну й психологічну безпеку середовища та підготовку персоналу до роботи з досвідом війни. Окремо варто зауважити, що психічне здоров'я у цілісній моделі пов'язане з фізичним станом і соціальною участю. Концепція розвитку

охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р, у розділі «Проблема, яка потребує розв'язання» передбачає необхідність розвитку профілактики, психосоціальних методів, допомоги на рівні первинної медичної допомоги, служб у територіальних громадах і раннього втручання [42]. Таким чином, психічне здоров'я некоректно розглядати вузько (як спеціалізовану психіатричну допомогу). Радше, навпаки, більш коректним є комплексний підхід, який охоплює профілактику, психосоціальну підтримку, роботу із сім'єю та доступні сервіси в громаді.

До того ж, у завданні 2 плану заходів на 2024–2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.06.2024 № 572-р передбачається: розроблення порядку дій для фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб; залучення фахівців соціальної сфери, зокрема соціальних працівників, до діяльності виїзних бригад з надання психологічної або психіатричної допомоги [33]. Відповідно, можна стверджувати про наявний тісний взаємозв'язок між психічним здоров'ям, соціальною роботою і ветеранським супроводом, тому вони мають значення для побудови цілісної системи підтримки після військової служби.

Л. Мельник та Ж. Мельник визначають соціально-психологічну реабілітацію як процес відновлення та адаптації особистості, що використовує психологічні й соціальні методи для подолання наслідків травматичних подій, стресу або психологічних розладів, поліпшення психоемоційного стану та якості життя [19]. У межах даного дослідження такий підхід дозволяє включити соціальну роботу до структури цілісного відновлення. Відповідно, соціальний працівник оцінює життєву ситуацію, допомагає визначити ресурси сім'ї та громади, координує послуги, підтримує відновлення соціальних зв'язків і перетворює медичні або психологічні рекомендації на реалістичні дії у повсякденному середовищі. На думку В. Панок і В. Предко посткризовий розвиток охоплює складову адаптації, реінтеграції та відновлення після кризових

подій, пов'язану з життєстійкістю, соціальною підтримкою, пошуком нового сенсу і подоланням конфлікту ідентичностей між військовим та цивільним життям [58]. У межах цілісного підходу, відповідно, варто розглядати також і ресурсний вимір. Відновлення здоров'я включає роботу з ризиками, симптомами і втратами, а також підтримку суб'єктності, здатності до нового життєвого планування, довіри до близьких людей і включеності у значущі соціальні зв'язки. Фізичний аспект цілісного підходу охоплює лікування наслідків поранень, реабілітацію, контроль хронічних станів, рухову активність, адаптацію житла, допоміжні засоби реабілітації та профілактику вторинних ускладнень. Відповідно до п. 3 постанови Кабінету Міністрів України від 04.02.2025 № 140 щодо експериментального проєкту з надання розширених послуг з первинної медичної допомоги, учасниками проєкту виступають заклади охорони здоров'я та фізичні особи-підприємці, які мають ліцензію на медичну практику, договір із НСЗУ за відповідним напрямом і договір за пакетом первинної медичної допомоги. [7] Безперечно, первинна ланка для ветеранів важлива як стабільний контакт, який може виявляти ризики, координувати направлення, контролювати виконання рекомендацій і підтримувати тривалий маршрут відновлення.

Психологічний аспект цілісного підходу включає психоедукацію, раннє виявлення потреб, психологічне консультування, психотерапевтичні втручання з доведеною ефективністю, кризову підтримку, роботу зі стигмою та підтримку сім'ї. Відповідно до п. 1 Порядку та умов, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 29.11.2022 № 1338, механізм безоплатної психологічної допомоги поширюється на осіб, які звільняються або звільнені з військової служби з числа ветеранів війни, членів сімей таких осіб та інші визначені категорії. До того ж, згідно з п. 2 Порядку психологічна допомога визначається як діяльність на трьох рівнях, спрямовану на професійну допомогу особі, психосоціальну адаптацію та розв'язання психологічних проблем, зумовлених кризовим станом або воєнними діями. [5] Окремою складовою є медико-психологічний супровід осіб, які мають розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, включаючи алкоголь. Відповідно до п. 2 Порядку,

затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 11.02.2026 № 195, медико-психологічний супровід означає системний процес взаємопов'язаних і цілеспрямованих медичних, психотерапевтичних, психологічних, освітніх та соціальних заходів для осіб з психічними й поведінковими розладами, що виникли внаслідок уживання психоактивних речовин. [6] У межах цілісної моделі згаданий приклад демонструє потребу поєднання медичної, психологічної, освітньої та соціальної роботи, оскільки складні поведінкові ризики не зникають через одноразову консультацію. Соціальний аспект відновлення пов'язаний із родинними зв'язками, професійною самореалізацією, участю в житті громади, правовою визначеністю, доступом до соціальних гарантій і відсутністю стигматизації. Відповідно до п. 1 розд. I Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 11.04.2024 № 175-Н, стандарт встановлює зміст, обсяг, умови, порядок надання цієї послуги та показники її якості. Пункт 3 розд. I цього Стандарту визначає індивідуальний план, міждисциплінарну і мультидисциплінарну команди, а також соціальну послугу як комплекс заходів соціальної профілактики, підтримки, збереження сімейних зв'язків, пристосування до зміненого соціального середовища і підтримки соціальної активності [32].

Представниця черкаської наукової спільноти І. Єнгаличева звертає увагу, що надання послуги соціальної адаптації ветеранам і ветеранкам війни та членам їхніх сімей у територіальних громадах залежить від нормативної бази, інституційної спроможності, регіональних умов і ролі фахівців. [8]

Продовжуючи зазначену позицію, Г. Слезанська та О. Біронт пов'язують розвиток цієї послуги з подоланням бар'єрів на рівні громад, підтримкою фахівців соціальної роботи та міжвідомчою взаємодією [47]. Слід зауважити, що обидва підходи підтверджують, що цілісна підтримка ветеранів перевіряється реальним доступом до послуг у місці проживання, де людина взаємодіє з фахівцями, сім'єю, роботодавцями, громадськими ініціативами та місцевою владою. За результатами здійсненого автором аналізу доцільно подати

теоретичну модель цілісного підходу до відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб (див. Таблиця 1.2).

Таблиця 1.2

**Теоретична модель цілісного підходу до відновлення здоров'я ветеранів
війни та демобілізованих осіб**

Компонент підходу	Зміст компонента	Механізм реалізації	Очікуваний результат
Фізичне здоров'я	Лікування, реабілітація, контроль хронічних станів, рухова активність, допоміжні засоби.	Первинна медична допомога, мультидисциплінарна команда, індивідуальний реабілітаційний план.	Зменшення обмежень функціонування, автономність, повернення до значущої активності.
Психічне здоров'я	Психоедукація, раннє виявлення ризиків, консультування, доказова психотерапія, подолання стигми.	Психосоціальна допомога, валідна діагностика, скерування до спеціалізованої допомоги, підтримка сім'ї.	Емоційна стабілізація, готовність звертатися по допомогу, збереження соціального функціонування.
Соціальна адаптація	Родинні й громадські зв'язки, правова визначеність, зайнятість, навчання, участь у громаді.	Соціальна послуга соціальної адаптації, ведення випадку, фахівець із супроводу ветеранів.	Зменшення ізоляції, самостійність, стійка цивільна життєва траєкторія.
Громадський рівень	Координація медичних, соціальних, освітніх, правових і трудових сервісів.	Місцеві маршрути ветерана, мобільні послуги, міжвідомчі протоколи, навчання фахівців.	Доступність підтримки за місцем проживання, довіра до системи послуг.

Джерело: сформовано самостійно автором на основі [4; 8; 32; 35; 37; 39; 40; 47]

Громадський рівень цілісного підходу має поєднувати індивідуальний маршрут ветерана з розвитком місцевої спроможності, оскільки реінтеграція відбувається у щоденному середовищі проживання, праці, сімейної взаємодії та громадської участі. Зарубіжні дослідники К. Макфі та Е. Редерс обґрунтовують, що досвід війни часто створює соціальне від'єднання, яке ускладнює повернення до цивільного життя. Науковці пов'язують громадоорієнтовану реінтеграцію з інтеграцією ветеранської підтримки у місцевий розвиток, зміцненням інституційної спроможності, ініціативами на рівні громади, травмоінформованими і конфліктно чутливими підходами, децентралізованими

моделями фінансування і прямою взаємодією між ветеранами та цивільним населенням [57]. У межах цілісного підходу це означає, що маршрут допомоги не має відокремлювати ветерана від громади. Він має забезпечувати спеціалізовану підтримку у випадках поранень, психічних труднощів, бар'єрів зайнятості або соціальної ізоляції, але водночас повертати людину до місцевих зв'язків, сервісів, праці, громадської участі та звичайних форм повсякденного життя. Отже, цілісний підхід становить спосіб організації підтримки, за якого фізичне, психічне і соціальне здоров'я ветерана аналізуються у взаємозв'язку. Відповідно, практична робота будується через оцінку потреб, індивідуальне планування, координацію фахівців і моніторинг результатів. Без цих елементів навіть широка мережа програм не забезпечує цілісності, бо людина змушена самотійно поєднувати розрізнені фрагменти допомоги.

Результативність цілісного підходу має вимірюватися змінами у функціонуванні ветерана, а не тільки кількістю консультацій, направлень або проведених заходів. М. Маклоузарідес, В. Харченко та П. Середа пов'язують адаптацію ветеранів до цивільного життя з економічною реінтеграцією, психічним благополуччям, здатністю до повсякденних обов'язків, підтриманням сімейних відносин, можливістю здобувати нові навички, отримувати й утримувати роботу, а також з доступністю психосоціальних послуг у місцевості проживання. Слід зауважити, що до таких висновків науковці дійшли за результатами емпіричного дослідження 500 ветеранів з різних регіонів України, які на момент опитування не перебували на службі, але мали бойовий досвід. Серед цієї вибірки 43 % респондентів ще перебували у процесі демобілізації, 77 % мали статус учасника бойових дій, 24 % були безробітними та шукали роботу [56]. Такі показники підтверджують, що оцінювання цілісної моделі має охоплювати клінічні, функціональні, соціальні та трудові результати (стабілізацію стану здоров'я, здатність виконувати щоденні справи, підтримку сімейних зв'язків, доступ до психосоціальної допомоги, зайнятість, навчання і зменшення бар'єрів у взаємодії з установами).

Підсумовуючи, цілісний підхід до відновлення здоров'я ветеранів війни поєднує медичну, реабілітаційну, психологічну, соціальну, сімейну та громадську підтримку навколо реальної життєвої ситуації людини. Його зміст полягає в орієнтації на функціонування, участь, суб'єктність і якість життя. Чинна нормативно-правова база України містить опорні елементи такої моделі через реабілітаційне законодавство, психосоціальну допомогу, психологічну підтримку, фахівців із супроводу та соціальну адаптацію ветеранів. Аналіз вітчизняного наукового дискурсу дає змогу додатково підтвердити значення міждисциплінарної команди, доказових методів, роботи з сім'єю і доступності послуг у громаді. Таким чином, цілісність слід розглядати як принцип організації системи соціальних послуг.

1.3. Соціальні послуги в системі громадського здоров'я як інструмент підтримки та реінтеграції ветеранів війни і демобілізованих осіб

Соціальні послуги в системі громадського здоров'я виконують інструментальну функцію, оскільки переводять цілісний підхід до відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб у послідовність професійних дій: оцінювання потреб, визначення складних життєвих обставин або ризику їх виникнення, планування допомоги, залучення фахівців, супровід виконання індивідуального плану і перевірку результатів.

Відповідно до п. 3-1 ч. 1 ст. 1 Закону № 2671-VIII, ведення випадку є методом надання соціальних послуг, що передбачає оцінювання наявності або ризику складних життєвих обставин та вирішення індивідуального випадку із залученням соціального менеджера, фахівця із соціальної роботи, соціального працівника, отримувача послуг та інших фахівців [40]. Зауважимо, що для ветеранів війни така модель має особливе значення, адже їхні запити часто одночасно стосуються здоров'я, реабілітації, психологічної підтримки, правового статусу, зайнятості, сімейних відносин і доступу до місцевих сервісів. Зміст ведення випадку конкретизує ст. 18 Закону України № 2671-VIII, за якою надання соціальних послуг охоплює аналіз заяви або звернення, оцінювання

потреб особи чи сім'ї, прийняття рішення про надання соціальних послуг, розроблення індивідуального плану, укладення договору, виконання договору та індивідуального плану, моніторинг надання послуг і оцінку їх якості [40]. Доречним вважаємо зазначити, що така послідовність дозволяє не розривати первинне звернення на окремі контакти з різними установами. Звернення щодо оформлення пільг може виявити потребу в медичній реабілітації, психологічній підтримці, допомозі членам сім'ї, юридичній консультації або професійному перенавчанні. Ведення випадку дає змогу пов'язати потреби з конкретними діями, строками, виконавцями і повторним переглядом ситуації після надання допомоги.

Перший контакт із ветераном або членами його сім'ї визначає подальшу готовність людини користуватися соціальною послугою. На цьому етапі фахівець має з'ясувати запит та фактичну життєву ситуацію (стан документів, доступ до лікування або реабілітації, наявність сімейної підтримки, рівень поінформованості про права, потребу в психологічній допомозі, ризик ізоляції, трудові труднощі та здатність самостійно проходити адміністративні процедури). Формальне інформування без оцінювання таких обставин не створює реальної підтримки, оскільки ветеран може не мати достатнього ресурсу для самостійного перетворення інформації на дію. Тому перший контакт у соціальній адаптації має виконувати функцію первинного професійного орієнтування, після якого фахівець визначає першочергові дії, потребу в перенаправленні та можливість подальшого ведення випадку [32].

Одним із основних інструментів реінтеграційної роботи в системі соціальних послуг є соціальна адаптація ветеранів війни та членів їхніх сімей [12]. Відповідно до п. 1 розд. I Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 11.04.2024 № 175-Н, цей стандарт визначає зміст, обсяг, умови, порядок надання послуги та показники її якості [32]. Індивідуальний план соціальної адаптації слугує практичною основою цієї послуги. Згідно з п. 3 розд. I Державного стандарту соціальної

послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, індивідуальний план складається на підставі оцінювання індивідуальних потреб отримувача та містить перелік заходів, ресурси, строки, відповідальних виконавців і інформацію щодо перегляду плану. Згаданий пункт визначає мультидисциплінарну команду як групу не менше ніж трьох фахівців, які планують і виконують заходи соціальної послуги. Для ветерана це означає, що соціальна адаптація має будуватися не навколо загального переліку можливостей, а навколо конкретного набору дій, наприклад, відновлення документів, скерування до реабілітації, залучення сім'ї, психологічна підтримка, правова консультація, підготовка до зайнятості, розвиток комунікаційних навичок і повернення до участі в житті громади [32]. Відповідно, можна стверджувати, що соціальна адаптація охоплює відновлення здатності людини діяти у сім'ї, громаді, професійному середовищі та системі місцевих сервісів. Г. Слезанська та О. Біронт зазначають, що практика надання соціальної адаптації ветеранам і членам їхніх сімей в Україні перебуває у стані розвитку та потребує подолання інституційних бар'єрів, підтримки фахівців соціальної роботи і формування зрозумілих моделей надання послуги. Авторки пов'язують перспективи розвитку з роботою територіальних громад, міжвідомчою взаємодією та практичним застосуванням Державного стандарту соціальної послуги. Висновок важливий для громадського здоров'я, оскільки нормативно описана послуга набуває реального змісту лише там, де громада має підготовлених фахівців, маршрути перенаправлення, партнерські контакти, доступ до психологічної підтримки і механізми зворотного зв'язку [47].

Спроможність громади надавати соціальні послуги ветеранам визначається структурою місцевих надавачів, фінансовими ресурсами, партнерствами, якістю інформування і зрозумілістю маршруту звернення. Н. Ломоносова, А. Хелашвілі та Ю. Назаренко наголошують, що ветерани та ветеранки після завершення участі в бойових діях повертатимуться саме у громади й отримуватимуть соціальні послуги на місцевому рівні. Однак ті ж самі громади відрізняються підготовленістю, досвідом, фінансовими можливостями,

мережею партнерств і практиками співпраці з організаціями громадянського суспільства. Для отримання соціальних послуг вирішальне значення мають інформування про можливість їх отримання і простий, зрозумілий шлях звернення. Безперечно, тут можна простежити взаємозв'язок між соціальними послугами і місцевою інфраструктурою доступу [17]. У випадку, якщо громада не має зрозумілої точки входу, оновленої інформації, підготовленого фахівця і механізму перенаправлення, ветеранська підтримка залишається залежною від випадкових контактів, особистої наполегливості людини або неформальних зв'язків.

Фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб доповнює соціальні послуги маршрутизаційною і координаційною функціями. Відповідно до п. 1 постанови Кабінету Міністрів України від 19.06.2023 № 652 Кабінет Міністрів України погодив реалізацію експериментального проєкту щодо запровадження інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя [38]. Подальше нормативне оформлення цієї моделі відбулося у постанові КМУ від 02.08.2024 № 881. Відповідно до п. 1 Порядку механізм діяльності фахівців із супроводу спрямований на здійснення заходів підтримки ветеранів війни, окремих військовослужбовців, членів сімей визначених категорій та інших демобілізованих осіб. [4]

До того ж, згідно з п. 2 цього Порядку заходи з підтримки означають професійні дії, результатом яких є допомога під час реалізації передбачених законодавством прав і гарантій з урахуванням індивідуальних потреб. [4] Варто зауважити, що у системі соціальних послуг такий фахівець не має дублювати функції соціального працівника, психолога, лікаря або юриста. Його роль полягає в тому, щоб допомогти ветерану зрозуміти маршрут, підготуватися до взаємодії з установами, не втратити зв'язок із сервісами після первинного звернення і своєчасно перейти до компетентного фахівця. За відсутності належної підготовки, міжвідомчих контактів і реального доступу до сервісної мережі супровід ризикує перетворитися на додатковий адміністративний бар'єр, а не на механізм спрощення доступу до допомоги.

Психосоціальна підтримка є окремою точкою входу до системи допомоги, оскільки багато ветеранів спочатку звертаються не по спеціалізовану психотерапію, а з практичним соціальним, сімейним, правовим або інформаційним запитом. Відповідно до п. 1 розд. I Порядку, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2023 № 2118, психосоціальна допомога та психосоціальні послуги охоплюють питання психічного здоров'я, зокрема психосоціальний компонент реабілітації ветеранів війни та інших груп населення, а також встановлюють вимоги до організації такої допомоги під час або після надання медичної чи реабілітаційної допомоги [35]. У межах соціальних послуг це означає, що соціальний працівник або фахівець із супроводу має вміти розпізнати потребу в психологічній чи психіатричній допомозі, підтримати безпечний перший контакт, пояснити можливості звернення і скерувати людину до компетентного фахівця без підміни спеціалізованої допомоги власними непрофільними втручаннями.

