

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я

\_\_\_\_\_ В.Г. Нестеренко

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ  
КОМБАТАНТІВ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»  
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»  
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-24

К.А. Штер

Керівник,

PhD

М.М. Міщенко

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ КОМБАТАНТІВ .....	5
1.1 Ресоціалізація комбатантів як предмет державної політики .....	5
1.2 Елементи державної політики щодо ресоціалізації комбатантів ....	17
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ КОМБАТАНТІВ ....	29
2.1 Результати державної політики щодо ресоціалізації комбатантів ..	29
2.2 Проблеми зі забезпеченням ресоціалізації комбатантів .....	36
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ КОМБАТАНТІВ .....	43
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо ресоціалізації комбатантів .....	43
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого вдосконалення ресоціалізації комбатантів .....	49
ВИСНОВКИ .....	61
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	63

## ВСТУП

*Актуальність проблеми.* Упродовж практично усього життя людина змушена адаптуватися (приспосовуватися) до нових умов, що, здебільшого, пов'язано зі зміною (почасти, позитивною) її суспільного статусу, тим самим кожного разу формуючи нову «зону комфорту». При цьому непоодинокими є випадки, коли людина змушена повернутися до «минулого життя», тим самим потребує ресоціалізації – відновлення репутації (зокрема, після ув'язнення), суспільного статусу (після збідніння), суспільних зв'язків (після тривалого відрядження). І якщо у мирному житті цей процес є доволі складним, то в умовах війни – ще й болісним (особливо коли мова йде про комбатантів, які перенесли чимало не лише фізичних, а й психологічних страждань), оскільки їхнє фізичне та ментальне здоров'я перебуває у критичному стані. І якщо за часів АТО/ООС держава здебільшого фрагментарно опікувалася проблемою ресоціалізації комбатантів, то з часу повномасштабної військової агресії РФ в Україні це стало одним із наріжних каменів державної політики. Означене, зрештою, й спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Баб'як О. [4; 5], Бочелюк В. [11; 12], Діденко Н. [20], Івашова Л. [27], Литвинов О. [38], Мельниченко О. [44–46], Орлов Ю. [38], Панов М. [11; 12], Петреченко С. [51–57], Попелюшко Р. [61; 62] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження елементів державної політики щодо ресоціалізації комбатантів обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати значення ресоціалізації комбатантів як предмету державної політики;
- дослідити наявні елементи державної політики щодо ресоціалізації комбатантів;

– оцінити результати державної політики щодо ресоціалізації комбатантів;

– запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого покращання результативності ресоціалізації комбатантів.

*Об'єктом дослідження є ресоціалізація комбатантів.*

*Предметом дослідження є державна політика щодо ресоціалізації комбатантів.*

*Методи дослідження.* абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів ресоціалізації комбатантів; статистичних порівнянь – для дослідження результативності державної політики щодо ресоціалізації комбатантів.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів державної політики щодо ресоціалізації комбатантів.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

### 1.1 Ресоціалізація комбатантів як предмет державної політики

У мирні часи, а особливо під час війни, люди (особливо з особливими фізичними, психологічними, освітніми потребами) мають проблеми, що складно/неможливо вирішити без допомоги людини з професійним дипломом психолога. Питання, що особливо часто виникають під час війни у зв'язку з необхідністю більшої частини населення пристосовуватись до нових для себе умов життя в іншому регіоні (як внутрішньо переміщені особи (далі – ВПО)), в іншій країні (як біженці), в умовах воєнного стану та бойових дій, також інші проблеми вимагають особливого підходу для їх вирішення і створюють нові виклики для медиків, психологів, психотерапевтів і педагогів [12].

Не заперечним є той факт, що військова служба супроводжується значними соціально-психологічними навантаженнями: зміна життєвого устрою, пов'язаного з розлукою із сім'єю, знайомими; зміна місця проживання тощо. Крім того, військова служба характеризується підвищеною відповідальністю та впливом на психіку військових різних стрес-факторів [30].

Характерною особливістю ХХІ ст. є тенденція до зростання кількості різних локальних воєн і збройних конфліктів, що виникають по всьому світові, а отже, збільшення кількості їх безпосередніх учасників [44]. У сучасному світі спостерігається зміна характеру військових конфліктів, зокрема залучення до них нестационарних і недержавних озброєних груп. Зростає необхідність чіткого визначення статусу й правил поведіння такого типу учасників конфліктів у відповідності до норм міжнародного права [97]. Нині війна – це широко-планова подія надвисокої проникаючої здатності, дифузії несучих конструкцій соціальних інститутів і систем соціальної діяльності, їх видозміни,

руйнації. Наслідки війни важко формалізувати, артикулювати, зафіксувати у нормативно прийнятних термінах, адже вони сягають далеко за межі можливостей юридичної науки, сягаючи глибинних пластів колективної травматизації окремих соціальних груп й цілих народів. Тож війна – подія граничного значення для тих, хто опинився у зоні тяжіння її впливів, наслідків, ефектів. Можна й треба говорити про урбіцид, геноцидальні практики, про страждання цивільного населення й про намагання агресора знищити національну та культурну ідентичність (принаймні на тимчасово окупованих і анексованих територіях) [38].

В умовах сучасної війни дії військових мають риси максимальної психічної, психологічної і фізичної напруги й перенавантаження. Специфіка проходження їхньої служби полягає у виконанні обов'язків у критичних умовах, ускладнених впливом стресових психічних і фізичних факторів, пов'язаних з бойовими діями [22]. Військові постійно переживають жахливі події, які можуть призвести до поранення, втрати товаришів по службі й глибоких психологічних травм [51]. Військові конфлікти і війни призводять до значного збільшення кількості військових із важкими пораненнями, що мають довгострокові наслідки для їхнього фізичного та психологічного стану [56].

При цьому «центральною фігурою» тут виступає **комбатант** (від франц. *Combattant*) – особи, які можуть брати безпосередню участь у воєнних діях і входять до складу збройних сил сторін [30; 72], тобто не тільки особовий склад Збройних сил (солдати/матроси, офіцери...), а й добровольці, партизани, повстанці, учасники громадянських і національно-визвольних воєн [23]. При цьому вони знаходяться під командуванням особи, відповідальної за своїх підлеглих; мають закріплену відмітну емблему, яка може бути розпізнана на відстані; відкрито носять зброю; ведуть бойові дії відповідно до законів і звичаїв війни; постійно знаходяться у стресі, отримуючи гострі відчуття [1; 99]; дотримується норм міжнародного гуманітарного права [31]. Потреба у відмежуванні комбатантів від інших учасників збройних конфліктів обумовлена їхнім особливим статусом, відповідальністю і правами. Так,

зокрема, у Додатковому протоколі I до Женевських конвенцій (1977 р.) уперше було віднесено комбатанта до складу збройних сил і чітко визначено, що саме держава, від імені якої діє комбатант, як суб'єкт міжнародного права, бере на себе відповідальність за вчинені ним дії, якщо вони не суперечать законам і звичаєм війни [99].

Стресові адаптивні трансформації за межами життєво-небезпечної ситуації виявляються негативними, дезадаптивними і утворюють «осьову» симптоматику бойових стресових розладів. Бойові дії накладають помітний відбиток на перебіг психічної діяльності й поведінку комбатантів. Бойовий стрес, зігравши в екстремальних умовах свою позитивну роль у збереженні цілісності організму і особистості комбатанта, виступає причиною подальшої дезадаптації учасників бойових подій (далі – УБД).

Проте основні проблеми, які відбуваються з їх психікою, починаються не в період перебування на територіях, де проходять бойові дії, а після їх повернення до умов мирного життя. Саме зміна обстановки почасти породжує зміну сенсів, але навіть після повернення комбатанти «психологічно» знаходяться «у стані війни», оскільки психіка не встигає перебудуватись «на мирний лад». Тому психологічна допомога є більш актуальною саме у період повернення, коли відбувається важливий процес переосмислення досвіду війни, а не у момент безпосередньої участі у війні [1].

Приблизно кожен п'ятий комбатант, який не має фізичних ушкоджень, стикається з нервово-психологічними розладами, а серед поранених і комбатантів з інвалідністю кожен третій. Інші наслідки проявляються через декілька місяців після повернення до мирного життя, включаючи різні психосоматичні захворювання [62]. До того ж практично кожен комбатант, який повертається до мирного життя, стикається з новими стресами, які пов'язані із соціальною адаптацією: нерозуміння близьких, складнощі професійної самореалізації та у спілкуванні з оточуючими, руйнування шлюбу тощо. Отже, ми маємо комбатанта, який має повернутися до мирного життя, але отримуємо «підкошену» людину спочатку первинним стресом, отриманим під

час бойових дій, а в майбутньому – вторинним, як наслідок нерозуміння, що відбувається і як далі жити [22]. Цей стан стає внутрішньою основою психологічної та соціальної дезадаптації комбатантів у суспільстві [106].

У зв'язку з цим актуалізується питання попередження й подолання відхилень у фізіологічному здоров'ї комбатантів, а також їх адаптації та інтеграції до нових умов життєдіяльності [13]. За таких умов на перше місце «порядку денного» виходить з ресоціалізація – процес пристосування людини до життя в новому співтоваристві (наприклад, перебування в зоні активних бойових дій) [108]; процес, який передбачає навчання нових норм, цінностей і практик особам, які переходять від однієї соціальної ролі до іншої [121]; комплексна, багаторівнева, етапна і динамічна система взаємопов'язаних дій, спрямованих на відновлення людини в правах, статусі, здоров'я, дієздатності у власних очах і за оцінками соціуму [24]; обов'язкове відновлення порушених якостей особистості, соціальної спрямованості, які необхідні для повноцінної життєдіяльності в соціумі [30]; система заходів протидії десоціалізації особистості; процес повторного внутрішнього пристосування особистості до життя в суспільстві [25]; реабілітаційно та педагогічно орієнтована комплексна система психологічних, соціально-виховних, професійних, юридичних і медичних заходів впливу, спрямованих на відновлення особистісного й соціального статусу соціально дезорієнтованих осіб, їх індивідуальної та суспільної цінності, спотворених психологічних функцій і працездатності, з метою їх повноцінного включення в суспільне життя [11].

Варто зазначити, що попри змістовну спорідненість вищенаведених тлумачень досліджуваного поняття, усі вони відображають різні аспекти цього суспільно важливого феномену, яким, власне кажучи, є ресоціалізація. При цьому потрібне чітке розуміння уповноваженими суб'єктами того, що ресоціалізація – це інвестиція, а не витрата для суспільства [9]. Держава, здійснюючи ефективні заходи з ресоціалізації комбатантів (особливо осіб працездатного віку), прямо знижує свої соціальні витрати на них, а також опосередковано збільшує кількісно чисельність категорії платників податків.

Економічними вигодами для держави є покращання рівня та якості їхнього життя і вони менше потребуватимуть стороннього догляду за собою, що знизить витрати держави (родини, власне особи) на забезпечення побуту зокрема, і життєдіяльності загалом [109].

Зважаючи на контекст дослідження, слід артикулювати увагу на тлумаченнях поняття **ресоціалізація комбатантів** – складний соціальний процес засвоєння нової, або удосконалення та адаптації вже засвоєної системи знань, норм і цінностей, у зв'язку зі зміною соціального середовища, шляхом пристосування до соціальних впливів, які дозволяють комбатантам після повернення до мирного життя функціонувати в якості повноправного члена громадянського суспільства [123].