Підтримка сім'ї в межах соціальної адаптації має здійснюватися через конкретні професійні дії, а не через загальне визнання її значущості. Відповідно до п. 3 розд. I Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, соціальна послуга спрямовується на збереження та відновлення соціальних і сімейних зв'язків ветеранів війни та членів їхніх сімей [32]. Практично це означає оцінювання потреб членів родини, виявлення емоційного виснаження, уточнення доглядових обов'язків, підтримку сімейної комунікації, інформування про доступні послуги, перенаправлення до психолога або правника, а також допомогу у розв'язанні побутових, фінансових чи організаційних питань, які ускладнюють повернення ветерана до цивільного життя. Така робота зменшує ризик того, що сім'я залишиться єдиним неформальним ресурсом підтримки без професійного супроводу. Окремої уваги заслуговують зайнятість і професійна самореалізація ветеранів, які належать до соціальних детермінант здоров'я. Соціальні послуги мають виявляти бар'єри працевлаштування й скеровувати людину до відповідних програм. Втрата роботи, невідповідність військового досвіду цивільним професійним вимогам,

фізичні обмеження після поранень, невпевненість у власних навичках або упередження роботодавців можуть погіршувати якість життя та посилювати соціальну ізоляцію. Н. Самолук, Г. Міщук, Ю. Білан та В. Кроль у дослідженні соціально-економічної інтеграції українських ветеранів пов'язують інтеграційні виклики з працевлаштуванням, участю в економічному житті, суспільним сприйняттям ветеранів і підтримкою ветеранського підприємництва [60]. Соціальні послуги не замінюють політику зайнятості, проте саме вони можуть першими виявити професійні обмеження, потребу в перенавчанні, правових консультаціях, адаптації робочого місця, підтримці підприємницької ініціативи або взаємодії зі службою зайнятості.

Правова допомога і створення маршруту також входять до інструментального змісту соціальних послуг. Значна частина ветеранських потреб реалізується через адміністративні процедури, документи, статуси, виплати, пільги і звернення до органів влади. У практиці соціальної адаптації правова невизначеність часто впливає на інші сфери (наприклад, людина не може отримати реабілітаційний засіб, оформити виплату, підтвердити статус, скористатися пільгою, звернутися по житлову або освітню підтримку). Тому фахівець соціальної сфери має вчасно ідентифікувати правову проблему, пояснити маршрут звернення і скерувати до системи безоплатної правничої допомоги або іншого компетентного суб'єкта. У такій логіці соціальна послуга зменшує адміністративний тягар для ветерана і запобігає накопиченню невирішених питань, які можуть посилювати психологічне напруження, фінансову нестабільність і недовіру до інституцій.

Управлінська організація соціальних послуг визначає сталість ветеранської підтримки. Ю. Бондаренко та Н. Левицька, аналізуючи роль управління в системі соціальної адаптації військовослужбовців, пов'язують повернення до повноцінного життя з узгодженими діями держави, бізнесу і громадянськості. На рівні організації соціальних послуг це означає потребу у визначених відповідальних суб'єктах, стандартизованих процедурах, навчанні персоналу, показниках якості, цифрових інструментах, партнерствах і

механізмах зворотного зв'язку. Без управлінського забезпечення допомога ветеранам залежить від випадкових ресурсів окремих фахівців або громадських ініціатив. Наявність стандарту, маршруту і міжвідомчих домовленостей створює передбачуваність для ветерана й дозволяє громаді планувати ресурси на основі повторюваних потреб. [1]

Дані, що виникають під час надання соціальних послуг, мають значення для планування громадського здоров'я за умови дотримання конфіденційності, захисту персональної інформації та етичних меж. Повторювані звернення щодо психологічної допомоги, складності з документами, відсутності реабілітаційного маршруту, нестачі сімейної підтримки, бар'єрів зайнятості або недоступності транспорту відображають індивідуальні труднощі та системні прогалини місцевої підтримки. Для прикладу, відповідно до п. 7 ч. 1 ст. 1 Закону № 2573-IX, епідеміологічний нагляд охоплює систематичне виявлення, збирання, аналіз, тлумачення і поширення даних про здоров'я населення для планування та оцінки заходів [39]. Подібним чином, згідно з п. 13 ч. 1 ст. 1 Закону № 2573-IX, інформаційна платформа громадського здоров'я містить дані щодо детермінантів здоров'я, показників стану здоров'я і факторів ризику. У цьому аспекті узагальнена інформація соціальних служб може обґрунтовувати потребу в мобільних послугах, навчанні персоналу, партнерствах із громадськими організаціями, посиленні первинної медичної ланки або зміні місцевих програм підтримки ветеранів.

Соціальні послуги також мають формувати підтримувальне середовище, у якому ветеран не зводиться до стереотипів небезпеки, безпорадності або постійної героїчної самодостатності. Стигматизувальні уявлення про психологічні наслідки війни можуть обмежувати соціальну участь і працевлаштування. Більше того, надмірна героїзація інколи ускладнює звернення по допомогу, оскільки людина відчуває очікування постійної сили та безумовної витривалості. Соціальна робота може зменшувати ці ризики через просвіту, коректну комунікацію, сімейну підтримку, партнерство з громадою та залучення ветеранів до ухвалення рішень щодо місцевих сервісів. Реінтеграція

стає стійкою тоді, коли ветеран отримує можливість бути учасником спільного життя, носієм професійного досвіду, соціального потенціалу і права на власну траєкторію відновлення. Етична основа соціальних послуг охоплює повагу до гідності ветерана, добровільність, конфіденційність, недискримінацію, індивідуальний підхід і культурну компетентність щодо військового досвіду. Згідно з ч. 1 ст. 3 Закону № 2671-VIII «Про соціальні послуги», надання соціальних послуг ґрунтується, зокрема, на принципах дотримання прав людини, поваги до честі та гідності, адресності й індивідуального підходу, доступності та відкритості, добровільності, конфіденційності, максимальної ефективності та прозорості використання бюджетних і інших коштів [40].

Професійні межі соціальних послуг забезпечують якість і безпеку допомоги. Соціальний працівник, фахівець із супроводу, психолог, лікар, реабілітаційний фахівець, юрист і працівник служби зайнятості мають різні компетентності, однак підтримка ветерана потребує узгодженої взаємодії між ними. Соціальна послуга не повинна виконувати функцію спеціалізованої терапії без належної професійної підготовки, проте вона має забезпечити доступ до такої терапії. Медична система не повинна брати на себе всі соціальні труднощі ветерана, проте має взаємодіяти з соціальним супроводом. Реабілітаційна команда має враховувати житло, сім'ю, працю і громаду, бо саме там проявляється практичний результат відновлення. Координація між професійними ролями створює цілісність допомоги, тоді як змішування компетентностей породжує ризик непрофесійного втручання і втрати довіри.

Отже, соціальні послуги у системі громадського здоров'я є ключовим інструментом підтримки і реінтеграції ветеранів, оскільки вони працюють із соціальними детермінантами здоров'я, життєвою ситуацією, сімейним середовищем і доступом до інших сервісів. Їхня ефективність залежить від оцінки індивідуальних потреб, ведення випадку, міждисциплінарної взаємодії, професійної підготовки фахівців і спроможності територіальної громади.

Висновки до розділу 1

У першому розділі визначено теоретичні основи цілісного підходу до організації соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб. Встановлено, що ця цільова група є неоднорідною, оскільки потреби ветеранів залежать від бойового досвіду, стану фізичного і психічного здоров'я, наявності поранень чи інвалідності, сімейної підтримки, професійної ситуації та доступності послуг у громаді. Тому підтримка ветеранів має ґрунтуватися не лише на формальному статусі, а на індивідуальній оцінці потреб і реальній життєвій ситуації людини.

Обґрунтовано, що відновлення здоров'я ветеранів потребує поєднання медичної, психологічної, соціальної, правової, реабілітаційної та сімейної підтримки. Цілісний підхід передбачає орієнтацію не тільки на лікування окремих наслідків війни, а й на відновлення повсякденного функціонування, автономності, соціальної участі, професійної самореалізації та якості життя. Важливими умовами такого підходу є міждисциплінарна взаємодія, індивідуальне планування, наступність допомоги та доступність сервісів за місцем проживання. З'ясовано, що соціальні послуги у системі громадського здоров'я є практичним інструментом підтримки і реінтеграції ветеранів. Вони забезпечують оцінювання потреб, ведення випадку, соціальну адаптацію, маршрутизацію, залучення фахівців і супровід людини в процесі повернення до цивільного життя. Ефективність цих послуг залежить від спроможності територіальних громад, підготовленості фахівців, міжвідомчої координації, зрозумілих маршрутів звернення та дотримання принципів поваги до гідності, конфіденційності й індивідуального підходу.

Отже, теоретичний аналіз підтвердив, що організація соціальних послуг для ветеранів війни та демобілізованих осіб має будуватися як цілісна система, у якій фізичне, психічне і соціальне здоров'я розглядаються у взаємозв'язку. Саме така модель дає змогу не лише реагувати на окремі проблеми, а й створювати умови для стійкого відновлення, соціальної включеності та повноцінної реінтеграції ветеранів у життя громади.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТРЕБ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ОСІБ У СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГАХ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я

2.1. Організація, методика та інструментарій емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження потреб ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах для відновлення здоров'я організовано з урахуванням теоретичних положень, обґрунтованих у першому розділі дипломної роботи. У попередніх підрозділах ветерани війни та демобілізовані особи розглянуті як цільова група системи громадського здоров'я, для якої стан фізичного, психічного та соціального здоров'я залежить не лише від медичного лікування, а й від доступності соціальних послуг, реабілітації, психологічної допомоги, правового супроводу, підтримки родини, працевлаштування та участі у житті громади. Така логіка безпосередньо впливає із загальної структури дослідження, де емпіричний розділ має перевірити, наскільки реальні потреби ветеранів відповідають теоретично визначеній моделі цілісної підтримки.

Методологічною основою емпіричного дослідження є змішаний підхід, який поєднує кількісний і якісний компоненти. Кількісний компонент реалізовано через анкетування 50 респондентів, а якісний компонент через фокус-групове інтерв'ю з 10 учасниками. Поєднання цих методів є доцільним, оскільки анкетування дає змогу виміряти поширеність окремих потреб, частоту звернення по допомогу, рівень поінформованості та оцінку доступності послуг, тоді як фокус-групове інтерв'ю дозволяє пояснити, чому саме ці потреби виникають, як вони переживаються респондентами і які організаційні недоліки системи соціальних послуг вони вважають найбільш значущими. Такий підхід узгоджується із практикою сучасних досліджень ветеранської реінтеграції, зокрема дослідження IREX, Українського ветеранського фонду та Info Sapiens, у якому якісні методи застосовувалися для виявлення потреб і перешкод у доступі ветеранів до ключових послуг [55].

Метою емпіричного дослідження є виявлення, кількісне узагальнення та якісне пояснення потреб ветеранів війни і демобілізованих осіб у соціальних послугах, спрямованих на відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я. Досягнення цієї мети передбачає встановлення того, які види соціальної підтримки є найбільш затребуваними, як респонденти оцінюють доступність соціальних послуг у громаді, якою мірою вони поінформовані про власні права і можливості отримання допомоги, які бар'єри виникають у процесі звернення до установ, а також які зміни в системі соціальних послуг самі респонденти вважають першочерговими. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», соціальні послуги спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, їх подолання або мінімізацію негативних наслідків для осіб і сімей, що перебувають у таких обставинах [40]. Саме тому дослідження потреб ветеранів не може обмежуватися медичним або психологічним виміром, оскільки соціальна послуга має значення для всього процесу повернення людини до стабільного цивільного життя.

Об'єктом емпіричного дослідження є процес організації соціальних послуг для ветеранів війни та демобілізованих осіб у контексті відновлення здоров'я. Предметом дослідження є потреби ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах, а також кількісні й якісні характеристики доступності, достатності та проблемності таких послуг. Предмет охоплює не лише перелік необхідних послуг, а й умови їх фактичного отримання. Це важливо, оскільки формальна наявність соціальної, психологічної або реабілітаційної підтримки не завжди означає, що ветеран знає про неї, довіряє фахівцям, може фізично дістатися до установи, має сили пройти адміністративні процедури або отримує супровід у складній життєвій ситуації.

Завдання емпіричного дослідження полягають у визначенні соціально-демографічного профілю респондентів, виявленні основних потреб у фізичному, психічному та соціальному відновленні, оцінюванні рівня поінформованості про соціальні послуги, встановленні частоти звернення по допомогу, з'ясуванні рівня задоволеності якістю та доступністю послуг, а також у виокремленні основних проблем, які перешкоджають ефективній підтримці ветеранів і демобілізованих осіб. Окремим завданням є зіставлення результатів анкетування з матеріалами

фокус-групового інтерв'ю, оскільки кількісні відповіді дають загальну структуру проблеми, а якісні висловлювання допомагають зрозуміти її зміст.

Емпіричну базу дослідження становлять результати анкетування 50 осіб і фокус-групового інтерв'ю з 10 учасниками. До анкетування залучаються ветерани війни, демобілізовані особи, а також члени сімей ветеранів, якщо вони мають безпосередній досвід взаємодії із системою соціальної підтримки або беруть участь у процесі відновлення здоров'я ветерана. Основний аналітичний акцент при цьому зберігається на ветеранах війни та демобілізованих особах, оскільки саме вони є центральною цільовою групою дослідження. До фокус-групового інтерв'ю залучаються 10 учасників, здатних надати розгорнуті пояснення щодо потреб, досвіду отримання допомоги, бар'єрів доступу та очікуваних змін у системі соціальних послуг.

Таблиця 2.1

Методична структура емпіричного дослідження потреб ветеранів війни та демобілізованих осіб

Компонент дослідження	Зміст компонента	Практична реалізація
Мета дослідження	Виявлення потреб ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах для відновлення здоров'я	Поєднання результатів анкетування і фокус-групового інтерв'ю
Кількісний метод	Анкетування 50 респондентів	Підрахунок абсолютних значень, відсоткових часток і середніх балів
Якісний метод	фокус-групове інтерв'ю з 10 учасниками	Тематичний аналіз висловлювань і пояснення причин потреб та бар'єрів
Цільова група	Ветерани війни, демобілізовані особи, за потреби члени їхніх сімей	Залучення осіб із досвідом повернення до цивільного життя або взаємодії із соціальними послугами
Основні блоки анкети	соціально-демографічні дані, фізичне здоров'я, психічне здоров'я, соціальна адаптація, соціальні послуги, бар'єри, пропозиції	Формування кількісних показників для підрозділів 2.2 і 2.3
Основні блоки фокус-групи	Досвід повернення, потреби, доступ до послуг, бар'єри, очікувані зміни	Поглиблення та пояснення кількісних результатів
Спосіб аналізу	Поєднання статистичного узагальнення і тематичного аналізу	Порівняння кількісних часток із якісними поясненнями учасників
Використання результатів	Обґрунтування програми вдосконалення соціальних послуг	Перехід до практичних рішень у третьому розділі

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Добір респондентів здійснюється за цільовим принципом. Такий підхід обрано тому, що для дипломного дослідження важливо залучити осіб, які мають релевантний досвід військової служби, демобілізації, відновлення здоров'я, звернення по соціальні послуги або участі у підтримці ветерана. У межах анкетування враховується різноманітність респондентів за статтю, віком, місцем проживання, сімейним станом, наявністю поранення або інвалідності, досвідом працевлаштування після демобілізації та рівнем поінформованості про соціальні послуги. Такий підхід дозволяє уникнути надмірного спрощення ветеранської групи, оскільки потреби ветерана з пораненням, ветерана без встановленої інвалідності, демобілізованої особи з труднощами психологічної адаптації або члена сім'ї ветерана можуть істотно відрізнятися.

Таблиця 2.2

Інструментарій анкетування ветеранів війни та демобілізованих осіб

№	Запитання анкети	Формат відповіді
1	Ваш статус	Ветеран війни; демобілізована особа; член сім'ї ветерана; інше
2	Ваша стать	Чоловіча; жіноча; не бажаю відповідати
3	Ваш вік	До 25 років; 26–35 років; 36–45 років; 46–55 років; понад 55 років
4	Місце проживання	Обласний центр; місто; селище; село
5	Чи маєте Ви досвід звернення по соціальні послуги після повернення з військової служби або демобілізації	Так; ні; частково; важко відповісти
6	Яких послуг Ви потребуєте найбільше	Психологічна підтримка; фізична реабілітація; соціальний супровід; юридична допомога; інформаційна підтримка; працевлаштування; підтримка сім'ї; інше
7	Оцініть потребу у фізичній реабілітації	Шкала від 1 до 5
8	Оцініть потребу у психологічній підтримці	Шкала від 1 до 5
9	Оцініть потребу у соціальному супроводі	Шкала від 1 до 5
10	Оцініть потребу у юридичній допомозі	Шкала від 1 до 5
11	Оцініть потребу в інформації про права, пільги та доступні послуги	Шкала від 1 до 5
12	Чи достатньо Ви поінформовані про соціальні послуги для ветеранів і демобілізованих осіб	Так; скоріше так; скоріше ні; ні; важко відповісти
13	Чи знаєте Ви, куди звернутися для отримання соціальної послуги	Так; частково; ні
14	Які труднощі виникали або можуть виникнути під час звернення по допомогу	Бюрократія; нестача інформації; черги; віддаленість установ; недовіра до фахівців; стигма; нестача фахівців; інше
15	Як Ви оцінюєте доступність соціальних послуг у Вашій громаді	Шкала від 1 до 5

Продовження таблиці 2.2

16	Як Ви оцінюєте якість отриманої або доступної допомоги	Шкала від 1 до 5
17	Чи потребує Ваша сім'я додаткової підтримки	Так; ні; частково; важко відповісти
18	Чи потрібна Вам допомога у працевлаштуванні або професійній адаптації	Так; ні; частково
19	Який формат допомоги Ви вважаєте найбільш зручним	Особисте звернення; онлайн-консультація; мобільна бригада; супровід фахівця; групова підтримка; інше
20	Що, на Вашу думку, потрібно першочергово змінити в системі соціальних послуг для ветеранів	Відкрита відповідь

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Анкетування 50 осіб виконує функцію кількісного вимірювання досліджуваної проблеми. Анкета містить закриті, напівзакриті та відкриті запитання. Закриті запитання дають змогу отримати кількісні показники у відсотках, напівзакриті поєднують запропоновані варіанти відповіді з можливістю уточнення, а відкриті запитання дозволяють респондентам сформулювати власне бачення проблеми. Оскільки загальна кількість респондентів становить 50 осіб, одна відповідь однієї особи відповідає 2 %. Це полегшує подальшу інтерпретацію результатів у підрозділі 2.2. Наприклад, якщо певну потребу зазначили 35 осіб, це становить 70 %, а якщо певний бар'єр назвали 20 осіб, це становить 40 %. Для оцінювання інтенсивності потреби та якості послуг використовується шкала від 1 до 5, де 1 означає дуже низький рівень, а 5 означає дуже високий рівень.