**Функції соціалізації та адаптації** перебувають у діалектичній взаємодії. Так, на певному рівні соціалізації у взаємодії особистості та середовища виникає момент динамічної рівноваги, погодження норм і традицій середовища й поведінки людини. Нове, що виникло, створюючи суперечність між рівнем соціалізації особистості та вимогою нетрадиційної поведінки у відповідь на зміни середовища, порушує рівновагу й мотивує адаптаційну поведінку. По завершенню адаптації (коли «нове» стає «звичним») нові засвоєні знання, уміння й звички закріплюється на вищому рівні соціалізації індивіда, що відповідає соціальному середовищу, яке змінилося. Досягнутий рівень соціалізації дає змогу індивідові вільно функціонувати у цьому середовищі, що змінилося, спираючись на новий, вищий рівень своїх адаптаційних можливостей. При тому подальше функціонування, як і засвоєння наступної адаптаційної ситуації, здійснюватиметься ефективніше, ніж раніше, забезпечуючи тим самим безмежність і безперервність розвитку особистості й перетворення, удосконалювання середовища [40].

Процесу ресоціалізації комбатантів передують прийняття Розширеною військовою лікарською комісією рішення про «подальшу долю» таких осіб:

– визнання комбатантів годними для продовження військової служби й направлення до військових частин (у т.ч. «на передову»);

– демобілізація осіб, які визнано інвалідами не тільки у фізичному, а й у психологічному плані;

– направлення до шпиталю ветеранів війни для подальшого лікування й відновлення за участю висококваліфікованих лікарів і психологів;

– забезпечення постраждалих необхідними протезами (механічними пристроями і апаратами, які замінюють втрачені сегменти кінцівок або інших частин тіла, що служать для якнайбільшої компенсації функції ушкодженого органу чи виправлення косметичного дефекту), інвалідними візками та іншими технічними засобами, спроможними полегшити соціалізацію учасників бойових дій, а з тим – покращити якість їхнього життя;

– направлення до реабілітаційних центрів, для відновлення/набуття навичок самообслуговування у разі важкого поранення/травми, втрати функцій частини тіла, чи повернення до соціального життя у разі психічного розладу;

– проведення ерготерапії – відновлення повсякденної діяльності людини із урахуванням наявних фізичних обмежень;

– допомога у працевлаштуванні, надання можливості перекваліфікації та/чи набуття нової кваліфікації (у разі завершення військової служби);

– правова допомога УБД, пораненим комбатантам, членам їх сімей під час лікування та подальшої реабілітації [45];

– надання понад 20 різних видів пільг, найбільш важливими з яких є такі: безкоштовне одержання лікарських засобів за рецептами, першочергове безкоштовне зубопротезування, безкоштовне санаторно-курортне лікування; першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах і першочергова госпіталізація в стаціонари; виплата допомоги з тимчасової непрацездатності в розмірі 100 % від середньої заробітної плати та ін. [93].

Усі вищенаведені «сценарії» є по-своєму важливими, але, зрештою, усі вони мають зводитися до формування у комбатанта прийнятної **життєвої перспективи** – цілісної картини майбутнього у складному, суперечливому взаємозв'язку прогнаних і очікуваних подій, від яких, на думку індивіда, залежить його індивідуальна цінність і сенс життя; поєднання як майбутніх

життєвих цілей, так і темпу руху до них, забезпечуючи зростання активності особистості [1]; картини майбутнього, що містить складний взаємозв'язок подій, які очікуються; потенційних можливостей особистості, що об'єктивно наявні в сьогоденні й, гіпотетично, можуть проявитися у майбутньому; відтворення загальної спрямованості, враховуючи потенції розвитку, може бути не лише позитивною, не передбачає вольових зусиль; способу усвідомленого, відносно структурованого освоєння особистістю свого майбутнього [102].

Комбатант бачить свої життєві перспективи як загальну спрямованість можливих найважливіших подій. Виходячи із власної моделі світу та наявної ситуації теперішнього, особистість здійснює процедуру проблематизації реальності або дійсності, тобто створює прогноз щодо власного майбутнього. Побудова життєвої перспективи передбачає створення проєкту власного життя, тобто створення нової предметності свого життя. Спрямованість у майбутнє, окрім часового, має смисловий вимір, детермінована пошуком «сенсу життя», становленням життєвої позиції та дотриманням «життєвої лінії». Ба більше, **життєва перспектива** – це динамічний образ майбутнього, не раз і назавжди обрана стратегія поведінки. Кожному якісно новому етапу життєвого шляху повинен відповідати специфічний зміст перспективи, в якій одні компоненти зберігають послідовність, а інші – відображають реальні внутрішні та зовнішні зміни. Тому перехід до нового його етапу пов'язаний з необхідністю корекції чи суттєвої реконструкції життєвої перспективи з урахуванням соціальних, біологічних і психологічних особливостей наступного вікового періоду [1]. Тож комбатанти в умовах цивільного життя, повинні не тільки переосмислити ціннісні орієнтири, а й інтегруватися в суспільство, шляхом повторного засвоєння соціального досвіду, норм, ролей, звикнути до нових суспільних вимог, соціально-психологічної атмосфери в соціумі, сім'ї, налагодити ефективну взаємодію з оточуючими та засвоїти нові форми спілкування. Тож саме ресоціалізація є процесом повторного входження особи в соціальне середовище, шляхом засвоєння нових, змінених норм, цінностей, ідеалів, соціальних ролей, а також пов'язаний з обов'язковим засвоєнням надійних

стереотипів позитивної соціальної поведінки, ціннісною переорієнтацією, формуванням механізмів позитивного соціального цілепокладання [30].

**Етапи ресоціалізації** розділяють на систему заходів, а саме:

- психологічне діагностування особистості: інтелектуальний стан, емоційно-вольова та комунікативна сфери (відпрацювання індивідуального плану ресоціалізації та підготовка до подальшої кореляції);

- проведення кореляційної роботи із подальшим психологічним обстеженням і консультацією, визначення раціональних прогностичних аспектів для подальшої ресоціалізації у суспільстві;

- оцінно-результативний рівень, завершення комплексу заходів з проведенням аналізу і оцінкою результатів ресоціалізації [22].

При цьому важливо для кожного комбатанта обрати найкращу саме для нього модель ресоціалізації, що будуть враховувати наступні психологічні критерії, за якими здійснюється оцінка необхідності впливу на особистість:

- ціннісний критерій – міра сформованості у структурі особистості просоціальних цінностей (охоплює змістовні характеристики мотиваційної та когнітивної сфери особистості);

- саморегуляційний критерій – рівень розвитку вольової саморегуляції (охоплює динамічні характеристики емоційно-вольової сфери особистості).

Перетин рівнів сформованості кожного з виділених критеріїв утворює 6 типів особистості за рівнем сформованості просоціальної поведінки, від якого залежить прийняття рішення про необхідність і спосіб ресоціалізаційного впливу на комбатантів: 1) оптимально соціалізована особистість; 2) достатньо соціалізована особистість; 3) саморегуляційно-десоціалізована особистість; 4) ціннісно-десоціалізована особистість; 5) мотиваційно-десоціалізована особистість; 6) делінквентна особистість [11].

Кожен комбатант по-різному реагує на травматичні події і умови ресоціалізації: комусь підходять традиційні методи психологічної підтримки (групові сеанси чи індивідуальні консультації), тоді як інші можуть знайти підтримку у творчому самовираженні, спорті. До того ж стратегії ресоціалізації

можуть змінюватися з часом: спочатку може вважати за краще ізолюватися від соціуму, але в подальшому може знайти сили і мотивацію для відновлення соціальних зв'язків. Відмінними є цінності: для когось важливими виявляються сімейні відносини, а для інших – нові знайомства чи захоплення [51].

Після повернення в мирне життя комбатанти мають право розраховувати на повноцінну комплексну реабілітацію й ресоціалізаційні заходи [61], як-от:

- діагностику особливостей кожного комбатанта;
- виявлення наявних аномалій в соціалізації та саморегуляції;
- здійснення обов'язкових заходів щодо зниження проявів акцентуацій характеру та психопатій;

- вироблення разом з соціальним працівником і психологом довгострокової індивідуальної програми корекції особистісних якостей комбатантів;

- відновлення зруйнованих соціальних зв'язків та встановлення нових;
- формування позитивної сфери цілепокладання;
- відновлення позитивних соціальних ціннісних орієнтирів;
- використання методик заохочення соціально-пристосувальної поведінки;

- гуманітаризація [99].

**Ресоціалізація комбатантів може бути двох видів**, а саме м'якою та інтенсивною. Перша характеризується незначною модифікацією уявлень, світогляду, цінностей, патернів поведінки і як наслідок, не несе за собою значних змін у структурі особистості. Інтенсивна ресоціалізація відбувається шляхом засвоєння особою системи цінностей, норм, які докорінно змінюють поведінку особи та її світосприйняття. У більшості випадків ресоціалізація комбатантів носить саме інтенсивний характер [30].

**Методи ресоціалізації** комбатантів досить різні, що дає можливість досягти потрібного ефекту в цій дуже важливій і необхідній діяльності, а саме:

- 1) Професійна орієнтація і працевлаштування. Передбачає проведення соціальними працівниками профорієнтаційних співбесід, семінарів, тренінгів та

інших просвітницьких заходів для комбатантів, які стали інвалідами задля надання їм інформації про можливі варіанти професійної зайнятості для осіб, що мають подібні фізіологічні дисфункції, надання допомоги в пошуку роботи або у започаткуванні власної справи тощо. Професійна орієнтація інвалідів військової служби може бути організована в установах різної відомчої приналежності – в спеціалізованих центрах комплексної реабілітації УБД, в установах служби зайнятості, соціального захисту. Це сприяє переключенню уваги комбатантів з власних фізіологічних проблем на професійну зайнятість; інтеграції в соціум; знаходженню нового сенсу життя в сфері професій [43]. Для тих, хто через фізичні чи психологічні травми не зможе повернутися до своєї попередньої професії, надзвичайно важливими стануть програми перепідготовки та професійного навчання [56].

2) Клуби за інтересами. Головним завданням в процесі організації клубів за інтересами є створення системи заходів, які б сприяли переключенню уваги комбатантів з власних фізіологічних проблем на певний вид діяльності (читання віршів, книг, малювання картин, перегляд відеофільмів, участь у спеціально організованому хоровому колективі для інвалідів війни тощо). Саме в клубах за інтересами комбатанти можуть знайти однодумців, товаришів та реалізувати свій потенціал у тому чи іншому виді творчої діяльності.

3) Групи самопомоги. Це групи, учасники яких, поділяючи певні особисті інтереси, маючи подібний досвід і проблеми (інвалідність), об'єднуються для співпраці з метою реалізації власних потреб чи потреб спільності завдяки обміну інформацією, взаємна підтримка, іноді – представництва. Головною метою груп самопомоги дій є збереження миру і злагоди в сім'ях воїнів, запобігання розлученням, конфліктам в родині та з найближчим оточенням, знаходження можливих методів і засобів відновлення або компенсації втрачених фізіологічних функцій організму.

4) Заняття фізичною культурою, спортом. Передбачає використання, в процесі соціальної реабілітації інвалідів військової служби, адаптивних видів спорту, рекреаційних ігор і забав, розроблених із застосуванням спеціальних

фізичних вправ для відновлення здоров'я комбатантів, компенсації втрачених функціональних можливостей та розкриття резервів їх організму за допомогою занять фізичною культурою і спортом. Основне значення адаптивного спорту полягає в тому, що психологічна дія спортивних тренувань і змагань здійснює компенсацію фізичних, психічних і соціальних змін особистості інваліда; підвищує психоемоційну стійкість, нормалізує соціальну значущість в умовах стресу. Дозоване застосування підвищених фізичних навантажень під час занять спортом виявляє резервні спроможності організму та підвищує комунікативну активність [43].

Розуміння юридичної природи ресоціалізації дає змогу ефективніше застосовувати передбачені (і непередбачені) законодавством засоби для досягнення суспільно корисної мети – повернення до соціального механізму позитивно орієнтованого законослухняного громадянина [37].