Зміст анкети побудовано відповідно до цілісного підходу до відновлення здоров'я. Перший блок анкети стосується соціально-демографічної характеристики респондентів, зокрема статусу, віку, статі, місця проживання, сімейного стану та досвіду демобілізації. Другий блок спрямований на виявлення потреб у фізичному здоров'ї, медичному супроводі, реабілітації, протезуванні, допоміжних засобах і підтримці у зверненні до медичних закладів. Третій блок охоплює психічне здоров'я та психологічну підтримку, зокрема потребу в консультації психолога, кризовій допомозі, групах підтримки та роботі з родиною. Четвертий блок присвячений соціальній адаптації, родинним

відносинам, зайнятості, участі у громаді та поверненню до повсякденного життя. П'ятий блок стосується досвіду отримання соціальних послуг, рівня поінформованості, доступності та якості допомоги. Шостий блок спрямований на виявлення проблем і пропозицій щодо вдосконалення системи підтримки. Фокус-групове інтерв'ю з 10 учасниками виконує функцію якісного поглиблення результатів анкетування. Його проведення є важливим, оскільки кількісний показник сам по собі не завжди пояснює, чому респонденти оцінюють певну послугу як недостатньо доступну або чому не звертаються по допомогу навіть за наявності потреби. Фокус-група дозволяє виявити смислові зв'язки між фізичним станом, психологічним самопочуттям, родинною ситуацією, правовою невизначеністю, рівнем довіри до установ і готовністю користуватися соціальними послугами. У дослідженні IREX, Українського ветеранського фонду та Info Sapiens також наголошено на важливості якісного аналізу потреб ветеранів, оскільки саме такий формат дає змогу виявити специфічні перешкоди у доступі до базових послуг і прав [55].

Таблиця 2.3

План інтерв'ю з ветеранами війни та демобілізованими особами

Тематичний блок	Орієнтовні питання для обговорення	Очікуваний аналітичний результат
Досвід повернення до цивільного життя	Які труднощі після повернення або демобілізації були найбільш відчутними	Виявлення ключових сфер адаптаційного напруження
Потреби у відновленні здоров'я	Які потреби у фізичному, психічному та соціальному відновленні є найбільш важливими	Поглиблення кількісних результатів анкети
Досвід отримання соціальних послуг	Чи зверталися Ви по соціальні послуги і яким був цей досвід	Оцінка фактичної взаємодії з установами
Доступність допомоги	Що полегшує або ускладнює отримання послуг у громаді	Виявлення організаційних бар'єрів
Інформаційна підтримка	Чи достатньо зрозумілою є інформація про права, пільги та послуги	Оцінка потреби в навігації та консультуванні
Психологічна підтримка	Що заважає або допомагає звертатися по психологічну допомогу	Виявлення ролі довіри, стигми та безпеки контакту
Сім'я і соціальне середовище	Якої підтримки потребує сім'я ветерана і як громада впливає на адаптацію	Оцінка родинного та громадського вимірів відновлення
Пропозиції щодо змін	Які зміни в системі соціальних послуг були б найбільш корисними	Формування підстав для програми у третьому розділі

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Гайд фокус-групового інтерв'ю складається з тематичних блоків, які відповідають структурі анкети, але передбачають глибше обговорення. Учасникам пропонується обговорити досвід повернення до цивільного життя, найбільш гострі потреби у відновленні здоров'я, досвід звернення по соціальні, медичні, психологічні або правові послуги, доступність допомоги у громаді, рівень зрозумілості інформації про права та послуги, роль сім'ї, ставлення до психологічної підтримки, труднощі працевлаштування і пропозиції щодо покращення системи. На відміну від анкети, де відповідь часто має коротку форму, фокус-групове інтерв'ю дає змогу простежити аргументацію учасників, виявити повторювані теми й зафіксувати ті аспекти, які респонденти не завжди зазначають у стандартизованих відповідях.

Обробка кількісних результатів анкетування здійснюється шляхом підрахунку абсолютних значень, відсоткових часток і середніх балів. Абсолютні значення показують кількість респондентів, які обрали певний варіант відповіді. Відсоткові частки дозволяють порівняти різні групи потреб і проблем між собою. Середні бали використовуються для оцінювання інтенсивності потреби у різних видах допомоги та рівня задоволеності доступністю або якістю соціальних послуг. У підрозділі 2.2 ці показники мають бути використані для ранжування потреб, а саме для визначення, які напрями підтримки є найбільш актуальними для опитаних осіб.

Обробка якісних результатів фокус-групового інтерв'ю здійснюється методом тематичного аналізу. На першому етапі висловлювання учасників групуються за основними темами, такими як фізичне здоров'я, психічне здоров'я, соціальна адаптація, правова підтримка, інформаційна навігація, зайнятість, сімейна підтримка і доступність послуг. На другому етапі в межах кожної теми виокремлюються повторювані смислові категорії, зокрема потреба в одному відповідальному фахівцеві, складність самостійного пошуку інформації, недовіра до формальних процедур, нестача психологічно безпечного спілкування, нерозуміння з боку цивільного середовища, труднощі

працевлаштування і потреба у підтримці родини. На третьому етапі якісні висновки зіставляються з кількісними результатами анкети, що дозволяє пояснити, які реальні життєві ситуації стоять за отриманими відсотками.

Важливим методичним орієнтиром для цього дослідження є Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, затверджений наказом Міністерства соціальної політики України від 11.04.2024 № 175-Н. Цей стандарт визначає зміст, обсяг, умови, порядок надання соціальної послуги та показники її якості [32]. Саме тому інструментарій анкети та фокус-групового інтерв'ю включає питання не лише про наявність потреби в допомозі, а й про соціальну адаптацію, сімейні зв'язки, самостійність, активність у громаді, професійне планування і фактичну доступність послуг. Такий підхід дозволяє оцінити, наскільки реальний досвід респондентів відповідає нормативно визначеній моделі соціальної підтримки.

Додатковим нормативним підґрунтям є Закон України «Про систему громадського здоров'я», який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя [39]. У контексті цього дослідження громадське здоров'я розуміється не лише як сукупність медичних заходів, а як система організованих дій, що мають впливати на умови життя, доступ до послуг, профілактику ускладнень, соціальне функціонування і здатність людини реалізовувати власні життєві ролі. Тому питання анкети та фокус-групи охоплюють не тільки лікування або реабілітацію, а й соціальну участь, інформаційну підтримку, правову визначеність, зайнятість і сімейну стабільність. Під час розроблення інструментарію враховано також результати актуальних емпіричних досліджень ветеранських потреб. Український ветеранський фонд у шостому опитуванні 2024 року використовував анонімну онлайн-форму, а участь в опитуванні взяли 1025 осіб, що свідчить про доцільність застосування анкетних методів для вивчення потреб ветеранської

спільноти [43]. Водночас дані ПРООН щодо правових потреб ветеранів і членів їхніх сімей показують, що значущими бар'єрами є недостатня обізнаність про доступну правову допомогу і потреба в інформації про права, гарантії та офіційний статус [63]. Ці висновки враховано під час формування анкети про поінформованість, підтримку, складність процедур і потребу в супроводі.

Етичні засади емпіричного дослідження мають особливе значення, оскільки робота з ветеранами війни та демобілізованими особами може торкатися досвіду поранень, психологічної напруги, втрат, труднощів адаптації, сімейних конфліктів або негативного досвіду взаємодії з установами. Участь у дослідженні має бути добровільною. Перед заповненням анкети та участю у фокус-груповому інтерв'ю респондентам пояснюється мета дослідження, спосіб використання результатів, гарантії конфіденційності та право не відповідати на питання, які викликають дискомфорт. Персональні дані не розкриваються, а результати подаються в узагальненому вигляді. Під час фокус-групового інтерв'ю важливо забезпечити атмосферу взаємної поваги, недопущення оцінювальних суджень і право кожного учасника визначати межі власної відкритості. Методологічним обмеженням дослідження є те, що вибірка з 50 респондентів анкетування і 10 учасників фокус-групового інтерв'ю не може вважатися репрезентативною для всієї сукупності ветеранів війни та демобілізованих осіб в Україні. Водночас для дипломної роботи така емпірична база є достатньою, оскільки дозволяє виявити основні групи потреб, визначити типові проблеми доступу до соціальних послуг і сформулювати практичні рекомендації. Кількісний компонент забезпечує вимірюваність результатів, а якісний компонент дозволяє пояснити їхній зміст. Саме поєднання цих двох підходів підвищує аналітичну цінність дослідження.

Логіка подальшого викладу в другому розділі безпосередньо впливає з обраної методики. У підрозділі 2.2 необхідно проаналізувати потреби ветеранів війни та демобілізованих осіб на основі кількісних результатів анкетування і якісних узагальнень фокус-групового інтерв'ю. У цьому підрозділі доцільно

показати, які потреби є найпоширенішими, які середні оцінки отримали різні напрями підтримки та як самі учасники пояснюють ці потреби. Натомість у підрозділі 2.3 потрібно окремо розглянути проблеми та виклики організації соціальних послуг. Там слід аналізувати не самі потреби, а те, що перешкоджає їх задоволенню, зокрема інформаційні прогалини, бюрократичні процедури, нестачу фахівців, нерівність доступу, слабку координацію між установами і недостатній індивідуальний супровід. Такий розподіл дозволяє уникнути дублювання між підрозділами та забезпечує логічний перехід до третього розділу, де має бути запропонована програма вдосконалення соціальних послуг.

Отже, організація емпіричного дослідження у підрозділі 2.1 ґрунтується на змішаній методиці, яка поєднує анкетування 50 осіб і фокус-групове інтерв'ю з 10 учасниками. Такий підхід є найбільш доцільним для дипломної роботи, оскільки дозволяє одночасно отримати кількісні показники поширеності потреб і якісні пояснення їхнього змісту. Анкетування забезпечує можливість визначити частку респондентів, які потребують фізичної реабілітації, психологічної підтримки, соціального супроводу, юридичної допомоги, інформаційної навігації, працевлаштування або підтримки сім'ї. Фокус-групове інтерв'ю поглиблює ці результати, оскільки дозволяє зрозуміти, чому саме відповідні потреби є значущими і які життєві обставини посилюють їхню актуальність. Запропонований інструментарій узгоджений із цілісним підходом до відновлення здоров'я ветеранів, оскільки охоплює фізичний, психічний, соціальний, правовий, сімейний і професійний виміри повернення до цивільного життя. Методика також створює чітку логіку для наступних підрозділів. У 2.2 результати анкети і фокус-групи мають бути використані для аналізу потреб, зокрема через відсотки, середні бали та якісні пояснення учасників. У 2.3 ці самі емпіричні матеріали мають стати основою для аналізу проблем і викликів організації соціальних послуг. Саме тому підрозділ 2.1 виконує не лише описову, а й методологічно зв'язувальну функцію, забезпечуючи перехід від теоретичної

моделі цілісної підтримки до практичного обґрунтування програми вдосконалення системи соціальних послуг у третьому розділі.

2.2. Аналіз потреб ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах за результатами анкетування та фокус-групового інтерв'ю

Аналіз потреб ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах здійснено на основі результатів анкетування 50 респондентів і фокус-групового інтерв'ю з 10 учасниками. Така логіка відповідає методиці емпіричного дослідження, обґрунтованій у підрозділі 2.1, де було визначено необхідність поєднання кількісного вимірювання потреб із якісним поясненням їхнього змісту. У межах дипломної роботи це має принципове значення, оскільки відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб не може бути зведене лише до медичної допомоги або одноразового соціального консультування. Воно охоплює фізичне, психічне, соціальне, правове, сімейне та професійне функціонування людини після повернення до цивільного життя, що відповідає загальній теоретичній логіці роботи.

Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», соціальні послуги спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, їх подолання або мінімізацію негативних наслідків для осіб і сімей, які перебувають у таких обставинах [40]. Це положення є важливим для інтерпретації результатів дослідження, оскільки більшість виявлених потреб респондентів мають не ізольований, а комплексний характер. Наприклад, потреба у фізичній реабілітації часто поєднується з потребою в інформаційному супроводі, юридичній допомозі, психологічній підтримці та адаптації до повсякденного життя. Отже, соціальні послуги у цьому дослідженні розглядаються не як додаткова форма допомоги, а як інструмент підтримки функціонування ветерана в громаді. Офіційне законодавче визначення соціальних послуг підтверджує їх спрямованість на подолання або мінімізацію негативних наслідків складних життєвих обставин.

За результатами анкетування було сформовано соціально-демографічний профіль респондентів, який дозволяє уточнити контекст подальшого аналізу. Із

50 опитаних осіб 34 респонденти, або 68 %, визначили себе як ветерани війни, 9 осіб, або 18 %, як демобілізовані особи, 7 осіб, або 14 %, як члени сімей ветеранів, які безпосередньо залучені до процесу підтримки та відновлення. Серед респондентів переважали чоловіки, які становили 38 осіб, або 76 %, тоді як жінки становили 12 осіб, або 24 %. За віковою структурою найбільш чисельною була група 36–45 років, до якої належали 20 осіб, або 40 %. Це свідчить про те, що значна частина опитаних перебуває у віці активної професійної, сімейної та громадської участі, а отже потреби у соціальних послугах безпосередньо пов'язані не лише з лікуванням або реабілітацією, а й із поверненням до праці, виконанням сімейних ролей і відновленням соціальної активності.

Таблиця 2.4

Соціально-демографічна характеристика респондентів анкетування

Показник	Варіант відповіді	Кількість осіб	Частка, %
Статус респондента	Ветеран війни	34	68
Статус респондента	Демобілізована особа	9	18
Статус респондента	Член сім'ї ветерана	7	14
Стать	Чоловіча	38	76
Стать	Жіноча	12	24
Вік	До 25 років	3	6
Вік	26–35 років	14	28
Вік	36–45 років	20	40
Вік	46–55 років	10	20
Вік	Понад 55 років	3	6
Місце проживання	Обласний центр	15	30
Місце проживання	Місто	16	32
Місце проживання	Селище	9	18
Місце проживання	Село	10	20

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Наведені дані засвідчують, що дослідження охопило респондентів із різними соціальними характеристиками, що дозволяє розглядати потреби ветеранів не як однорідний набір запитів, а як сукупність взаємопов'язаних життєвих ситуацій. Особливо важливо, що 38 % респондентів проживають у селищах і селах. Це має значення для оцінювання доступності послуг, оскільки саме територіальний чинник часто визначає, чи може людина реально скористатися психологічною, соціальною, правовою або реабілітаційною допомогою. У фокус-груповому інтерв'ю учасники також звертали увагу на те,

що місце проживання впливає на швидкість отримання інформації, можливість особистого звернення до фахівців і доступ до спеціалізованих сервісів.

Першим змістовим блоком анкетування було виявлення основних потреб у соціальних послугах. Респондентам пропонувалося обрати ті види підтримки, які є для них найбільш актуальними. Оскільки запитання передбачало можливість кількох відповідей, сума часток перевищує 100 %. Найбільш поширеною виявилася потреба в інформаційній підтримці щодо прав, пільг і доступних послуг, яку зазначили 39 осіб, або 78 %. Психологічну підтримку обрали 36 осіб, або 72 %. Потребу у фізичній реабілітації зазначили 34 особи, або 68 %. Соціальний супровід як необхідний вид допомоги визначили 32 респонденти, або 64 %. Юридичну допомогу назвали 30 осіб, або 60 %. Такі показники свідчать, що на перший план виходять не лише медичні або реабілітаційні запити, а й потреба в орієнтації у системі прав, послуг і можливостей.

Таблиця 2.5

Основні потреби респондентів у соціальних послугах

Вид потреби	Кількість респондентів, які зазначили потребу	Частка від загальної кількості респондентів, %
Інформаційна підтримка щодо прав, пільг і доступних послуг	39	78
Психологічна підтримка	36	72
Фізична реабілітація та медико-соціальний супровід	34	68
Соціальний супровід	32	64
Юридична допомога	30	60
Допомога у працевлаштуванні або професійній адаптації	27	54
Підтримка сім'ї ветерана	25	50
Допомога в адаптації житла, простору або робочого місця	21	42
Групи взаємодопомоги або ветеранські спільноти	19	38

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

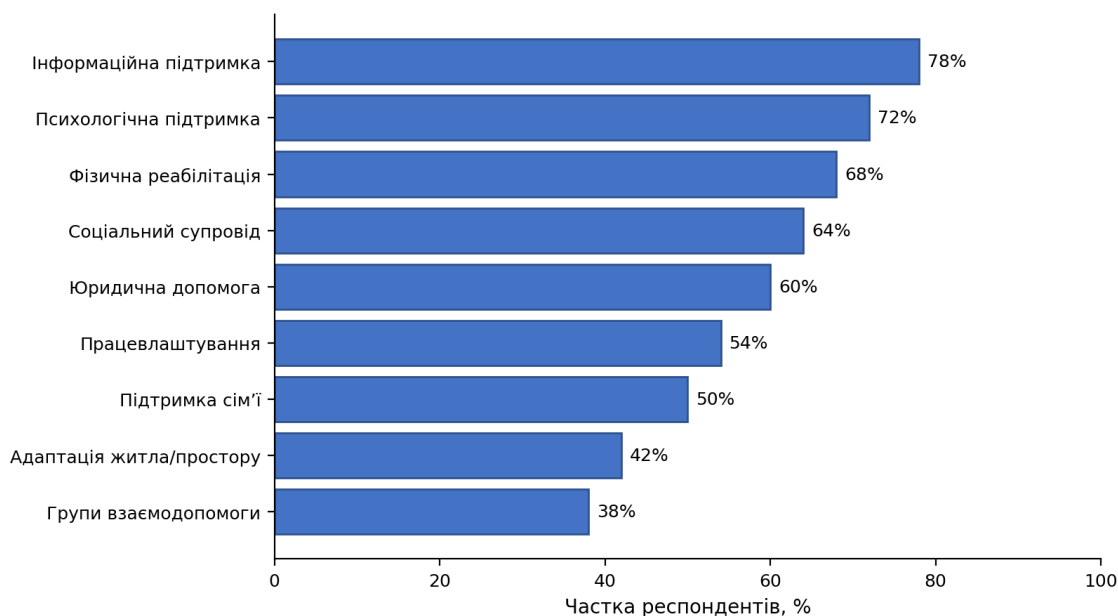


Рис. 2.1. Основні потреби ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах, %

Отримані результати узгоджуються із загальною тенденцією, зафіксованою в актуальних дослідженнях ветеранських потреб. Зокрема, Український ветеранський фонд у шостому опитуванні 2024 року визначав серед значущих проблем ветеранів фізичне здоров'я, доступ до медичних послуг, психоемоційну нестабільність, відсутність роботи та складність оформлення соціальних пільг [43]. У цьому опитуванні взяли участь 1025 осіб, а методологія передбачала анонімну онлайн-форму для ветеранів і ветеранок. Для нашого дослідження це важливо, оскільки результати анкетування 50 осіб відтворюють подібну структуру потреб, хоча і не претендують на загальнонаціональну репрезентативність.

У межах фокус-групового інтерв'ю учасники пояснювали, що інформаційна підтримка є базовою умовою доступу до всіх інших послуг. Вони наголошували, що після демобілізації або повернення з військової служби людина часто не має чіткого розуміння, з чого починати оформлення документів, де отримати консультацію, як звернутися по реабілітацію, хто може допомогти із соціальним супроводом і які послуги фактично доступні у громаді. Тому інформаційна потреба у відповідях учасників не зводилася до отримання окремої

довідки. Вона описувалася як потреба в зрозумілому маршруті, відповідальному фахівцеві та системному супроводі. Це якісне пояснення дозволяє зрозуміти, чому саме інформаційна підтримка отримала найвищий показник в анкетуванні.

Другим важливим показником була оцінка інтенсивності окремих потреб за шкалою від 1 до 5. Найвищу середню оцінку отримала потреба в інформації про права, пільги та доступні послуги, яка становила 4,4 бала. Потреба у психологічній підтримці була оцінена на рівні 4,2 бала, фізична реабілітація на рівні 4,1 бала, соціальний супровід на рівні 4,0 бала, юридична допомога на рівні 3,9 бала. Це підтверджує, що респонденти оцінюють більшість напрямів допомоги як високозначущі. Водночас різниця між показниками не є дуже великою, що свідчить про комплексність запиту.

Таблиця 2.6

Середня оцінка потреб респондентів у різних видах підтримки

Напрямок підтримки	Середній бал за шкалою від 1 до 5	Рівень значущості потреби
Інформація про права, пільги та доступні послуги	4,4	Дуже високий
Психологічна підтримка	4,2	Високий
Фізична реабілітація	4,1	Високий
Соціальний супровід	4,0	Високий
Юридична допомога	3,9	Високий
Професійна адаптація і працевлаштування	3,8	Високий
Підтримка сім'ї	3,7	Високий
Групові підтримка і ветеранські спільноти	3,4	Середній
Адаптація житла або робочого місця	3,3	Середній

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Якісні результати фокус-групового інтерв'ю підтвердили, що високі оцінки психологічної підтримки пов'язані не лише з наявністю психоемоційного напруження, а й із потребою у безпечному способі говорити про пережитий досвід, не стикаючись із формальним ставленням або нерозумінням. Учасники наголошували, що психологічна допомога має бути доступною, конфіденційною, не стигматизованою і пов'язаною з іншими видами підтримки. Частина учасників зазначала, що легше звернутися до фахівця, якщо перший контакт відбувається через довірену особу, ветеранський простір, соціального працівника або фахівця із супроводу. Це свідчить, що потреба у психологічній

допомозі є не лише клінічною, а й соціально організаційною. Потреба у фізичній реабілітації також була однією з найбільш значущих. У відповідях респондентів вона пов'язувалася з болем, обмеженням рухової активності, необхідністю відновлення витривалості, потребою в регулярному медичному контролі, допоміжних засобах і супроводі в процесі отримання послуг. Учасники фокус-групи підкреслювали, що фізична реабілітація має бути тривалою та послідовною, оскільки одноразове направлення або короткострокове лікування не вирішує проблему повернення до повсякденної активності. Особливе значення має координація між лікарями, реабілітаційними фахівцями, соціальними працівниками та місцевими службами. Третім блоком аналізу був досвід звернення по соціальні послуги. Із 50 респондентів 18 осіб, або 36 %, зазначили, що вже зверталися по соціальні послуги після повернення з військової служби або демобілізації. Ще 12 осіб, або 24 %, мали частковий досвід звернення, який обмежувався консультацією, отриманням інформації або одноразовим контактом з установою. Водночас 15 осіб, або 30 %, не зверталися по соціальні послуги, хоча частина з них зазначила наявність відповідної потреби. Ще 5 осіб, або 10 %, не змогли чітко визначити, чи можна їхній досвід вважати отриманням соціальної послуги. Ці дані показують, що між наявністю потреби і фактичним зверненням по допомогу існує помітний розрив.

Таблиця 2.7

Досвід звернення респондентів по соціальні послуги

Варіант відповіді	Кількість	Частка, %
Так, звертався або зверталася	18	36
Частково, мав або мала разову консультацію чи інформаційний контакт	12	24
Ні, не звертався або не зверталася	15	30
Важко відповісти	5	10
Разом	50	100

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Фокус-групове інтерв'ю дало змогу пояснити цей розрив. Учасники зазначали, що причинами незвернення часто є не відсутність потреби, а невпевненість у тому, куди саме звертатися, попередній негативний досвід взаємодії з установами, очікування складних процедур, небажання «доводити

очевидне» або відчуття, що людина має самотійно впоратися зі своїми труднощами. Ці відповіді є важливими для подальшого підрозділу 2.3, де буде проаналізовано виклики організації соціальних послуг. У межах 2.2 вони підтверджують, що потреба в соціальному супроводі є не менш важливою, ніж потреба в самій послугі, оскільки частина респондентів потребує допомоги вже на етапі першого звернення. Окремо було проаналізовано рівень поінформованості респондентів про соціальні послуги для ветеранів і демобілізованих осіб. Лише 8 осіб, або 16 %, зазначили, що достатньо поінформовані про доступні послуги. Ще 13 осіб, або 26 %, відповіли «скоріше так». Водночас 17 осіб, або 34 %, обрали варіант «скоріше ні», а 10 осіб, або 20 %, прямо зазначили, що не мають достатньої інформації. Ще 2 особи, або 4 %, не змогли відповісти. Отже, 54 % респондентів фактично оцінили власну поінформованість як недостатню. Це корелює з тим, що інформаційна підтримка виявилася найпоширенішою потребою.

Таблиця 2.8

Рівень поінформованості респондентів про соціальні послуги

Варіант відповіді	Кількість респондентів	Частка, %
Так, достатньо поінформований або поінформована	8	16
Скоріше так	13	26
Скоріше ні	17	34
Ні, інформації недостатньо	10	20
Важко відповісти	2	4
Разом	50	100

Джерело: сформовано самотійно автором на основі власного дослідження.

Значущість інформаційної проблеми підтверджується також даними ПРООН щодо правових потреб ветеранів і членів їхніх сімей, де серед найбільших бар'єрів зазначено низьку обізнаність про доступну правову допомогу, а серед пріоритетних потреб названо інформацію про права, допомогу у пенсійному забезпеченні, оскарженні рішень органів влади та отриманні офіційного статусу [63]. На сторінці публікації ПРООН прямо зазначено, що низька обізнаність про доступну правову допомогу може бути одним із

найбільших бар'єрів, а ветерани та їхні родини потребують інформації про права, гарантії й офіційний статус. У нашому дослідженні ця тенденція проявилася не лише у правовому, а й у ширшому соціальному вимірі, оскільки респонденти потребують інформації про весь маршрут допомоги.

Наступним напрямом аналізу була оцінка доступності та якості соціальних послуг. За шкалою від 1 до 5 середня оцінка доступності соціальних послуг у громаді становила 2,8 бала, а середня оцінка якості отриманої або доступної допомоги становила 3,0 бала. Це означає, що респонденти не оцінюють систему підтримки як повністю незадовільну, але й не вважають її достатньо ефективною. Найнижчі оцінки стосувалися швидкості отримання допомоги, зрозумілості процедур і наявності одного відповідального фахівця, який міг би супроводжувати ветерана в різних сферах. Вищими були оцінки окремих контактів із фахівцями, особливо у випадках, коли допомога надавалася через громадські або ветеранські ініціативи.

Таблиця 2.9

Оцінка доступності та якості соціальних послуг респондентами

Критерій оцінювання	Середній бал за шкалою від 1 до 5	Інтерпретація
Доступність соціальних послуг у громаді	2,8	Середній рівень із тенденцією до недостатності
Якість отриманої або доступної допомоги	3,0	Середній рівень
Зрозумілість порядку звернення	2,6	Недостатній рівень
Швидкість отримання допомоги	2,7	Недостатній рівень
Наявність індивідуального супроводу	2,5	Недостатній рівень
Довіра до фахівців і установ	3,1	Середній рівень
Можливість отримати допомогу за місцем проживання	2,7	Недостатній рівень

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

У фокус-груповому інтерв'ю учасники пояснювали середні оцінки тим, що допомога існує, однак часто сприймається як фрагментарна. Один фахівець може надати консультацію щодо документів, інший щодо психологічної підтримки, третій щодо зайнятості, але респондентам бракує узгодженого маршруту. Учасники також підкреслювали, що повторне звернення до різних установ і

необхідність самотійно пояснювати свою ситуацію щоразу заново знижує мотивацію користуватися послугами. Отже, кількісний показник доступності 2,8 бала відображає не лише територіальну або адміністративну складність, а й проблему цілісності підтримки.

Важливою складовою аналізу стало з'ясування потреби в підтримці сім'ї ветерана. Із 50 респондентів 24 особи, або 48 %, зазначили, що сім'я ветерана потребує додаткової підтримки. Ще 14 осіб, або 28 %, відповіли, що така потреба існує частково. Лише 8 осіб, або 16 %, не вбачали потреби у спеціальній підтримці сім'ї, а 4 особи, або 8 %, не змогли визначитися. Отже, загалом 76 % респондентів прямо або частково підтвердили потребу в роботі із сімейним середовищем. Це свідчить, що відновлення здоров'я ветерана необхідно розглядати у зв'язку з родинною комунікацією, емоційним навантаженням на близьких, розподілом ролей і потребою членів сім'ї у поясненні змін, які можуть виникати після військової служби.

Таблиця 2.10

Оцінка потреби сім'ї ветерана у додатковій підтримці

Варіант відповіді	Кількість респондентів	Частка, %
Так, сім'я потребує підтримки	24	48
Частково потребує	14	28
Ні, не потребує	8	16
Важко відповісти	4	8
Разом	50	100

Джерело: сформовано самотійно автором на основі власного дослідження.

Фокус-групове інтерв'ю показало, що потреба сім'ї найчастіше пов'язується з психологічною просвітою, сімейним консультуванням і підтримкою комунікації. Учасники зазначали, що близькі люди не завжди розуміють, як реагувати на емоційну закритість, дратівливість, втому, порушення сну або небажання ветерана обговорювати досвід війни. Водночас самі ветерани можуть не знати, як пояснити власний стан родині без конфлікту або відчуття тиску. Тому сімейна підтримка має розглядатися як складова соціальної адаптації, а не як другорядний напрям роботи.

Потреба у професійній адаптації та працевлаштуванні також виявилася суттєвою. Допомогу у працевлаштуванні або професійній адаптації прямо потребують 27 респондентів, або 54 %. Ще 11 осіб, або 22 %, зазначили часткову потребу, пов'язану з навчанням, перекваліфікацією або адаптацією робочого місця. Лише 12 осіб, або 24 %, не вказали такої потреби. У якісних відповідях учасники фокус-групи наголошували, що працевлаштування для ветерана є не тільки економічним питанням. Воно пов'язане з відчуттям корисності, поверненням до стабільного режиму, соціальними контактами, самоповагою і можливістю планувати майбутнє.

Таблиця 2.11

Потреба респондентів у працевлаштуванні та професійній адаптації

Варіант відповіді	Кількість респондентів	Частка, %
Так, потрібна допомога	27	54
Частково потрібна	11	22
Ні, не потрібна	12	24
Разом	50	100

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Під час фокус-групового інтерв'ю учасники пояснювали, що труднощі професійної адаптації зумовлені не лише відсутністю вакансій. Важливими є невизначеність щодо майбутньої професійної ролі, складність перекладу військового досвіду мовою цивільного ринку праці, потреба в перенавчанні, побоювання роботодавців, фізичні обмеження після поранень, а також труднощі поєднання лікування або реабілітації з робочим графіком. Ці відповіді узгоджуються з висновками Українського ветеранського фонду щодо викликів, потреб і перешкод при працевлаштуванні ветеранів, де праця розглядається як важлива частина адаптації до цивільного середовища [2]. Відповідне дослідження спрямоване на вивчення викликів, з якими ветерани і ветеранки стикаються під час пошуку роботи й адаптації у цивільному середовищі.

Окремо було досліджено бажаний формат отримання допомоги. Найбільша частка респондентів, а саме 31 особа, або 62 %, обрала супровід фахівця як найбільш зручний формат. Онлайн-консультації підтримали 24 особи,

або 48 %. Особисте звернення до установи назвали прийнятним 22 особи, або 44 %. Мобільну бригаду як зручний формат зазначили 19 осіб, або 38 %. Групову підтримку або участь у ветеранській спільноті обрали 17 осіб, або 34 %. Ці результати показують, що респонденти не відкидають традиційні форми допомоги, але надають перевагу тим форматам, які зменшують складність самостійного пошуку послуг.

Таблиця 2.12

Бажані формати отримання соціальної підтримки

Формат допомоги	Кількість респондентів	Частка, %
Супровід фахівця	31	62
онлайн-консультація	24	48
Особисте звернення до установи	22	44
Мобільна бригада	19	38
Групові підтримка або ветеранська спільнота	17	34
Консультація через громадську або ветеранську організацію	15	30

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Учасники фокус-групи пояснили перевагу супроводу фахівця тим, що ветеран після повернення до цивільного життя часто має справу з кількома системами одночасно. Це медична система, соціальний захист, правова допомога, реабілітація, зайнятість, ветеранські програми та місцеві сервіси. Самостійне проходження такого маршруту є складним навіть для людини без фізичних або психологічних труднощів. Тому фахівець із супроводу сприймається респондентами як особа, яка може зменшити адміністративне навантаження, пояснити порядок дій, допомогти сформулювати запит і не залишити людину наодинці з розрізненими установами.

Підсумкове узагальнення фокус-групового інтерв'ю дозволило виокремити кілька провідних якісних тем. Найчастіше учасники говорили про потребу в зрозумілому маршруті допомоги, потребу в довіреному фахівцеві, потребу у психологічно безпечному спілкуванні, потребу в підтримці сім'ї, потребу в доступній правовій та інформаційній консультації, а також потребу в

поверненні до зайнятості або значущої соціальної ролі. Ці теми доповнюють результати анкетування, оскільки пояснюють, чому найбільш високі показники отримали інформаційна підтримка, психологічна допомога, соціальний супровід і фізична реабілітація.

Таблиця 2.13

Якісні результати фокус-групового інтерв'ю

Провідна тема фокус-групи	Зміст висловлених позицій	Аналітичне значення для дослідження
Потреба в зрозумілому маршруті допомоги	Учасники наголошували, що після демобілізації важко зрозуміти, куди звертатися і які документи потрібні	Пояснює високий рівень потреби в інформаційній підтримці
Потреба в одному відповідальному фахівцеві	Учасники вважали важливим, щоб ветеран мав особу, яка координує звернення до різних служб	Підтверджує значущість соціального супроводу
Психологічно безпечний контакт	Учасники підкреслювали важливість довіри, конфіденційності та відсутності стигми	Пояснює високий рівень потреби у психологічній підтримці
Підтримка сім'ї	Учасники зазначали, що родина також потребує пояснення, консультацій і допомоги у спілкуванні	Підтверджує сімейний вимір соціальної адаптації
Правова та інформаційна невизначеність	Учасники пов'язували труднощі з оформленням статусу, пільг, виплат і документів	Пояснює потребу в юридичній допомозі та консультуванні
Повернення до зайнятості	Учасники розглядали роботу як спосіб відновлення стабільності, корисності та соціального статусу	Підтверджує значення професійної адаптації
Доступність у громаді	Учасники наголошували, що в малих громадах складніше отримати спеціалізовану допомогу	Пояснює територіальний вимір потреб

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Таким чином, результати анкетування і фокус-групового інтерв'ю взаємно доповнюють одне одного. Анкетування показало, що найбільш поширеними є потреби в інформаційній підтримці, психологічній допомозі, фізичній реабілітації, соціальному супроводі та юридичній допомозі. Фокус-групове інтерв'ю пояснило, що ці потреби виникають через складність повернення до цивільного життя, фрагментарність системи підтримки, необхідність взаємодіяти з багатьма установами, психологічну напругу, правову невизначеність, сімейні зміни та професійні труднощі. Отже, соціальні послуги

для ветеранів війни та демобілізованих осіб мають бути організовані не як набір окремих заходів, а як узгоджений маршрут підтримки, орієнтований на реальну життєву ситуацію людини.

Таблиця 2.14

**Узагальнення кількісних і якісних результатів емпіричного дослідження
потреб ветеранів війни та демобілізованих осіб**

Напрямок потреб	Кількісний результат анкетування	Якісне пояснення за результатами фокус-групи	Висновок для подальшого аналізу
Інформаційна підтримка	39 осіб, або 78 %	Потреба в зрозумілому маршруті, інформації про права, послуги, документи та відповідальних фахівців	Потребує створення єдиної системи навігації
Психологічна підтримка	36 осіб, або 72 %	Потреба в довірі, конфіденційності, безпечному спілкуванні та зменшенні стигми	Потребує наближення психологічної допомоги до громади
Фізична реабілітація	34 особи, або 68 %	Потреба в тривалому відновленні, контролі стану, допоміжних засобах і координації з медичними службами	Потребує зв'язку соціального супроводу з реабілітацією
Соціальний супровід	32 особи, або 64 %	Потреба в одному відповідальному фахівцеві та допомозі у проходженні маршруту послуг	Потребує розвитку інституту індивідуального супроводу
Юридична допомога	30 осіб, або 60 %	Потреба в оформленні статусів, пільг, виплат, документів і захисті прав	Потребує інтеграції правового консультування в соціальні послуги
Працевлаштування	27 осіб, або 54 %	Потреба в перекваліфікації, адаптації досвіду і підтримці на ринку праці	Потребує зв'язку соціальних послуг зі службами зайнятості
Підтримка сім'ї	25 осіб, або 50 %	Потреба в сімейному консультуванні, психоедукації та підтримці комунікації	Потребує включення родини до моделі відновлення

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Проведений аналіз результатів анкетування 50 респондентів і фокус-групового інтерв'ю з 10 учасниками засвідчив, що потреби ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах мають комплексний і взаємопов'язаний характер. Найвищі кількісні показники отримали

інформаційна підтримка, психологічна допомога, фізична реабілітація, соціальний супровід і юридична допомога. Це доводить, що після повернення до цивільного життя ветеран потребує не лише лікування або окремої консультації, а цілісного маршруту підтримки, який поєднує різні сфери відновлення. Якісні результати фокус-групового інтерв'ю показали, що за відсотковими показниками стоять конкретні життєві ситуації, зокрема невпевненість у порядку звернення, складність оформлення документів, психологічна напруга, потреба в довіреному фахівцеві, труднощі родинної комунікації, невизначеність професійного майбутнього і нерівність доступу до послуг у громадах. Особливо значущим результатом є те, що 78 % респондентів зазначили потребу в інформаційній підтримці, а 62 % обрали супровід фахівця як найбільш зручний формат допомоги. Це свідчить про потребу переходу від фрагментарної моделі послуг до моделі координованого супроводу. Водночас результати 2.2 не вичерпують проблематику організації соціальних послуг. Вони показують передусім те, яких саме видів підтримки потребують ветерани та демобілізовані особи. Наступний підрозділ має розкрити, що саме заважає задоволенню цих потреб, тобто інформаційні, адміністративні, кадрові, територіальні, психологічні та міжвідомчі виклики системи соціальних послуг. Саме на основі такого розмежування потреб і викликів у третьому розділі доцільно обґрунтувати програму вдосконалення соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб.