Результати ресоціалізації підвищується завдяки особистісним рушійним силам розвитку, таким як самооцінка, самоприйняття, прийняття інших, соціальна орієнтація, прагнення до лідерства [48], тобто як від соціальних і психологічних факторів, так і від особистісних характеристик [55]. При цьому вкрай важливою залишається мотивація власне комбатанта [116].

Для багатьох сімей війна триває і після повернення їхніх рідних додому. Поранення, які не видно незброєним оком, залишають глибокий слід на душі як самого комбатанта, так і його родини. У таких обставинах роль родини стає надважливою, оскільки вона є найближчим джерелом підтримки для пораненого. Родина забезпечує фізичний догляд, відіграє важливу роль у створенні емоційного комфорту, допомагаючи подолати психологічні наслідки війни (зокрема ПТСР, тривогу, депресію й ізоляцію). До того ж повернення важкопораненого комбатанта до сім'ї супроводжується суттєвими змінами в структурі сімейних ролей і обов'язків. У багатьох випадках комбатант, який раніше виконував роль головного годувальника родини, стає постійно залежним від підтримки інших членів родини. Крім того, комбатанти з вираженим ПТСР можуть демонструвати поведінкові проблеми, які оточення

сприймає як агресію, замкнутість або небажання соціалізуватися, тим самим формуючи негативний фон для їхньої інтеграції в громаду, що також впливає і на його родину [54].

Лише окремі особи серед комбатантів та їхніх родин здатні самотійно вирішувати питання ресоціалізації. Справжню потребу в організації психологічної допомоги для військових і членів їхніх родин, залучення досвідчених психологів і розробка ефективних соціальних і реабілітаційних програм визначає необхідність відповідних соціальних структур з належним законодавчим і фінансовим забезпеченням [29].

Загалом наявна ситуація ставить перед **суспільством і державою** складні виклики, пов'язані із забезпеченням гідного життя для поранених комбатантів. Слід погодитися, що забезпечення добробуту важкопоранених комбатантів є спільною відповідальністю держави, бізнесу та громадянського суспільства. Саме тому держава повинна розробляти ефективні політики підтримки, бізнес – створювати робочі місця для ветеранів, а суспільство – підтримувати їх у процесі інтеграції через солідарність і розуміння [56].

Тож, зважаючи на її істотну суспільну значущість, ресоціалізація комбатантів є предметом відповідної **державної політики** – комплексний вплив держави (шляхом застосування політичних, економічних, організаційних, соціальних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єкти національної СОЗ, котрі здійснюють свою діяльність щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації), втрачених унаслідок дії набутих чинників, функцій, здібностей і здатностей індивіда [47; 109] (комбатанта). При цьому варто чітко виокремити елементи цієї державної політики та їхнє змістовне наповнення як запоруки прийняття належних державно-управлінських рішень, спрямованих на підвищення результативності ресоціалізації комбатантів.

## 1.2 Елементи державної політики щодо ресоціалізації комбатантів

Серед науковців і практиків наразі відсутня єдність поглядів щодо елементів державної політики щодо ресоціалізації комбатантів. Але якщо виходити з найбільш поширених їх варіацій, то слід зосередитися на висвітленні таких її елементів: мета, завдання, форми, принципи, суб'єкти, об'єкти, методи й засоби реалізації державної політики у досліджуваній царині.

**Мета державної політики щодо ресоціалізації комбатантів:** збереження чи відновлення фізичного й психічного здоров'я отримувачів послуг; досягнення соціально-психологічного благополуччя; зниження частоти і тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій; відновлення здоров'я людини, її соціального статусу, втраченого під час бойової чи іншої ситуації; профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки [22]; координація процесу інтеграції системи ресоціалізації та медичної реабілітації в державну СОЗ [9]; відновлення втраченого статусу й заміна на позитивні негативних установок [30]; поліпшення функціонування осіб з обмеженням життєдіяльності [7].

**Завдання державної політики щодо ресоціалізації комбатантів:** розробка ефективних методів відновлення особистісних установок, спрямованих на подолання наслідків хвороби у осіб, які перенесли нервові та психічні захворювання, протезування кінцівок, важкі хірургічні втручання і потребують психологічної корекції у разі зміни життєвих стереотипів; створення психологічних умов, що сприяють збереженню позитивного ефекту лікування; компенсація втрачених професійних і соціально-адаптивних якостей [107]; надання допомоги в установленні (відновленні) конструктивних взаємин у сім'ї та суспільстві; відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій; відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до оптимального рівня їхньої вираженості; діагностування та нормалізація психічних функцій отримувача послуг; запобігання психологічному травмуванню та психічним розладам; корегування особистості – отримувача послуг для забезпечення

ефективного функціонування його у соціумі; опанування методів саморегуляції і керування стресом (заспокоєння); проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю отримувача послуг; формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя і професійну діяльність [22]; забезпечення прав осіб з інвалідністю на медичну, професійну та соціальну реабілітацію; обмеження вживання тютюну, алкоголю, наркотичних засобів, психотропних речовин та їх аналогів, отруйних речовин або інших речовин, що викликають алкогольну залежність; забезпечення здорових і безпечних умов праці, поліпшення умов праці та безпеки на виробництві з метою профілактики виробничих травм і професійних захворювань; забезпечення правових гарантій розвитку і вдосконалення системи профілактики інвалідності й реабілітації осіб з інвалідністю; визначення прав, обов'язків, повноважень і відповідальності організацій, що працюють у сфері профілактики інвалідності й ресоціалізації осіб з інвалідністю; заохочення до здорового способу життя; поліпшення середовища проживання людини; профілактика загальних захворювань та дорожньо-транспортних пригод; запровадження інших заходів, спрямованих на профілактику інвалідності, зменшення її випадків [5]; формування ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги з урахуванням міжнародних і європейських стандартів; створення умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового і науково-методичного забезпечення ресоціалізації; забезпечення скоординованості проведення ресоціалізації, реабілітаційних послуг, а також доступність технічних й інших засобів ресоціалізації і медичних виробів (виробів медичного призначення); регламентація правових, економічних, соціальних умов проведення ресоціалізації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування; впровадження міжнародних стандартів ресоціалізації та психологічної допомоги в цьому процесі [24].