2.3. Проблеми та виклики організації соціальних послуг для ветеранів війни і демобілізованих осіб за результатами емпіричного дослідження

Аналіз проблем та викликів організації соціальних послуг для ветеранів війни і демобілізованих осіб здійснено на основі результатів анкетування 50 респондентів і фокус-групового інтерв'ю з 10 учасниками. Якщо у підрозділі 2.2 основна увага була зосереджена на змісті потреб, то в цьому підрозділі предметом аналізу є чинники, які перешкоджають задоволенню цих потреб. Такий розподіл є методологічно важливим, оскільки наявність потреби у

психологічній підтримці, фізичній реабілітації, соціальному супроводі, юридичній допомозі або інформаційній навігації ще не означає, що ветеран або демобілізована особа може своєчасно й безперешкодно отримати відповідну послугу. У межах дипломної роботи проблеми організації соціальних послуг розглядаються як розрив між формально наявною системою підтримки та фактичним досвідом її використання цільовою групою.

Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», соціальні послуги мають бути спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, їх подолання або мінімізацію негативних наслідків для осіб і сімей [40]. Однак результати емпіричного дослідження показують, що практична реалізація цього підходу у роботі з ветеранами війни та демобілізованими особами ускладнюється низкою інформаційних, адміністративних, кадрових, територіальних, психологічних і міжвідомчих бар'єрів. Ці бар'єри не існують окремо один від одного. Вони взаємно посилюються і можуть призводити до того, що людина, яка має об'єктивну потребу в підтримці, відкладає звернення, звертається лише після загострення ситуації або взагалі залишається поза системою допомоги. Першим і найбільш поширеним викликом за результатами анкетування стала недостатня поінформованість про доступні соціальні послуги, права, пільги, порядок звернення та відповідальні установи. Цю проблему зазначили 37 із 50 респондентів, що становить 74 %. Такий показник узгоджується з результатами підрозділу 2.2, де інформаційна підтримка була визначена як найпоширеніша потреба. Отже, інформаційний дефіцит є не лише окремою проблемою, а й вихідною умовою для виникнення інших труднощів. Якщо ветеран не знає, куди звернутися, які документи підготувати, хто має надати консультацію і які послуги доступні в громаді, то формально гарантована підтримка не перетворюється на фактично отриману допомогу.

Основні бар'єри отримання соціальних послуг за результатами анкетування

Бар'єр або проблема	Кількість респондентів	Частка, %
Недостатня інформація про права, пільги та послуги	37	74
Складність адміністративних процедур	33	66
Відсутність єдиного фахівця або маршруту супроводу	31	62
Слабка координація між установами	29	58
Тривале очікування або черги	24	48
Територіальна віддаленість послуг	22	44
Нестача фахівців, які працюють із ветеранами	21	42
Недовіра до установ або негативний попередній досвід	20	40
Стигма щодо звернення по психологічну допомогу	19	38
Недостатня підтримка сім'ї ветерана	18	36
Складність цифрового доступу до сервісів	15	30

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

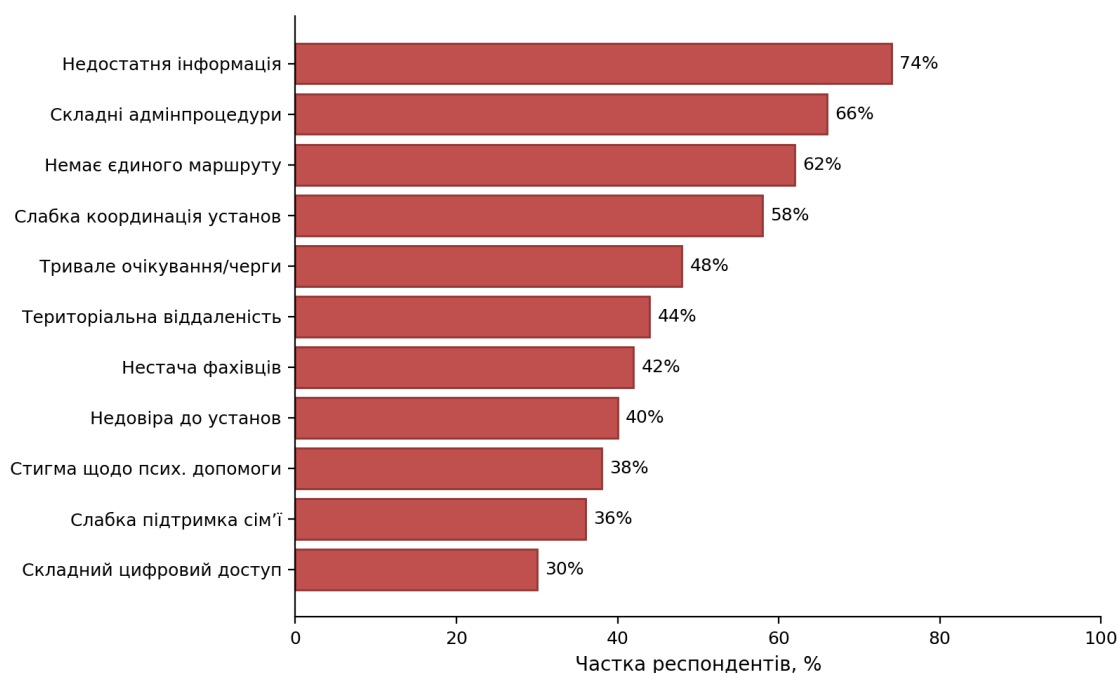


Рис. 2.2. Основні бар'єри отримання соціальних послуг ветеранами війни та демобілізованими особами, %

Наведені результати свідчать, що найчастіше респонденти називали не відсутність самої послуги, а труднощі доступу до неї. Це є принциповим висновком для подальшої розробки програми вдосконалення системи соціальних послуг. Проблема полягає не тільки в кількості послуг, а в тому, наскільки зрозумілою, координованою і наближеною до ветерана є система їх отримання.

У фокус-груповому інтерв'ю учасники неодноразово наголошували, що після повернення до цивільного життя їм доводилося самотійно з'ясовувати порядок дій, звертатися до кількох установ, повторно пояснювати власну ситуацію різним фахівцям і витрачати значний час на пошук інформації. Таким чином, інформаційний бар'єр переходить в адміністративний, а адміністративний у психологічне виснаження.

Другим за поширеністю викликом стала складність адміністративних процедур, яку зазначили 33 респонденти, або 66 %. Цей показник охоплює труднощі, пов'язані з оформленням документів, підтвердженням статусу, поданням заяв, очікуванням відповідей, необхідністю звертатися до різних установ і повторно подавати інформацію. У якісних відповідях учасники фокус-групи описували цю проблему як відчуття «ходіння по колу», коли людина формально має право на допомогу, але фактично витрачає багато часу й сил на доведення власного права на неї. Така ситуація є особливо складною для осіб із пораненнями, психоемоційною напругою, втомою, порушенням сну або обмеженою мобільністю. Зазначена проблема підтверджується також результатами дослідження IREX, Українського ветеранського фонду та Info Sapiens, у якому серед ключових викликів ветеранської реінтеграції вказано потребу в покращенні доступу до основних послуг, прав, інформації та адміністративних процедур [55]. У цьому контексті адміністративна складність є не технічною деталлю, а чинником, який може безпосередньо впливати на фізичне, психічне та соціальне здоров'я ветерана. Чим складніший маршрут звернення, тим вищою є ймовірність, що людина відмовиться від отримання допомоги або звернеться лише тоді, коли проблема стане гострою.

Третім важливим викликом є відсутність єдиного фахівця або зрозумілого маршруту супроводу. Цю проблему зазначили 31 особа, або 62 %. Учасники фокус-групового інтерв'ю пояснювали, що система соціальних, медичних, психологічних, правових і реабілітаційних послуг часто сприймається як фрагментована. Ветеран може отримати окрему консультацію в одному місці, направлення в іншому, інформацію про пільги в третьому, але при цьому не мати

цілісного плану дій. Саме тому наявність відповідального фахівця, який допомагає оцінити потреби, пояснює порядок звернення, координує контакт з установами та відстежує результат, була названа одним із найбільш бажаних елементів підтримки.

Цей висновок узгоджується з логікою Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, де передбачено індивідуальний план, міждисциплінарний підхід і спрямованість послуги на пристосування до зміненого соціального середовища, підтримку соціальної активності та збереження сімейних зв'язків [32]. Проте результати дослідження показують, що на практиці саме індивідуалізація та координація залишаються слабкими місцями. Ветеран потребує не лише переліку послуг, а маршруту, у якому окремі види підтримки пов'язані між собою.

Четвертим викликом є слабка координація між установами, яку назвали 29 респондентів, або 58 %. Йдеться про недостатню взаємодію між органами соціального захисту, центрами надання соціальних послуг, медичними закладами, реабілітаційними службами, психологічними сервісами, службами зайнятості, правовою допомогою, ветеранськими просторами та громадськими організаціями. У фокус-групі учасники зазначали, що в різних установах їм могли надавати різну інформацію, перенаправляти без чіткого пояснення або не мати відомостей про послуги, які надаються іншими суб'єктами. Така фрагментарність знижує довіру до системи та створює додаткове навантаження на людину. Слабка координація є особливо проблемною в контексті цілісного підходу до відновлення здоров'я. Якщо фізична реабілітація не пов'язана із соціальним супроводом, психологічна підтримка не пов'язана з роботою сім'ї, а правова допомога не інтегрована в маршрут отримання соціальних гарантій, то підтримка залишається епізодичною. У такій ситуації ветеран самостійно виконує функцію координатора власного відновлення, що є неефективним і не відповідає принципам доступності та орієнтації на потреби людини.

Окрему групу становлять територіальні виклики. Територіальну віддаленість послуг зазначили 22 респонденти, або 44 %. Особливо актуальною

ця проблема є для мешканців селищ і сіл, які в межах анкетування становили 38 % вибірки. Учасники фокус-групи звертали увагу, що в малих громадах часто бракує психологів, фахівців із соціальної роботи, спеціалізованих реабілітаційних послуг, ветеранських просторів або правових консультацій. Навіть якщо послуга існує в районному чи обласному центрі, фізично дістатися до неї може бути складно через стан здоров'я, транспортні обмеження, вартість поїздки або необхідність кілька разів відвідувати установу.

Цей виклик має не лише організаційний, а й соціально справедливий вимір. Однаковий правовий статус ветерана не гарантує однаковий доступ до послуг у різних громадах. У цьому контексті важливими стають мобільні форми допомоги, дистанційне консультування, виїзні мультидисциплінарні команди, співпраця з первинною медичною ланкою та розвиток локальних механізмів навігації. Без таких рішень територіальна нерівність може посилювати соціальну ізоляцію ветеранів і демобілізованих осіб. Важливим бар'єром є також нестача підготовлених фахівців, яку зазначила 21 особа, або 42 %. Респонденти звертали увагу не лише на кількісний дефіцит соціальних працівників, психологів або фахівців із супроводу, а й на потребу в спеціальній підготовці до роботи з ветеранським досвідом. Учасники фокус-групового інтерв'ю наголошували, що фахівець має розуміти специфіку повернення з військової служби, не зводити проблеми ветерана до формального набору документів, не використовувати стигматизуючу мову і не створювати ситуацій повторного емоційного напруження. Отже, кадровий виклик стосується не лише наявності персоналу, а й якості професійної взаємодії.

Стигма щодо звернення по психологічну допомогу була названа 19 респондентами, або 38 %. Цей показник не є найвищим серед усіх бар'єрів, однак його значення не можна недооцінювати. Частина респондентів може не визнавати психологічну потребу прямо, але описувати її через втому, дратівливість, труднощі сну, небажання спілкуватися, напруження у сім'ї або відчуття нерозуміння. За результатами фокус-групи, звернення до психолога для частини ветеранів може асоціюватися з визнанням слабкості, побоюванням

осуду або недовірою до конфіденційності. Саме тому психологічна допомога має бути інтегрована в ширший формат психосоціальної підтримки, де перший контакт може відбуватися через соціального працівника, фахівця із супроводу або ветеранську спільноту.

Таблиця 2.16

Середня оцінка значущості основних викликів організації соціальних послуг

Виклик	Середній бал за шкалою від 1 до 5	Рівень значущості
Недостатня інформація про послуги та права	4,4	Дуже високий
Відсутність єдиного маршруту супроводу	4,3	Дуже високий
Складність адміністративних процедур	4,2	Високий
Слабка координація між установами	4,1	Високий
Нестача підготовлених фахівців	3,9	Високий
Територіальна віддаленість послуг	3,8	Високий
Недовіра до установ	3,7	Високий
Стигма щодо психологічної допомоги	3,6	Високий
Недостатня підтримка сім'ї ветерана	3,5	Високий
Цифрові труднощі доступу	3,2	Середній

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Середні оцінки значущості викликів підтверджують, що найбільш критичними є проблеми навігації, маршрутизації та адміністративної складності. Це означає, що подальша програма вдосконалення соціальних послуг має бути спрямована не тільки на розширення переліку допомоги, а й на зміну способу її організації. Особливе значення мають зрозумілий маршрут ветерана, один відповідальний фахівець, міжвідомча координація, локальна доступність і системне інформування. Без цих елементів навіть наявні послуги залишаються малоефективними. Якісний аналіз фокус-групового інтерв'ю дозволив згрупувати виклики у кілька смислових блоків. Перший блок стосується навігаційної невизначеності, коли учасники не розуміють послідовності дій після демобілізації або повернення до цивільного життя. Другий блок охоплює адміністративне виснаження, пов'язане з документами, чергами, повторними зверненнями та очікуванням відповідей. Третій блок відображає фрагментарність послуг, коли різні установи працюють окремо і не формують спільного плану підтримки. Четвертий блок стосується психологічної безпеки

контакту, зокрема довіри, конфіденційності й відсутності стигми. П'ятий блок пов'язаний із територіальною нерівністю, яка особливо помітна в малих громадах.

Таблиця 2.17

Якісне узагальнення викликів за результатами фокус-групового інтерв'ю

Смисловий блок	Зміст проблеми	Практичний прояв
Навігаційна невизначеність	Відсутність зрозумілого маршруту отримання допомоги	Ветеран не знає, з якої установи починати звернення
Адміністративне виснаження	Надмірна складність процедур і повторне подання інформації	Людина витрачає багато часу на документи й очікування
Фрагментарність послуг	Недостатня взаємодія між соціальними, медичними, правовими та реабілітаційними службами	Респондент отримує окремі консультації без єдиного плану
Недовіра до системи	Побоювання формального ставлення, розголошення інформації або байдужості	Ветеран відкладає звернення або звертається лише у кризі
Територіальна нерівність	Обмежений доступ до фахівців і спеціалізованих послуг у малих громадах	Потрібно їхати до іншого населеного пункту або чекати виїзної допомоги
Стигма психологічної допомоги	Побоювання осуду або сприйняття звернення як слабкості	Людина не формулює психологічний запит прямо
Недостатня сімейна підтримка	Родина не завжди має знання й ресурси для підтримки ветерана	Посилюються конфлікти, емоційне виснаження і непорозуміння
Труднощі професійної адаптації	Складність повернення до роботи або перекваліфікації	Ветеран не бачить зрозумілої професійної траєкторії

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Окремої уваги потребує проблема довіри до установ і фахівців. Її зазначили 20 респондентів, або 40 %. За результатами фокус-групи, довіра формується не лише через професійну компетентність фахівця, а й через стиль комунікації, повагу до досвіду ветерана, конфіденційність, зрозумілість пояснень і відсутність формального ставлення. Якщо перший контакт із системою є негативним, це може вплинути на подальшу готовність людини звертатися по допомогу. Тому якість первинної взаємодії має розглядатися як важливий організаційний показник соціальних послуг.

Недостатня підтримка сім'ї ветерана була названа 18 респондентами, або 36 %, як окремий бар'єр. Однак з урахуванням результатів підрозділу 2.2, де 76 % респондентів прямо або частково підтвердили потребу сім'ї у додатковій підтримці, можна зробити висновок, що сімейний вимір часто недооцінюється в організації соціальних послуг. Родина є найближчим середовищем відновлення, але вона сама може перебувати у стані емоційного виснаження, невизначеності або комунікативної напруги. Якщо соціальні послуги орієнтовані лише на ветерана як індивідуального отримувача допомоги, вони можуть не враховувати важливий ресурс і водночас вразливість сімейної системи.

Виклики професійної адаптації також мають системний характер. Хоча вони частково стосуються ринку праці, у межах соціальних послуг вони проявляються через потребу в консультуванні, оцінці можливостей, перенаправленні до служби зайнятості, підтримці перекваліфікації, адаптації робочого місця і роботі з роботодавцями. Український ветеранський фонд у дослідженні щодо працевлаштування ветеранів і ветеранок звертає увагу на виклики, потреби та перешкоди, з якими ветерани стикаються під час пошуку роботи й адаптації у цивільному середовищі [2]. Для нашого дослідження це означає, що професійна реінтеграція має бути пов'язана із соціальним супроводом, а не розглядатися як окрема сфера, відокремлена від здоров'я та соціальної адаптації. Порівняння кількісних і якісних результатів дозволяє встановити, що основною проблемою є не окремий дефіцит певної послуги, а недостатня системність підтримки. Респонденти потребують інформації, психологічної допомоги, реабілітації, юридичного консультування, сімейної підтримки та працевлаштування, але ці напрями мають бути пов'язані між собою. Якщо кожна послуга надається окремо, без спільної оцінки потреб, індивідуального плану, супроводу і моніторингу результатів, система не забезпечує цілісного відновлення. Саме тому результати 2.3 створюють підставу для третього розділу, у якому має бути запропонована програма вдосконалення соціальних послуг.

**Зв'язок виявлених викликів із напрямками їх подолання у програмі
вдосконалення соціальних послуг**

Виявлений виклик	Його наслідок для ветерана або демобілізованої особи	Напрямок подолання у програмі
Недостатня поінформованість	Несвоєчасне звернення або невикористання доступних послуг	Єдина інформаційна карта послуг і консультаційна навігація
Складність процедур	Виснаження, відмова від звернення, затримка допомоги	Спрощення маршруту звернення і супровід під час оформлення документів
Відсутність єдиного фахівця	Самостійне проходження складної системи установ	Запровадження індивідуального соціального супроводу
Слабка координація	Розрізнені послуги без спільного результату	Міжвідомчий протокол взаємодії в громаді
Територіальна віддаленість	Нерівний доступ до спеціалізованої допомоги	Мобільні консультації, онлайн-підтримка і виїзні команди
Нестача підготовлених фахівців	Формальне або нечутливе ставлення до ветерана	Навчання фахівців травмоінформованій і ветерансько-чутливій взаємодії
Стигма психологічної допомоги	Відкладання звернення, прихована потреба у підтримці	Психоедукація, конфіденційний перший контакт і групи підтримки
Недостатня підтримка сім'ї	Посилення родинної напруги і зниження ресурсу відновлення	Сімейне консультування та психоедукація членів сім'ї
Труднощі працевлаштування	Економічна нестабільність і зниження соціальної активності	Професійна навігація, перенавчання і взаємодія з роботодавцями

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що організаційні виклики соціальних послуг для ветеранів війни та демобілізованих осіб мають багаторівневий характер. На індивідуальному рівні вони проявляються як розгубленість, недовіра, емоційне виснаження, стигма або труднощі самостійного звернення. На інституційному рівні вони проявляються як складність процедур, слабка координація, нестача фахівців і відсутність єдиного маршруту супроводу. На територіальному рівні вони проявляються як нерівність доступу до допомоги у різних громадах. На сімейному рівні вони виявляються у недостатній підтримці родини, яка сама потребує консультацій і психоедукації. Отже, програма вдосконалення соціальних послуг має бути побудована як

відповідь не на одну окрему проблему, а на сукупність взаємопов'язаних викликів.

Таблиця 2.19

Узагальнення проблем організації соціальних послуг для ветеранів війни та демобілізованих осіб

Група проблем	Ключові прояви	Частка респондентів, які підтвердили проблему, %	Пріоритетність для подальшого вирішення
Інформаційні проблеми	Нестача інформації про права, пільги, послуги та порядок звернення	74	Дуже висока
Адміністративні проблеми	Складність процедур, документи, черги, повторні звернення	66	Дуже висока
Навігаційні проблеми	Відсутність єдиного маршруту і відповідального фахівця	62	Дуже висока
Міжвідомчі проблеми	Слабка взаємодія соціальних, медичних, правових і реабілітаційних служб	58	Висока
Територіальні проблеми	Віддаленість послуг і нерівний доступ у громадах	44	Висока
Кадрові проблеми	Нестача підготовлених фахівців і спеціальних компетентностей	42	Висока
Психологічні бар'єри	Недовіра, стигма, побоювання формального ставлення	38–40	Висока
Сімейні проблеми	Недостатнє залучення родини до процесу підтримки	36	Середня, але стратегічно важлива

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Проведений аналіз проблем та викликів організації соціальних послуг показав, що головною перешкодою для ветеранів війни і демобілізованих осіб є не лише нестача окремих видів допомоги, а недостатня системність їх надання. Результати анкетування 50 респондентів засвідчили, що найбільш поширеними бар'єрами є нестача інформації про права і послуги, складність адміністративних процедур, відсутність єдиного маршруту супроводу, слабка координація між установами, територіальна віддаленість, нестача підготовлених фахівців і недовіра до системи. Фокус-групове інтерв'ю з 10 учасниками дало змогу пояснити ці показники через реальний досвід повернення до цивільного життя.

Учасники описували систему підтримки як фрагментовану, недостатньо зрозумілу і таку, що часто перекладає на ветерана відповідальність за самостійне проходження складного маршруту між різними установами. Особливо значущим є те, що інформаційний бар'єр був підтверджений 74 % респондентів, а відсутність єдиного супроводу 62 %. Це означає, що подальше вдосконалення соціальних послуг має бути спрямоване не лише на збільшення кількості консультацій або заходів, а на створення цілісного механізму підтримки.

Висновки до розділу 2

У другому розділі проведено емпіричне дослідження потреб ветеранів війни та демобілізованих осіб у соціальних послугах для відновлення здоров'я. Дослідження ґрунтувалося на змішаній методиці, що поєднала анкетування 50 респондентів і фокус-групове інтерв'ю з 10 учасниками. Такий підхід дав змогу не лише кількісно визначити основні потреби, а й пояснити їхній зміст через реальний досвід повернення до цивільного життя. За результатами анкетування встановлено, що найбільш актуальними для респондентів є інформаційна підтримка щодо прав, пільг і доступних послуг, психологічна допомога, фізична реабілітація, соціальний супровід, юридична допомога, підтримка у працевлаштуванні та допомога сім'ї ветерана. Найвищий показник отримала потреба в інформаційній підтримці, яку зазначили 78 % респондентів, а супровід фахівця як найбільш зручний формат допомоги обрали 62 % опитаних. Це свідчить, що ветерани потребують не лише окремих послуг, а зрозумілого маршруту підтримки та відповідального фахівця, який допомагає орієнтуватися в системі допомоги.

Матеріали фокус-групового інтерв'ю підтвердили, що потреби ветеранів мають комплексний характер. За кількісними показниками стоять конкретні життєві труднощі: невизначеність порядку звернення, складність оформлення документів, психологічна напруга, недовіра до формальних процедур, труднощі родинної комунікації, потреба у професійній адаптації та нерівність доступу до послуг у різних громадах. Отже, соціальні послуги мають бути організовані не

як розрізнені консультації, а як координована система підтримки, що поєднує фізичне, психічне, соціальне, правове, сімейне і професійне відновлення.

У розділі також виявлено основні бар'єри отримання соціальних послуг. Найчастіше респонденти зазначали недостатню інформацію про права, пільги та послуги – 74 %, складність адміністративних процедур – 66 %, відсутність єдиного маршруту супроводу — 62 %, слабку координацію між установами – 58 %, територіальну віддаленість послуг – 44 %, нестачу підготовлених фахівців – 42 %, недовіру до установ або негативний попередній досвід – 40 %.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ОСІБ

3.1. Концептуальні засади програми комплексної підтримки ветеранів війни та демобілізованих осіб з урахуванням результатів дослідження

Розроблення програми вдосконалення системи соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб безпосередньо впливає з результатів емпіричного дослідження, проведеного у другому розділі дипломної роботи. Анкетування 50 респондентів і фокус-групове інтерв'ю з 10 учасниками показали, що основними потребами цільової групи є інформаційна підтримка, психологічна допомога, фізична реабілітація, соціальний супровід, юридична допомога, професійна адаптація та підтримка сім'ї. Водночас у підрозділі 2.3 було встановлено, що задоволенню цих потреб перешкоджають нестача інформації, складність адміністративних процедур, відсутність єдиного маршруту супроводу, слабка координація між установами, територіальна віддаленість послуг, нестача підготовлених фахівців, недовіра до установ і стигматизація психологічної допомоги. Отже, програма має бути спрямована не лише на розширення переліку послуг, а передусім на зміну способу їх організації. Нормативною основою запропонованої програми є Закон України «Про соціальні послуги», який визначає соціальні послуги як систему дій, спрямованих на профілактику складних життєвих обставин, їх подолання або мінімізацію негативних наслідків для особи чи сім'ї [40]. Саме ця норма дає підстави розглядати соціальні послуги для ветеранів не як разову допомогу, а як тривалий процес супроводу людини в період переходу від військової служби до цивільного життя. Закон є чинним у редакції від 07.02.2026, що підтверджує актуальність його використання як правової основи для побудови програми соціальної підтримки.

Програма також спирається на Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей, затверджений наказом

Міністерства соціальної політики України від 11.04.2024 № 175-Н. Зміст цього стандарту є особливо важливим, оскільки він прямо пов'язує соціальну адаптацію ветеранів із аналізом життєвої ситуації, перенаправленням до відповідних фахівців, психологічною допомогою, підтримкою соціальної активності, сімейних зв'язків і професійного розвитку [32]. Офіційний текст стандарту також передбачає, що соціальна адаптація ветеранів війни та членів їхніх сімей спрямована на підтримку соціальної незалежності й активності, а також на подальше планування особистого життя та професійного розвитку.

Концептуальна ідея програми полягає у створенні цілісного маршруту соціальної підтримки ветерана або демобілізованої особи в громаді. Такий маршрут має починатися з первинного інформування та оцінки потреб, продовжуватися індивідуальним плануванням допомоги, соціальним супроводом, залученням психологічних, правових, реабілітаційних, освітніх і трудових сервісів, а завершуватися моніторингом змін у стані людини та її соціальному функціонуванні. У цьому сенсі програма не дублює медичну реабілітацію або психологічну допомогу, а забезпечує зв'язок між різними видами підтримки. Метою програми є підвищення доступності, узгодженості та результативності соціальних послуг для ветеранів війни і демобілізованих осіб шляхом запровадження індивідуального супроводу, зрозумілої навігації, міжвідомчої координації, сімейної підтримки та моніторингу результатів відновлення здоров'я. Зазначена мета відповідає виявленим у другому розділі проблемам, оскільки 74 % респондентів зазначили нестачу інформації, 66 % складність адміністративних процедур, 62 % відсутність єдиного маршруту супроводу, а 58 % слабку координацію між установами. Тому програма має бути зорієнтована на подолання саме цих системних розривів.

Цільовою групою програми є ветерани війни, демобілізовані особи, члени їхніх сімей, а також особи, які перебувають у процесі лікування, реабілітації або переходу від військової служби до цивільного життя. Такий підхід узгоджується з постановою Кабінету Міністрів України від 02.08.2024 № 881, яка визначає

механізм забезпечення діяльності фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб [4]. У цьому порядку зазначено, що діяльність фахівців із супроводу спрямована на підтримку ветеранів війни та інших осіб, які проходять лікування і реабілітацію після участі в бойових діях.

Принципами програми є доступність, індивідуалізація, безперервність, міждисциплінарність, конфіденційність, безбар'єрність, травмоінформованість, орієнтація на громаду, участь сім'ї та доказовість управлінських рішень. Доступність означає, що послуга має бути не лише формально передбачена, а реально досяжна для людини за місцем проживання або через дистанційні й мобільні формати. Індивідуалізація передбачає, що кожен ветеран має власний профіль потреб, тому підтримка не може обмежуватися стандартним переліком консультацій. Безперервність означає, що допомога має охоплювати не один епізод звернення, а весь період адаптації до цивільного життя. Міждисциплінарність забезпечує зв'язок соціальної роботи, медицини, реабілітації, психології, права, зайнятості й освіти.

Особливе значення має принцип травмоінформованості. Він передбачає, що організація соціальних послуг має враховувати можливі наслідки бойового досвіду, поранень, втрат, тривалого стресу, недовіри до інституцій і небажання повторно відтворювати травматичні події. Практично це означає коректну комунікацію, добровільність участі, зрозумілі процедури, конфіденційність, повагу до гідності людини, недопущення тиску і право ветерана поступово включатися в систему допомоги. Такий підхід є важливим і для розвитку психічного здоров'я, оскільки план заходів на 2024–2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні передбачає посилення міжсекторальної взаємодії та залучення соціальної сфери до надання психологічної і психосоціальної допомоги [33]. Офіційний документ затверджує план заходів на 2024–2026 роки та містить міжвідомчу логіку реалізації політики психічного здоров'я.

Таблиця 3.1

Концептуальна відповідність програми результатам емпіричного дослідження

Проблема, виявлена у другому розділі	Частка респондентів, %	Концептуальне рішення у програмі	Очікувана зміна
Недостатня інформація про права, пільги та послуги	74	Єдина інформаційна навігація та первинна консультація	Зростання поінформованості та своєчасності звернення
Складність адміністративних процедур	66	Супровід під час оформлення документів	Зменшення адміністративного навантаження на ветерана
Відсутність єдиного маршруту підтримки	62	Індивідуальний план соціального супроводу	Узгодження медичних, соціальних, правових і психологічних дій
Слабка координація між установами	58	Міжвідомчий протокол взаємодії в громаді	Зменшення дублювання звернень і втрати часу
Територіальна віддаленість послуг	44	Мобільні консультації та онлайн-підтримка	Наближення послуг до мешканців малих громад
Нестача підготовлених фахівців	42	Навчання фахівців ветерансько-чутливій взаємодії	Підвищення якості першого контакту
Недовіра та стигма	38–40	Конфіденційний перший контакт і психоедукація	Зростання готовності звертатися по допомогу
Недостатня підтримка сім'ї	36	Сімейне консультування та робота з родиною	Зміцнення найближчого середовища відновлення

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Отже, концептуально запропонована програма є відповіддю на головний висновок другого розділу: потреби ветеранів війни та демобілізованих осіб мають комплексний характер, а наявна система підтримки часто сприймається як фрагментована. Тому ключовим завданням є не механічне збільшення кількості послуг, а створення інтегрованої моделі, у якій ветеран отримує зрозумілу навігацію, індивідуальний супровід, доступ до різних фахівців і підтримку сім'ї в межах єдиного маршруту.

3.2. Структура, зміст і механізм реалізації програми соціальних послуг для подолання виявлених викликів

Структура програми вдосконалення системи соціальних послуг має відповідати логіці життєвого маршруту ветерана після повернення до цивільного життя. Такий маршрут починається з першого контакту із системою підтримки,

продовжується оцінкою потреб, формуванням індивідуального плану, отриманням конкретних послуг, координацією між установами та завершується моніторингом результатів. У межах програми доцільно виокремити 7 функціональних модулів: інформаційно-навігаційний, діагностико-оціночний, супровідний, психосоціальний, сімейний, професійно-правовий і моніторинговий. Усі вони мають працювати не ізольовано, а як взаємопов'язана система.

Інформаційно-навігаційний модуль є першою ланкою програми. Його призначення полягає в тому, щоб ветеран або демобілізована особа отримала просту, зрозумілу і персоналізовану інформацію про доступні соціальні, медичні, психологічні, правові, реабілітаційні та трудові послуги. Зміст цього модуля включає створення карти послуг у громаді, підготовку короткого маршруту першого звернення, консультації щодо прав і пільг, роз'яснення порядку отримання соціальних послуг і визначення відповідального фахівця. Саме цей модуль прямо відповідає на проблему недостатньої поінформованості, яку в анкетуванні підтвердили 74 % респондентів.

Діагностико-оціночний модуль передбачає первинну оцінку життєвої ситуації ветерана. Вона має охоплювати фізичний стан, потребу в реабілітації, психоемоційний стан, сімейну ситуацію, житлові умови, правові питання, зайнятість, рівень соціальної підтримки, доступність транспорту й цифрових сервісів. Метою оцінки є не формальне заповнення документа, а визначення реальних пріоритетів допомоги. Наприклад, якщо людина одночасно має потребу в реабілітації, оформленні документів і психологічній підтримці, фахівець має допомогти встановити послідовність дій, а не перенаправляти її до кількох установ без узгодженого плану.

Супровідний модуль є центральним елементом програми. Він передбачає закріплення за ветераном фахівця, який допомагає пройти маршрут отримання послуг, координує взаємодію з іншими установами, пояснює порядок дій, підтримує зв'язок із сім'єю за згодою ветерана та відстежує результат. Такий модуль відповідає постанові Кабінету Міністрів України № 881, якою визначено

механізм забезпечення діяльності фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб [4]. Офіційний порядок підтверджує, що фахівець із супроводу є важливим інституційним елементом підтримки ветеранів у період переходу до цивільного життя.

Психосоціальний модуль спрямований на підтримку психічного здоров'я, емоційної стабілізації, соціальної довіри й готовності звертатися по допомогу. Його зміст охоплює психоедукацію, індивідуальні консультації, групи підтримки, кризове консультування, перенаправлення до психолога або психотерапевта, а також створення безпечного першого контакту. Цей модуль має бути організований так, щоб не посилювати стигму. Тому доцільно використовувати не лише формулювання «психологічна допомога», а й ширше поняття психосоціальної підтримки, яке є менш стигматизуючим і краще сприймається частиною ветеранів.

Сімейний модуль передбачає роботу з родиною ветерана. Його доцільність підтверджена результатами анкетування, де 76 % респондентів прямо або частково визнали потребу сім'ї у додатковій підтримці. Зміст модуля включає сімейне консультування, психоедукацію для членів сім'ї, допомогу у відновленні комунікації, інформування про можливі адаптаційні труднощі, підтримку партнерів, дітей і батьків ветерана. Цей модуль важливий тому, що сім'я є найближчим середовищем відновлення, але без належної підтримки вона може стати простором напруги, нерозуміння і виснаження.

Професійно-правовий модуль поєднує юридичну допомогу, консультування щодо статусу, пільг, виплат, документів, пенсійного забезпечення, соціальних гарантій, а також підтримку працевлаштування, перекваліфікації та професійного планування. У межах програми ці напрями доцільно поєднати, оскільки правова визначеність і економічна стабільність безпосередньо впливають на соціальне здоров'я ветерана. Якщо людина не має оформлених документів, не розуміє власних прав або не бачить професійної перспективи, її адаптація до цивільного життя ускладнюється.

Моніторинговий модуль забезпечує оцінку результатів програми. Він передбачає періодичне відстеження змін у доступності послуг, задоволеності ветерана, стані соціального функціонування, рівні поінформованості, якості

міжвідомчої взаємодії, залученні сім'ї та професійній активності. Моніторинг має бути не каральним або формальним, а корекційним. Його завдання полягає в тому, щоб вчасно побачити, яка частина маршруту не працює, і змінити план підтримки.

Таблиця 3.2

**Структура програми соціальних послуг для відновлення здоров'я
ветеранів війни та демобілізованих осіб**

Модуль програми	Зміст модуля	Основні виконавці	Очікуваний результат
інформаційно-навігаційний	Карта послуг, первинна консультація, пояснення прав, пільг і маршруту звернення	Фахівець із супроводу, центр надання соціальних послуг, ЦНАП, ветеранський простір	Зменшення інформаційної невизначеності
діагностико-оціночний	Первинна оцінка фізичних, психологічних, соціальних, правових і сімейних потреб	Соціальний працівник, фахівець із супроводу, психолог, сімейний лікар	Формування індивідуального профілю потреб
Супровідний	Індивідуальний план підтримки, координація звернень, зв'язок з установами	Фахівець із супроводу, соціальний працівник	Узгоджений маршрут отримання допомоги
Психосоціальний	Психоедукація, консультування, групи підтримки, кризова допомога	Психолог, соціальний працівник, мобільна команда	Емоційна стабілізація і готовність звертатися по допомогу
Сімейний	Консультування родини, підтримка комунікації, робота з партнерами, дітьми і батьками	Психолог, соціальний працівник, фахівець із сімейної підтримки	Зміцнення родинного середовища відновлення
професійно-правовий	Юридична допомога, оформлення документів, працевлаштування, перекваліфікація	Юрист, служба зайнятості, соціальний працівник, роботодавці	Правова визначеність і професійна реінтеграція
Моніторинговий	Оцінка результатів, повторна оцінка потреб, корекція індивідуального плану	Координатор програми, фахівець із супроводу, громада	Підвищення результативності підтримки

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Механізм реалізації програми доцільно будувати на рівні територіальної громади, оскільки саме громада є простором повсякденного життя ветерана, його сім'ї, праці, соціальних контактів і доступу до послуг. Координаційним центром

може виступати центр надання соціальних послуг або структурний підрозділ органу місцевого самоврядування, відповідальний за соціальний захист, у взаємодії з фахівцями із супроводу ветеранів, медичними закладами, психологічними сервісами, службою зайнятості, правовою допомогою, ветеранськими просторами та громадськими організаціями. Така побудова не потребує створення повністю нової системи, а передбачає узгодження вже наявних ресурсів навколо конкретного маршруту ветерана.