**Форми державної політики (підтримки) щодо ресоціалізації комбатантів:**

– Медична реабілітація – надання безкоштовних медичних послуг, включно з лікуванням, протезуванням, фізичною реабілітацією та постійною

медичною допомогою. Важливими аспектами є регулярний моніторинг стану здоров'я та довгострокова медична підтримка для поліпшення фізичного стану ветеранів.

– Соціальна адаптація – програми соціальної інтеграції спрямовані на професійну реабілітацію і перекваліфікацію комбатантів для повернення їх до активного трудового життя. Такі ініціативи сприяють адаптації ветеранів до нових соціально-економічних умов, допомагають їм здобути нові професійні навички та відновити їхню соціальну роль.

– Психологічна допомога – психологічна підтримка охоплює консультування, індивідуальну і групову психотерапію, а також спеціалізовані програми для подолання ПТСР, депресивних і тривожних станів. Психологічна реабілітація має на меті покращити емоційний стан ветеранів і сприяти їхній інтеграції до повсякденного життя.

– Соціальний захист – ветерани війни отримують пільги, фінансову підтримку, компенсації за втрату працездатності, забезпечення житлом, а також пенсійне забезпечення для інвалідів війни (пільги на оплату комунальних послуг й інші соціальні гарантії) [93].

#### Принципи державної політики щодо ресоціалізації комбатантів:

– **Загальні:** адресності; безперервності; законності; гнучкості; цілісності; комплексності; наукової обґрунтованості; послідовності; узгодженості дій [19]; дуалістичності (залучення комбатантів – учасників бойових дій у лікувально-відновлювальний процес у поєднанні психосоціальних і біологічних методів впливу); індивідуальності й обґрунтованості (впровадження перевірених і дієвих на практиці методик і методів психологічної реабілітації, які будуть реалізовані в умовах знаходження комбатанта в реабілітаційних закладах); покроковості (комплексність «переходів» від одного реабілітаційного заходу до наступного, оптимальну тривалість реабілітаційних заходів; послідовності комплексності і наступності реабілітаційного процесу, відповідну етапність кожного процесу, безперервність у проведенні реабілітаційних заходів); професійності (індивідуальний підхід до кожного, отримання покращання

результатів і утримання цього результату довготривалий час, локалізація наслідків у комплексі як фізичної травми, так і психічної); різноплановості (спрямованість і послідовність реабілітаційних заходів на різні сфери життєдіяльності військовослужбовця) [22]; орієнтованість на особу, яка потребує ресоціалізації, розробки, реалізації і коригування індивідуальної її програми; вчасність (реабілітація має розпочинатись під час гострого періоду, одразу після стабілізації стану пацієнта індивідуальна реабілітаційна програма має негайно коригуватися за будь-яких змін функціонального стану особи); мультидисциплінарність (реабілітаційний процес забезпечується організованою групою фахівців (мультидисциплінарною командою)); послідовність (кожний наступний етап реабілітаційного процесу має бути пов'язаний із попереднім етапом і враховувати фактичні функціональні зміни стану особи, яка потребує реабілітації); цілеспрямованість (організація реабілітаційного процесу має бути спрямована на досягнення довго- та короткострокових цілей); неперервність (реабілітаційний процес має відбуватись безперервно під час етапів реабілітації з метою максимального використання потенціалу стратегії відновлення); функціональна спрямованість (реабілітаційні заходи мають на меті досягнення цілей, спрямованих на відновлення, збереження або компенсацію функцій, необхідних для повсякденного функціонування, соціальної та професійної адаптації) [10].

– **Специфічні:** здійснення реабілітаційних заходів на початку виникнення проблеми; неперервність і постійність їх проведення; комплексний характер реабілітаційних програм; індивідуальний підхід до визначення обсягу, характеру та змісту реабілітаційних заходів [6]; повага до притаманної людині гідності, її особистої самостійності; недискримінація; рівність можливостей; рівність чоловіків і жінок; повне й ефективно залучення та включення до суспільства; повага до здібностей дітей-інвалідів [33]; комплексності підходу до їх вирішення; конкурсності у визначенні виконавців; широкої опори на громадські ресурси; поєднання бюджетного, позабюджетного й інших видів фінансування; пріоритетності розв'язуваних соціальних проблем [19]; повагу до

гідності комбатанта, що повернувся із зони бойових дій; дотримання норм професійної етики і етичної поведінки щодо УБД, розуміння їхніх потреб і пропозиція оптимальних видів професійної діяльності чи соціальних послуг; співпрацю з комбатантами для ефективного вирішення їхніх завдань та задоволення інтересів; етапність, комплексність, наступність, послідовність, диференційованість, безперервність у застосуванні адаптаційних заходів; забезпечення захисту гідності та прав незалежно від походження, статі, віку та внеску в суспільний і соціальний розвиток; збереження конфіденційності й нерозголошення інформації про комбатантів, за винятком випадків, коли це здійснюється з їхньою згодою або в рамках встановленого законом порядку; сприяння взаємодії на основі довіри, співчуття та збереження конфіденційності; толерантність до різних емоційних виявів УБД, професійна підготовка, збереження рівноваги та терпимості навіть у непередбачених обставинах [62]; визначення відповідальності органів державного управління, інших державних організацій, що підпорядковуються уряду, органів місцевого виконавчого і адміністративного управління й інших організацій у разі невиконання заходів, спрямованих на профілактику інвалідності та реабілітацію осіб з інвалідністю; забезпечення здорового способу життя; забезпечення участі громадських організацій осіб з інвалідністю у розробці та реалізації державних програм (підпрограм) з профілактики інвалідності та реабілітації осіб з інвалідністю; надання пріоритетності заходам, спрямованим на профілактику інвалідності; створення безпечних умов праці та відпочинку для населення [5]; безперервність; мультидисциплінарність команди, послідовність, своєчасність, пацієнто-центричність; целеспрямованість [90];