Перший етап реалізації програми передбачає підготовку громади. На цьому етапі необхідно визначити відповідальних осіб, сформувати перелік наявних послуг, створити карту ресурсів, узгодити контакти між установами, підготувати інформаційні матеріали та провести навчання фахівців. Особливу увагу слід приділити навчанню першого контакту, оскільки саме перша взаємодія ветерана з системою підтримки може визначити його подальшу готовність користуватися послугами. Другий етап передбачає запуск первинної навігації. Ветеран або член його сім'ї має отримати зрозумілу відповідь на питання, куди звернутися, які послуги доступні, які документи потрібні, хто відповідальний за супровід і якою є послідовність дій. Цей етап має бути максимально простим. Практично він може реалізовуватися через особисту консультацію, телефонну лінію, онлайн-форму, звернення у ЦНАП, ветеранський простір або центр соціальних послуг. Третій етап включає оцінку потреб і формування індивідуального плану підтримки. План має містити пріоритетні потреби, відповідальних виконавців, строки виконання, необхідні направлення, очікуваний результат і порядок повторного контакту. У цьому документі важливо уникати надмірної бюрократизації. Його зміст має бути зрозумілим ветерану і практично корисним для фахівців.

Четвертий етап полягає в реалізації індивідуального плану. На цьому етапі здійснюється соціальний супровід, перенаправлення до психологічної допомоги, організація юридичної консультації, підтримка у зверненні до медичних або реабілітаційних закладів, взаємодія зі службою зайнятості, допомога родині та включення ветерана до громадських або ветеранських ініціатив. Важливо, щоб

фахівець із супроводу не замінював усіх інших спеціалістів, а координував доступ до них. П'ятий етап передбачає моніторинг і корекцію плану. Оцінювання має здійснюватися через 1, 3 і 6 місяців після початку супроводу. Така періодичність дозволяє побачити, чи вдалося людині отримати необхідні послуги, чи зменшилися бар'єри, чи змінився рівень задоволеності, чи потрібна додаткова підтримка. Якщо ситуація змінюється, індивідуальний план має коригуватися.

Таблиця 3.3

Механізм реалізації програми у територіальній громаді

Етап реалізації	Зміст дій	Відповідальні суб'єкти	Очікуваний продукт
Підготовчий етап	Картування послуг, визначення відповідальних осіб, навчання фахівців	Орган місцевого самоврядування, центр соціальних послуг, ветеранський простір	Карта ресурсів і міжвідомчі контакти
Первинна навігація	Надання інформації про права, послуги, документи і порядок звернення	Фахівець із супроводу, ЦНАП, соціальний працівник	Первинна консультація і реєстрація звернення
Оцінка потреб	Аналіз фізичних, психологічних, соціальних, правових, сімейних і трудових потреб	Соціальний працівник, психолог, фахівець із супроводу	Індивідуальний профіль потреб
Індивідуальне планування	Визначення цілей, послуг, строків, виконавців і порядку повторного контакту	Фахівець із супроводу, ветеран, за згодою сім'я	Індивідуальний план підтримки
Реалізація плану	Консультавання, перенаправлення, супровід, сімейна підтримка, працевлаштування	Соціальні, медичні, правові, психологічні, трудові служби	Отримання необхідних послуг
Моніторинг	Оцінка змін через 1, 3 і 6 місяців, корекція плану	Координатор програми, фахівець із супроводу	Оновлений план і висновок про результат

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Важливою умовою реалізації програми є міжвідомча взаємодія. Для цього доцільно запровадити локальний протокол співпраці між центром соціальних послуг, медичними закладами, службою зайнятості, центрами безоплатної правничої допомоги, ветеранськими просторами, громадськими організаціями та

органами місцевого самоврядування. Протокол має визначати, хто приймає первинне звернення, хто проводить оцінку потреб, хто відповідає за супровід, як здійснюється перенаправлення, як передається інформація з дотриманням конфіденційності та як оцінюється результат.

Фінансування програми може здійснюватися за рахунок коштів місцевого бюджету, державних програм підтримки ветеранів, грантів міжнародних організацій, партнерських проєктів із громадськими організаціями та ресурсів надавачів соціальних послуг. Водночас фінансування має бути пов'язане не лише з проведенням заходів, а й з досягненням результатів. Наприклад, показниками можуть бути не лише кількість консультацій, а й частка ветеранів, які отримали індивідуальний план, частка завершених перенаправлень, рівень задоволеності послугами та зменшення часу очікування першої допомоги.

Таким чином, запропонована структура програми дозволяє перейти від фрагментарної моделі підтримки до моделі координованого супроводу. Її практичне значення полягає в тому, що вона не створює паралельну систему, а поєднує наявні ресурси громади в один зрозумілий маршрут для ветерана, демобілізованої особи та членів їхніх сімей.

3.3. Очікувані результати, індикатори ефективності та ризики впровадження програми

Оцінювання ефективності програми вдосконалення системи соціальних послуг має ґрунтуватися на тому, чи зменшує вона розрив між потребами ветеранів і фактичною доступністю допомоги. Тому очікувані результати необхідно формулювати не лише через кількість проведених консультацій, зустрічей або інформаційних заходів, а через зміни у функціонуванні системи та житті отримувачів послуг. До таких результатів належать підвищення поінформованості ветеранів, спрощення маршруту звернення, збільшення частки осіб з індивідуальним планом підтримки, скорочення часу від першого звернення до отримання допомоги, покращення координації між установами, зростання довіри до фахівців, підвищення доступності психологічної, правової,

соціальної та професійної підтримки. Першим очікуваним результатом є зменшення інформаційної невизначеності. У другому розділі було встановлено, що 74 % респондентів вважають нестачу інформації одним із головних бар'єрів. Тому після впровадження програми має зрости частка ветеранів, які знають, куди звертатися по соціальну, психологічну, правову, реабілітаційну або трудову допомогу. Практично це може вимірюватися через повторне опитування отримувачів послуг, аналіз звернень до інформаційної навігації та оцінку зрозумілості маршруту.

Другим очікуваним результатом є підвищення індивідуалізації підтримки. Якщо до впровадження програми респонденти відзначали відсутність єдиного маршруту, то після її реалізації кожен ветеран, який потребує комплексної допомоги, має отримати індивідуальний план підтримки. Важливо, щоб цей план не був формальним документом, а реально використовувався для координації дій між фахівцями. Показником ефективності може бути частка ветеранів, для яких проведено оцінку потреб і визначено відповідального фахівця. Третім результатом є покращення міжвідомчої координації. У підрозділі 2.3 слабку координацію між установами зазначили 58 % респондентів. Отже, програма має забезпечити функціонування локального протоколу взаємодії. Його ефективність можна оцінювати через кількість завершених перенаправлень, частку випадків, у яких ветеран отримав послугу після направлення, середній час між направленням і фактичним отриманням допомоги, а також оцінку якості співпраці між установами.

Четвертим результатом є підвищення доступності психосоціальної підтримки. Це особливо важливо з огляду на те, що 72 % респондентів у підрозділі 2.2 зазначили потребу в психологічній підтримці, а 38 % у підрозділі 2.3 вказали на стигму щодо звернення по психологічну допомогу. Програма має забезпечити більш м'який і прийнятний перший контакт, психоедукацію, групи підтримки та можливість конфіденційного звернення. Результативність цього напряму можна оцінювати через кількість осіб, які отримали первинну психосоціальну консультацію, частку перенаправлень до психолога та рівень

задоволеності форматом підтримки. П'ятим результатом є зміцнення сімейного середовища ветерана. У другому розділі було показано, що 76 % респондентів прямо або частково підтвердили потребу сім'ї у додатковій підтримці. Тому ефективна програма має включати сімейне консультування, психоедукацію та підтримку комунікації. Показниками можуть бути кількість сімей, які отримали консультації, рівень задоволеності сімейною підтримкою, зменшення кількості звернень щодо конфліктів або кризових ситуацій, а також оцінка ветераном підтримки з боку родини. Шостим результатом є підтримка професійної та соціальної реінтеграції. Оскільки 54 % респондентів зазначили потребу у працевлаштуванні або професійній адаптації, програма має передбачати взаємодію зі службою зайнятості, роботодавцями, освітніми установами й програмами перекваліфікації. Ефективність може вимірюватися кількістю ветеранів, які отримали професійну консультацію, пройшли навчання, були скеровані до роботодавця або розпочали працевлаштування.

Таблиця 3.4

Очікувані результати та індикатори ефективності програми

Напрямок оцінювання	Очікуваний результат	Індикатор ефективності	Орієнтовне цільове значення протягом 12 місяців
Інформаційна підтримка	Зростання поінформованості про права, пільги та послуги	Частка отримувачів, які знають маршрут звернення	Не менше 80 %
Первинний доступ	Скорочення часу від звернення до першої консультації	Середній час очікування першого контакту	До 5 робочих днів
Індивідуальний супровід	Запровадження персоналізованого маршруту підтримки	Частка осіб з індивідуальним планом	Не менше 70 % осіб із комплексними потребами
Міжвідомча координація	Узгодження дій соціальних, медичних, правових і трудових служб	Частка завершених перенаправлень	Не менше 75 %
Психосоціальна підтримка	Зростання доступності безпечного першого контакту	Частка осіб, які отримали первинну психосоціальну консультацію	Не менше 60 % осіб із відповідною потребою
Сімейна підтримка	Залучення родини до процесу відновлення	Кількість сімей, які отримали консультації	Не менше 50 % сімей із виявленою потребою

Продовження таблиці 3.4

Професійна адаптація	Підтримка зайнятості або перекваліфікації	Частка осіб, скерованих до служби зайнятості або навчання	Не менше 50 % осіб із відповідним запитом
Задоволеність послугами	Підвищення довіри до системи підтримки	Середня оцінка задоволеності за шкалою від 1 до 5	Не нижче 4,0 бала
Територіальна доступність	Наближення допомоги до малих громад	Кількість виїзних або онлайн-консультацій	Щомісячне надання таких послуг
Моніторинг результатів	Своєчасна корекція індивідуальних планів	Частка повторних оцінок через 3 і 6 місяців	Не менше 70 %

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Разом з очікуваними результатами необхідно враховувати ризики впровадження програми. Першим ризиком є кадровий дефіцит. Якщо у громаді бракує підготовлених соціальних працівників, психологів, фахівців із супроводу або юристів, програма може залишитися формальною. Подолання цього ризику можливе через навчання наявних фахівців, залучення громадських організацій, дистанційні консультації та міжмуніципальну співпрацю. Другим ризиком є недостатнє фінансування. Програма потребує ресурсів для оплати праці фахівців, навчання, інформаційних матеріалів, мобільних консультацій, моніторингу та координації. Якщо фінансування буде нестабільним, підтримка може перетворитися на короткостроковий проєкт без тривалого ефекту. Зменшити цей ризик можна через поєднання місцевого бюджету, державних програм, партнерства з міжнародними організаціями та громадським сектором. Третім ризиком є міжвідомча інерція. Установи можуть продовжувати працювати окремо, навіть якщо формально підписано протокол взаємодії. Тому необхідно визначити координатора програми, регулярні зустрічі між суб'єктами, прості правила перенаправлення та спільні індикатори результативності. Без такого механізму координація залишиться декларативною. Четвертим ризиком є низька довіра ветеранів до системи. Результати другого розділу показали, що недовіра і негативний попередній досвід є суттєвими бар'єрами. Тому програма має приділяти особливу увагу першому контакту, конфіденційності, повазі до досвіду ветерана, зрозумілості пояснень і недопущенню формального ставлення.

Довіра формується не нормативним актом, а повторюваним позитивним досвідом взаємодії. П'ятим ризиком є територіальна нерівність. У великих містах доступ до послуг зазвичай ширший, тоді як у малих громадах бракує спеціалізованих фахівців. Для мінімізації цього ризику необхідно використовувати мобільні бригади, онлайн-консультації, виїзні прийоми, співпрацю з первинною медичною допомогою та міжгромадські партнерства.

Таблиця 3.5

Ризики впровадження програми та способи їх мінімізації

Ризик	Можливий прояв	Наслідок для програми	Спосіб мінімізації
Кадровий дефіцит	Нестача соціальних працівників, психологів, фахівців із супроводу	Формальність індивідуального супроводу	Навчання фахівців, залучення громадських організацій, дистанційні консультації
Недостатнє фінансування	Брак коштів на оплату праці, мобільні послуги, моніторинг	Нестабільність роботи програми	Поєднання місцевого бюджету, державних програм і грантових ресурсів
Слабка міжвідомча взаємодія	Установи працюють окремо, без спільного плану	Збереження фрагментарності послуг	Локальний протокол взаємодії та координатор програми
Низька довіра ветеранів	Небажання звертатися, побоювання формального ставлення	Низьке охоплення цільової групи	Травмоінформована комунікація, конфіденційність, якісний перший контакт
Територіальна нерівність	Обмежений доступ у селах і селищах	Нерівне отримання допомоги	Мобільні консультації, онлайн-підтримка, міжгромадська співпраця
Стигма психологічної допомоги	Відкладання звернення або заперечення потреби	Загострення психоемоційних труднощів	Психоедукація, групи підтримки, інтеграція психологічної допомоги в соціальний супровід
Перевантаження фахівців	Велика кількість випадків на одного працівника	Зниження якості супроводу	Нормування навантаження і пріоритезація складних випадків
Формальний моніторинг	Збір показників без аналізу реальних змін	Неможливість корекції програми	Регулярне опитування отримувачів і перегляд індивідуальних планів

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного дослідження.

Підсумовуючи зміст третього розділу, слід зазначити, що запропонована програма вдосконалення системи соціальних послуг має практико-орієнтований характер. Вона побудована не як абстрактна модель, а як відповідь на конкретні результати емпіричного дослідження. Її головна ідея полягає в переході від фрагментарної допомоги до координованого супроводу ветерана і його сім'ї в

громаді. Саме такий підхід дозволяє поєднати фізичне відновлення, психосоціальну підтримку, правову визначеність, соціальну адаптацію, професійну реінтеграцію та сімейну стабільність. Розроблена програма вдосконалення системи соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб є логічним продовженням результатів емпіричного дослідження. Її зміст безпосередньо відповідає виявленим у другому розділі потребам і викликам. Якщо анкетування та фокус-групове інтерв'ю показали високий рівень потреби в інформаційній підтримці, психологічній допомозі, фізичній реабілітації, соціальному супроводі, юридичній допомозі, підтримці сім'ї та професійній адаптації, то запропонована програма перетворює ці потреби на конкретні напрями практичної дії. Її перевага полягає в тому, що вона не обмежується окремими консультаціями або заходами, а створює цілісний маршрут ветерана в громаді.

Концептуальна основа програми полягає в переході від фрагментарної допомоги до координованого індивідуального супроводу. Саме така модель відповідає проблемам, які були визначені респондентами як найсуттєвіші: нестача інформації, складність процедур, відсутність єдиного маршруту, слабка координація установ, територіальна нерівність, нестача підготовлених фахівців і недовіра до системи. У межах програми ці проблеми вирішуються через інформаційну навігацію, первинну оцінку потреб, індивідуальний план підтримки, діяльність фахівця із супроводу, міжвідомчий протокол взаємодії, психосоціальну допомогу, сімейне консультування, професійно-правову підтримку і моніторинг результатів. Практичне значення програми полягає в тому, що вона може бути впроваджена на рівні територіальної громади без створення паралельної системи. Її реалізація передбачає узгодження вже наявних ресурсів соціальної, медичної, психологічної, правової, реабілітаційної та трудової сфер навколо реальних потреб ветерана і його сім'ї. Особливу роль у цьому процесі відіграє фахівець із супроводу, який має забезпечити не заміну інших фахівців, а координацію доступу до них. Це дозволяє зменшити адміністративне навантаження на ветерана, скоротити час пошуку допомоги та підвищити довіру до системи.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі розроблено програму вдосконалення системи соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб. Програма побудована з урахуванням результатів емпіричного дослідження, які засвідчили потребу ветеранів в інформаційній підтримці, психологічній допомозі, фізичній реабілітації, соціальному супроводі, юридичній допомозі, професійній адаптації та підтримці сім'ї. Її основна ідея полягає у переході від фрагментарного надання окремих послуг до координованого індивідуального супроводу ветерана в громаді.

Обґрунтовано, що програма має включати інформаційно-навігаційний, діагностико-оціночний, супровідний, психосоціальний, сімейний, професійно-правовий і моніторинговий модулі. Така структура дозволяє поєднати різні напрями підтримки в єдиний маршрут допомоги, який починається з первинного звернення, продовжується оцінкою потреб та індивідуальним плануванням і завершується моніторингом результатів. Особливе значення має діяльність фахівця із супроводу, який забезпечує зв'язок ветерана з медичними, соціальними, психологічними, правовими та трудовими сервісами.

Визначено очікувані результати програми, серед яких підвищення поінформованості ветеранів, скорочення часу отримання першої консультації, збільшення частки осіб з індивідуальним планом підтримки, покращення міжвідомчої координації, зростання доступності психосоціальної допомоги, підтримка сімейного середовища та сприяння професійній реінтеграції. Водночас окреслено ризики впровадження програми, зокрема кадровий дефіцит, недостатнє фінансування, слабку міжвідомчу взаємодію, низьку довіру ветеранів, територіальну нерівність і стигму щодо психологічної допомоги.

Отже, запропонована програма має практичне значення, оскільки може бути реалізована на рівні територіальної громади без створення паралельної системи підтримки. Її ефективність залежить від узгодження наявних ресурсів громади, підготовки фахівців, чіткої маршрутизації, регулярного моніторингу.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дало змогу теоретично обґрунтувати цілісний підхід до організації системи соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб і розробити програму вдосконалення таких послуг на рівні територіальної громади. Узагальнення результатів за всіма поставленими завданнями дозволяє сформулювати такі висновки.

Ветерани війни та демобілізовані особи постають цільовою групою системи громадського здоров'я, потреби якої виникають на перетині фізичного стану, психічного здоров'я, соціальної участі, сімейного середовища, територіальної доступності послуг і переходу від військової служби до цивільного життя. Ця група є внутрішньо неоднорідною за статтю, віком, наявністю поранень чи інвалідності, місцем проживання та етапом реінтеграції, тому її підтримка не може зводитися до єдиного формального статусу і потребує профілювання потреб, гендерної чутливості та врахування територіальної нерівності доступу до допомоги.

Сутність цілісного підходу полягає в тому, що фізичне, психічне і соціальне здоров'я ветерана розглядаються у взаємозв'язку, а відновлення орієнтується не лише на лікування ушкодження, а й на функціонування, участь, суб'єктність і якість життя людини. Чинна нормативно-правова база України містить опорні елементи такої моделі — реабілітаційне законодавство, психосоціальну та психологічну допомогу, інститут фахівців із супроводу і державний стандарт соціальної адаптації, — однак їхня результативність залежить від міждисциплінарної взаємодії, доказових методів, роботи із сім'єю та реальної доступності послуг у громаді. Соціальні послуги при цьому виконують інструментальну функцію, переводячи цілісний підхід у послідовність професійних дій: оцінювання потреб, ведення випадку, індивідуальне планування, координацію фахівців і моніторинг результатів.