#### Суб'єкти державної політики щодо ресоціалізації комбатантів:

- Верховна Рада України (далі – Парламент) – затвердження законодавчої бази щодо ресоціалізації комбатантів;
- Президент України – гарант ресоціалізації комбатантів;
- Кабінет Міністрів України (далі – Уряд) – розробка та реалізація державної політики щодо ресоціалізації комбатантів;

– Центральні органи виконавчої влади (далі – ЦОВВ): Міністерство у справах ветеранів України (далі – Мінветеранів), Міністерство оборони України (далі – Міноборони), Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ), Міністерство освіти і науки України (далі – МОН), Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України (далі – Мінсоцполітики), Міністерство внутрішніх справ України (далі – МВС), Міністерство розвитку громад та територій України (далі – Мінрозвитку), Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) ...;

– Рада національної безпеки та оборони (далі – РНБО);

– Генеральний штаб ЗСУ;

– Фонд соціального страхування України; Фонд соціального захисту інвалідів; соціальними й іншими державними службами України [9].

**Об'єкти державної політики щодо ресоціалізації комбатантів:**

– місцеві органи публічного управління, чия діяльність прямо та/чи опосередковано пов'язана з ресоціалізацією комбатантів;

– комбатанти та їхні сім'ї;

– громадські та міжнародні організації;

– волонтери;

– заклади, які спеціалізуються на ресоціалізації комбатантів: традиційні санаторно-курортні підприємства, що сформувались історично на основі рекреаційних ресурсів регіонів, мають відповідну лікувальну базу, досвідчений персонал; курортні підприємства, що створенні останнім часом на основі запровадження ринкових відносин, формування комерціалізованих підходів в профілактиці та реабілітації захворювань; традиційні готельні підприємства, які насичуються обладнанням для надання послуг оздоровлення, надаються послуги масажу, створюються фіто-кімнати; госпіталі для комбатантів, що функціонують на основі комунальної форми власності, надають окремі санаторно-курортні послуги, приймають на лікування не тільки комбатантів, ветеранів війн, але й інших громадян, що потребують лікування і реабілітації відповідного профілю; лікувальні установи СОЗ, що починають працювати на

основах запровадження курортних форм обслуговування; госпіталі для комбатантів системи МОЗ, які призначені для лікування та відновлення комбатантів [4].

#### Методи та засоби державної політики щодо ресоціалізації комбатантів:

1) **Адміністративні**: ліцензування, акредитація й стандартизація діяльності суб'єктів надання комплексу послуг з реабілітації та ресоціалізації [9]; створення квот на працевлаштування [36]; ведення і адміністрування реєстру отримувачів гуманітарної допомоги, який дозволяє контролювати допомогу до найбільш потребуючих людей [50].

2) **Економічні**: фінансування освітніх курсів і професійної перепідготовки [36]; першочергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів); безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів і виробів медичного призначення за рецептами лікарів, а також забезпечення санаторно-курортним лікуванням або одержання компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування [93];

3) **Організаційні**: ідентифікація осіб, які особливо потребують соціальної допомоги, соціальну діагностику; проведення консультацій; заходи з соціальної реабілітації; сприяння організації груп взаємодопомоги та самодопомоги; взаємодія з різними установами та громадськими організаціями; захист прав комбатантів; надання інформації про права і обов'язки; надання правових консультацій [2]; організація проведення медичних консультацій, надання лікарської допомоги, виявлення та лікування хронічних захворювань, контроль за дотриманням норм соціальної гігієни, проведення психіатричної діагностики та направлення в спеціалізовані медичні заклади [62]; розробка різних проєктів адаптації та реабілітації УБД, які повернулися з війни, які включають як індивідуальні послуги, так і групові заходи, такі як психотерапевтичні групи та тренінги [29]; впровадження державних програм/підпрограм по профілактиці інвалідності [5], реабілітації та ресоціалізації комбатантів [36], які, зазвичай, передбачають здійснення наступних заходів: дослідження причин інвалідності; розробка заходів, спрямованих на зменшення випадків інвалідності, включаючи

безпеку виробництва, зменшення професійних захворювань, запобігання дорожньо-транспортних пригод, забезпечення екологічної безпеки; створення скоординованої системи реабілітації осіб з інвалідністю; впровадження заходів, спрямованих на забезпечення осіб з інвалідністю технічними засобами, необхідними для їх соціальної реабілітації; розробка заходів, спрямованих на профілактику органічних вад, спричинених хворобами; вдосконалення системи ранньої діагностики інвалідності; вирішення питань, пов'язаних з усуненням фізичних, інформаційних, комунікаційних та архітектурних бар'єрів, що перешкоджають пересуванню й свободі пересування осіб з інвалідністю; підготовка до самообслуговування й індивідуального догляду, включаючи розвиток комунікативних, рухових і соціальних здібностей, а також комплекс спеціальних заходів, необхідних для адаптації осіб з інвалідністю; створення необхідних умов для відновлення працездатності, професійного навчання, реабілітації та працевлаштування осіб з інвалідністю; підготовка працівників організацій, що займаються реабілітацією осіб з інвалідністю; створення необхідних умов для розвитку творчості, фізичного виховання та спорту серед осіб з інвалідністю [5]; щорічне медичне обстеження і диспансеризація зі залученням необхідних спеціалістів; користування при виході на пенсію (незалежно від часу виходу на пенсію) чи зміні місця роботи поліклініками та госпіталями, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи; першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках і першочергова госпіталізація [93]; координація діяльності суб'єктів надання комплексу послуг з реабілітації та ресоціалізації [9]; надання фізичної та психологічної реабілітації жертвам конфліктів і насильства; реалізація спільних міжнародних проєктів з медичної реабілітації для вирішення гуманітарних проблем; організація мобільних медичних груп для надання невідкладної допомоги в районах, що постраждали від катастроф; направлення медичних працівників до регіонів, де відсутня необхідна медична інфраструктура; організація консультацій та груп підтримки, проведення терапевтичних сесій та тренінгів для психологів; створення програм для підтримки людей з

інвалідністю та забезпечення їх доступу до реабілітаційних послуг; співпраця з неурядовими організаціями для реалізації гуманітарних ініціатив [27].