Емпіричне дослідження, проведене методом анкетування 50 респондентів і фокус-групового інтерв'ю з 10 учасниками, підтвердило комплексний характер

потреб ветеранів. Найбільш затребуваними виявилися інформаційна підтримка щодо прав, пільг і доступних послуг (78 % респондентів; середній бал значущості 4,4), психологічна підтримка (72 %; 4,2), фізична реабілітація та медико-соціальний супровід (68 %; 4,1), соціальний супровід (64 %; 4,0) і юридична допомога (60 %; 3,9). Якісний аналіз засвідчив, що за кількісними показниками стоїть потреба в єдиному відповідальному фахівцеві, у зрозумілому маршруті допомоги та в психологічно безпечному першому контакті, а наявність потреби не гарантує звернення по допомогу за відсутності довіри й доступної інформації.

Оцінювання доступності та якості соціальних послуг виявило систему бар'єрів, серед яких провідними є недостатня інформація про права, пільги та послуги (74 % респондентів; середній бал значущості 4,4), складність адміністративних процедур (66 %; 4,2), відсутність єдиного фахівця або маршруту супроводу (62 %; 4,3), слабка координація між установами (58 %; 4,1), а також тривале очікування, територіальна віддаленість послуг, нестача підготовлених фахівців, недовіра до установ і стигма щодо психологічної допомоги. Виявлені проблеми мають переважно організаційний, а не ресурсний характер, оскільки пов'язані не з відсутністю послуг як таких, а з фрагментарністю доступу до них.

На основі емпіричних результатів розроблено програму вдосконалення системи соціальних послуг для відновлення здоров'я ветеранів війни та демобілізованих осіб, концептуальною основою якої є перехід від фрагментарної допомоги до координованого індивідуального супроводу ветерана і його сім'ї в громаді. Структуру програми утворюють інформаційно-навігаційний, діагностично-плановий, супровідний, психосоціальний, сімейний, професійно-правовий і моніторинговий модулі, а механізм реалізації передбачає закріплення за ветераном фахівця із супроводу, міжвідомчий протокол взаємодії, єдину точку входу до системи послуг і травмоінформовану організацію контакту. Програма може бути впроваджена на рівні територіальної громади без створення паралельної системи — шляхом узгодження наявних ресурсів соціальної,

медичної, психологічної, правової та трудової сфер навколо реальних потреб ветерана.

Очікувані результати програми запропоновано вимірювати не кількістю проведених заходів, а змінами в доступності, якості та результативності підтримки: часткою ветеранів, які знають маршрут звернення, кількістю індивідуальних планів супроводу, часом очікування першої консультації, часткою завершених перенаправлень, рівнем задоволеності послугами та охопленням сімейною підтримкою. Сталість програми залежить від мінімізації кадрових, фінансових, територіальних, міжвідомчих і психологічних ризиків, що потребує навчання фахівців, поєднання джерел фінансування, використання мобільних і дистанційних форматів, визначення координатора та травмоінформованої комунікації. Таким чином, цілісний підхід в організації системи соціальних послуг слід розглядати як принцип, що інтегрує медичну, реабілітаційну, психологічну, соціальну, сімейну та громадську підтримку навколо реальної життєвої ситуації ветерана. Запропонована програма створює підґрунтя для більш цілісної, людяної та ефективної системи соціальних послуг, орієнтованої на відновлення здоров'я, гідності, самостійності й соціальної участі ветеранів війни і демобілізованих осіб, і відкриває перспективи подальших досліджень, пов'язаних із розробленням цифрових інструментів супроводу, оцінюванням довгострокової результативності послуг та адаптацією моделі до спроможності різних територіальних громад.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондаренко Ю., Левицька Н. Роль управління в системі соціальної адаптації військовослужбовців. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія «Проблеми економіки та управління». 2025. Т. 9, № 1. С. 142–154. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2025/may/38842/vse425-142-154.pdf> (дата звернення: 01.05.2026).
2. Виклики, потреби та перешкоди при працевлаштуванні ветеранів та ветеранок. Український ветеранський фонд, 2025. 28 с. URL: <https://veteranfund.com.ua/wp-content/uploads/2025/05/Vyklyky-potreby-ta-pereshkody-.pdf> (дата звернення: 30.05.2026).
3. Державна політика щодо ветеранів війни : аналіт. доп. / Р. В. Власенко та ін. ; ред. Я. А. Жаліло. Київ : НІСД, 2025. 118 с. URL: <https://doi.org/10.53679/NISS-analytrep.2025.04> (дата звернення: 01.05.2026).
4. Деякі питання забезпечення інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.08.2024 № 881 : станом на 28 берез. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/881-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
5. Деякі питання надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни : Постанова Кабінету Міністрів України від 29.11.2022 № 1338 : станом на 2 серп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
6. Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання послуг із медико-психологічного супроводу окремим категоріям осіб, які

- захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і мають розлади, що виникли внаслідок вживання психоактивних речовин, включаючи алкоголь : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.02.2026 № 195. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195-2026-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
7. Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання розширених послуг з первинної медичної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України : Постанова Кабінету Міністрів України від 04.02.2025 № 140 : станом на 28 черв. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/140-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
 8. Єнгаличева І. Особливості надання послуги соціальної адаптації для ветеранів і ветеранок війни та членів їхніх сімей в територіальних громадах. *Humanitas*. 2024. № 6. С. 18–23. URL: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2024.6.4> (дата звернення: 01.05.2026).
 9. Кокун О., Пішко І. Особливості динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців впродовж шести місяців виконання завдань у районі АТО. *Психологічне здоров'я*. 2019. № 2. С. 132–152. URL: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2019-1-2-132-152> (дата звернення: 15.06.2026).
 10. Коленіченко Т. Концептуалізація поняття «реінтеграція» в умовах збройного конфлікту в Україні. URL: <https://ojs.ipv.org.ua/index.php/journal/article/view/66/67> (дата звернення: 15.06.2026).
 11. Коленіченко Т., Вербицька А. В., Петрик О. Л. Сприяння у працевлаштуванні та створенні бізнесу як шлях до реінтеграції військовослужбовців та ветеранів АТО/ООС в умовах сучасного суспільства : навч.-метод. посіб. Київ : Гнозіс, 2021. 144 с. URL: <https://ifsa.kiev.ua/vidannya/navchalno-metodichnij-posbник-spriyannya-upraczevlashtuvann-ta-stvorenn-bznesu-yak-shlyax-do->

- rentegraczejvskovosluzhbovczv-ta-veteranv-ato/oos-v-umovax-suchasnogo-susplstva.html (дата звернення: 15.06.2026).
12. Концепція політики щодо ветеранів та їхніх сімей. Київ, 2023. 109 с. URL: <https://www.pryncyp.com/wp-content/uploads/2024/01/veteranpolicy.pdf> (дата звернення: 15.06.2026).
 13. Костишин Е., Кіндій І. Деякі аспекти впровадження зарубіжного досвіду соціально-психологічної адаптації ветеранів та учасників бойових дій в Україні. Соціальна робота: становлення, перспективи, розвиток : збірник матеріалів конференції. Львів, 2022. 222 с.
 14. Крисоватий А., Коруц У., Островерхов В. та ін. Підручник для слухачів курсів професійної перепідготовки військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей в Україні (проект «Норвегія – Україна»). Київ : Друкарський двір Олега Федорова, 2021. 332 с.
 15. Кучеренко С. Порадник із питань реалізації соціальних гарантій військовослужбовців. Київ : Гнозіс, 2021. 80 с. URL: <https://ifsa.kiev.ua/vidannya/poradnik-z-pitan-realzacz-soczialnix-garantijvskovosluzhbovczv.html> (дата звернення: 15.06.2026).
 16. Лавренюк Я. В., Кулешова О. В. Комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації військовослужбовців: огляд науково обґрунтованих практик та втручань. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 2. С. 77–81. URL: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-11> (дата звернення: 01.05.2026).
 17. Ломоносова Н., Хелашвілі А., Назаренко Ю. Соціальні послуги для ветеранів та ветеранок у громадах: виклики та потреби. Київ : Правозахисний центр для військовослужбовців «Принцип», 2024. 132 с. URL: https://www.pryncyp.org/wp-content/uploads/2024/01/soczposlugu_pdf.pdf (дата звернення: 01.05.2026).
 18. Мацько В. А. Соціальне забезпечення учасників АТО: шляхи вдосконалення організаційного управління. Наука і правоохорона. 2018. № 3 (41). С. 75–81.

19. Мельник Л., Мельник Ж. Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі: теоретичний аспект. *Humanitas*. 2025. № 1. С. 93–104. URL: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2025.1.14> (дата звернення: 01.05.2026).
20. Методичний посібник для соціальних працівників: посилення спроможності соціальних працівників здійснювати психосоціальну підтримку ветеранів та їх сімей з питань психічного здоров'я / В. Горбунова та ін. 2024. 112 с. URL: <https://veteran-reintegration.in.ua/wp-content/uploads/2024/10/posibnyk-posylennya-spromozhnosti-soczialnyh-praczivnyukiv.pdf> (дата звернення: 01.05.2026).
21. Міністерство у справах ветеранів. Відповіді на ключові питання щодо впровадження у громадах фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб. URL: <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/vidpovidi-na-kluchovi-pitannyaschodo-vprovadzhennya-u-gromadah-fahivtsiv-iz-suprovodu-veteraniv-viyni-tademobilizovanih-osib> (дата звернення: 15.06.2026).
22. Нічого для нас без нас : посібник з інклюзивного прийняття рішень для державних органів / В. О. Азін та ін. Київ : Ленвіт, 2015. 102 с.
23. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII : станом на 11 лют. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
24. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Т. 3. Київ, 2018. 236 с.
25. Особливості відновлення функціонального стану військовослужбовців після черепно-мозкової травми, що поєднана з акубаротравмою. Запорізький медичний журнал. 2020. Т. 22, № 3(120). С. 329–337. URL: <http://zmj.zsmu.edu.ua/article/view/204905/206005> (дата звернення: 15.06.2026).

26. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. / О. Кокун та ін. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734391/> (дата звернення: 01.05.2026).
27. Особливості організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в країнах-членах та партнерах НАТО / А. V. Shvets та ін. Ukrainian Journal of Military Medicine. 2021. Т. 2, № 4. С. 26–39. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4\(2\)-026](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4(2)-026) (дата звернення: 01.05.2026).
28. Пам'ятка учасникам російсько-української війни. Права, обов'язки та гарантії соціального захисту / Юридична Сотня ; Національний фонд на підтримку демократії (NED). 248 с. URL: <https://ifsa.kiev.ua/vidannya/pamyatka-uchasnikam-protid-zbrojnj-agres-rojsjsko-federacz-proti-ukrani-prava-obovyazki-tagarant-socznalnogo-zaxistu.html> (дата звернення: 15.06.2026).
29. Петrenchенко С., Бомбергер І. Права членів сім'ї учасника АТО на пільги: теорія та практика. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: юридичні науки. 2020. № 4. URL: <https://doi.org/10.32453/2.vi4.323> (дата звернення: 15.06.2026).
30. Підприємництво та лідерство в умовах реалізації стратегії сталого розвитку : навч. посіб. / О. Карпаш та ін. ; ред. М. Карпаш. Київ : Гнозіс, 2021. 236 с. URL: <https://ifsa.kiev.ua/vidannya/navchalnyi-posibnyk-pidpryyemnytstvo-taliderstvo-v-umovakh-realizatsiyi-stratehiyi-staloho-rozvytku.html> (дата звернення: 15.06.2026).
31. Пінчук Р. С., Письменна О. П. Правовий захист учасників бойових дій та ветеранів війни. Актуальні проблеми держави і права. 2020. № 83. URL: <https://doi.org/10.32837/apdp.v0i83.130> (дата звернення: 15.06.2026).
32. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей та внесення зміни до Класифікатора соціальних послуг : Наказ Міністерства соціальної політики України від 11.04.2024 № 175-Н. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0828-24#Text> (дата звернення: 01.05.2026).

33. Про затвердження плану заходів на 2024–2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.06.2024 № 572-р : станом на 27 серп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/572-2024-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
34. Про національну безпеку України : Закон України від 21.06.2018 № 2469-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text> (дата звернення: 15.06.2026).
35. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
36. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text> (дата звернення: 15.06.2026).
37. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX : станом на 1 січ. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
38. Про реалізацію експериментального проекту щодо запровадження інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя : Постанова Кабінету Міністрів України від 19.06.2023 № 652 : станом на 14 жовт. 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/652-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
39. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX : станом на 1 січ. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 01.05.2026).

40. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII : станом на 7 лют. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
41. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII : станом на 1 січ. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
42. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.05.2026).
43. Результати шостого опитування Українського ветеранського фонду. Потреби ветеранів і ветеранок. Український ветеранський фонд, 2024. 16 с. URL: <https://veteranfund.com.ua/wp-content/uploads/2024/11/Opytuvannia-veteraniv-zhovten-2024.pdf> (дата звернення: 01.05.2026).
44. Реінтеграція ветеранів – світовий та український досвід. Громадський Простір. 2023. URL: <https://www.prostir.ua/m/?id=207406> (дата звернення: 15.06.2026).
45. Рекомендації для працівників територіальних органів Міністерства у справах ветеранів України. Київ : Мінветеранів, 2023. URL: <https://mva.gov.ua/storage/app/sites/1/uploaded-files/posibnik-teritorialni-organia5040820v6.pdf> (дата звернення: 15.06.2026).
46. Рьодерс Дж., Олссон Е., Макфі Е. К. Аналітична записка FBA: реінтеграція українських ветеранів із урахуванням гендерних аспектів. Стокгольм : Академія Фольке Бернадотта, 2025. URL: <https://doi.org/10.61880/DRPF6339> (дата звернення: 01.05.2026).
47. Слезанська Г., Біронт О. Послуга соціальної адаптації ветеранів та членів їх сімей: практика надання та перспективи розвитку в Україні. Social Work and Education. 2025. Т. 12, № 4. С. 367–374. URL: <https://doi.org/10.25128/2520-6230.25.4.8> (дата звернення: 01.05.2026).

48. Технології розробки стартапів : навч. посіб. / Міжнародний фонд соціальної адаптації. Київ, 2021. 128 с.
49. Уряд ухвалив постанову, що дає старт запровадженню фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб : урядове повідомлення від 27.12.2023. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uriadukhvalyv-postanovu-shcho-daie-start-zaprovadzhenniu-fakhivtsiv-iz-suprovoduveteraniv-viiny-ta-demobilizovanykh-osib> (дата звернення: 15.06.2026).
50. Фрідріх Ю., Люткефенд Т. Довга тінь Донбасу. Реінтеграція ветеранів та зміцнення суспільної єдності в Україні. GPPi. URL: https://gppi.net/media/GPPi_2021_Friedrich_Luetkefend_Long-Shadow-ofDonbas_ukr.pdf (дата звернення: 15.06.2026).
51. Шапошникова І. В., Макар М. М. Інноваційні соціальні технології у роботі з учасниками бойових дій. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: педагогіка. 2024. № 3. URL: <https://doi.org/10.54929/2786-9199-2024-3-03-01> (дата звернення: 15.06.2026).
52. Abuse S., Administration M. H. S. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. URL: <https://www.acesaware.org/> (date of access: 01.05.2026).
53. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care / C. W. Hoge et al. New England Journal of Medicine. 2004. Vol. 351, no. 1. P. 13–22. URL: <https://doi.org/10.1056/nejmoa040603> (date of access: 01.05.2026).
54. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (date of access: 01.05.2026).
55. IREX, Український ветеранський фонд, Info Sapiens. Дослідження IREX про ветеранську реінтеграцію: ключові потреби та виклики у розрізі

- доступу до основних послуг та прав. 2024. URL: <https://veteran-reintegration.in.ua/wp-content/uploads/2024/09/irex-vets-needs-assessment-2024-ukr-1.pdf> (дата звернення: 01.05.2026).
56. Machlouzarides M., Kharchenko V., Sereda P. Adapting to Civilian Life: Entry Points to Strengthen Veterans' Reintegration in Ukraine. SeeD, UNDP Ukraine, 2024. 66 p. URL: https://api.scoreforpeace.org/storage/pdfs/pub_unukr24_veterans-adapting-to-civilian-life_eng_2208.pdf (date of access: 01.05.2026).
 57. McFee J., Röders M. FBA Policy Brief: A Community-Based Approach to Veterans' Reintegration in Ukraine. Stockholm : Folke Bernadotte Academy, 2025. URL: <https://fba.se/media/im5kxs2i/fba-policy-brief-a-community-based-approach-to-veterans-reintegration-in-ukraine.pdf> (date of access: 01.05.2026).
 58. Panok V. H., Predko V. V. Post-crisis development: psychological aspects of helping the military. Scientific notes of Taurida National V. I. Vernadsky University, series Psychology. 2024. No. 3. P. 25–33. URL: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.3/04> (date of access: 01.05.2026).
 59. Problem issues of medical and psychological rehabilitation of military servicemen in Ukraine / I. B. Zabolotna et al. Bulletin of Problems Biology and Medicine. 2023. Vol. 1, no. 2. P. 64–74. URL: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2023-2-169-64-74> (date of access: 01.05.2026).
 60. Socio-economic integration of military veterans in Ukraine: public perceptions and policy challenges / N. Samoliuk et al. Problems and Perspectives in Management. 2025. Vol. 23, no. 4. P. 232–246. URL: [https://doi.org/10.21511/ppm.23\(4\).2025.17](https://doi.org/10.21511/ppm.23(4).2025.17) (date of access: 01.05.2026).
 61. Sychova V. V., Vakulenko S. M. Conceptual approaches to reintegration veterans of the Russian-Ukrainian war and their families. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. 2024. № 102. С. 131–143. URL: <https://doi.org/10.32782/2707-9147.2024.102.12> (date of access: 01.05.2026).

62. Tilikina N., Piesha I., Andriuchenko T. Needs and problems of war veterans and defendants in Ukraine under the conditions of marital state. Humanitarian studios: pedagogics, psychology, philosophy. 2024. Vol. 15, no. 2. P. 161–175. URL: [https://doi.org/10.31548/hspedagog15\(2\).2024.161-175](https://doi.org/10.31548/hspedagog15(2).2024.161-175) (date of access: 01.05.2026).
63. UNDP Ukraine. Survey on the Legal Needs of Veterans and Their Family Members: Analytical Report. 2024. 100 p. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2025-02/veteransreporten-1-upd.pdf> (date of access: 01.05.2026).
64. World Health Organization. Guidance on policy and strategic actions for mental health and the defence and veterans sector. Geneva : World Health Organization, 2025. URL: <https://iris.who.int/> (date of access: 01.05.2026).