#### 4) Правові:

– Конституція України – Права і свободи людини, честь і гідність, гарантії, обов'язки [34].

– Кодекс цивільного захисту України – медико-психологічна реабілітація та ресоціалізація комбатантів [28].

– Конвенція «Про права осіб з інвалідністю» – повага, свобода, незалежність, повне й ефективне залучення та включення до суспільства [32].

– **Закони України:** соціальний захист, права військовослужбовців [91]; види, умови пенсійного забезпечення по інвалідності [88]; захист ветеранів війни, поняття і зміст статуту, пільги, гарантії, соціальний захист ветеранів війни [93]; види, права, тривалість, соціальні відпуски [63]; комплекс заходів – абілітація, ерготерапія, психологічна допомога, фізична терапія, принципи реабілітації [90]; психолого-педагогічна, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна, соціальна реабілітації [64]; принципи й цілі соціальних послуг; чинники, які зумовлюють складні життєві обставини [92]; комплекс реабілітаційних заходів для осіб з інвалідністю; психолого-педагогічна, професійна, психологічна реабілітації, соціальна, фізкультурно-спортивна, трудова [89]; створення умов для безперешкодного доступу до об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної інфраструктури, дорожнього сервісу, їх соціальної захищеності, професійна підготовка, працевлаштування, освіта, медичне забезпечення [87].

– **Постанови Уряду:** види захворювання і стани військовослужбовців, що потребують екстреної медичної допомоги [84]; грошова компенсація санітарно-курортного лікування [80]; забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів і установа контролю за якістю реабілітаційних послуг [60]; забезпечення санітарно-курортного лікування з питань соціального захисту [81]; індивідуальні програми реабілітації особи з інвалідністю [75];

безоплатне забезпечення допоміжними засобами реабілітації [82]; забезпечення санітарно-курортним лікуванням [77]; безоплатне забезпечення комбатантів протезуванням та/або ортезуванням виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення [17]; збільшення грошових витрат на медико-соціальну допомогу, харчування в центрах, госпіталях, відділеннях, лікувально-профілактичних закладах (передбачалось збільшення грошових витрат на медико-соціальну допомогу до € 65 (придбання медикаментів, перев'язувальних засобів), харчування – € 55 в центрах, госпіталях, відділеннях, лікувально-профілактичних закладах відповідальність покладено на МОЗ) [86]; соціально-трудова реабілітація; передбачено проведення моніторингу стану виконання заходів органами виконавчої влади, конференцій, семінарів, нарад й інших заходів [94]; медична реабілітації [79]; забезпечення безплатними санаторно-курортними путівками в ЗОЗ [78]; визначено основні шляхи і способи, завдання, заходи розв'язання проблем які виникли при реабілітації та реадaptaції військовослужбовців і членів їх сімей згідно міжнародного досвіду (США, Хорватії, Ізраїлю). За прогнозовано охоплено послугами із психологічної реадaptaцією від 80–100 % за період 2019-2023 рр. та прописано орієнтовний обсяг видатків [77]; визначено зміст, обсяг, умови та порядок здійснення фізкультурно-спортивної реабілітації, показники її якості для суб'єктів усіх форм власності, які надають послугу із фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранам війни, членам їх сімей та сімей загиблих (померлих) ветеранів війни; затверджено соціальний стандарт фізкультурно-спортивної реабілітації (місце, строки, принципи, зміст послуг, оцінка ефективності) [68]; передбачено стан пацієнтів і рівень надання реабілітаційні послуг у ЗОЗ: на рівні амбулаторного відділення післягострої та довготривалої реабілітації у ЗОЗ різного профілю незалежно від форми власності; амбулаторний реабілітаційний заклад що надає реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах за однією або кількома з професій фахівців з реабілітації: фізична та реабілітаційна медицина, фізична терапія, ерготерапія, терапія мови та мовлення тощо протягом післягострого та довготривалого

реабілітаційних періодів тривалістю до 60 хв.; мобільний режим надання реабілітаційної допомоги це модель роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди чи окремих фахівців з реабілітації стаціонарних або амбулаторних відділень після гострої та довготривалої реабілітації, що полягає у наданні реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду за місцем перебування пацієнта в нереабілітаційних відділеннях ЗОЗ; палата гострої реабілітації у ЗОЗ – структурна одиниця нереабілітаційного відділення, підрозділу для надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду мультидисциплінарними реабілітаційними командами або окремими фахівцями з реабілітації особам; домашня реабілітація – реабілітаційна допомога у територіальній громаді, що надається за місцем проживання (перебування) особи, яка потребує реабілітації, протягом після гострого та довготривалого реабілітаційних періодів поза реабілітаційним закладом або ЗОЗ [58]; перелік заходів з реабілітації: фізична та реабілітаційна медицина, ерготерапія, психологічна терапія [59]; лікування, реабілітація за кордоном [67]; вказано на всі види, всіх рівнях надання психологічної допомоги (первинний (соціально-психологічна), вторинний (психологічна), третинний (медико-психологічна допомога) мультидисциплінарною командою (соціальний супровід, адаптація, консультування) як це відмічається у міжнародних законодавчих документів [16]; допоміжні засоби реабілітації, які можуть надаватись особам з обмеженнями повсякденного функціонування [65]; гарантії медичного обслуговування, пакети медичних послуг [17].

– Накази Міноборони: затверджено положення про психологічну реабілітацію комбатантів [76]; затверджено Інструкцію про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у ЗСУ [72].

– Накази Мінсоцполітики: затверджено Перелік соціальних послуг, що надаються особам (зокрема, комбатантам), які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самотійно їх подолати [73].

– Накази МОЗ: затверджено План заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації комбатантів [74]; затверджено Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу [83]; затверджено та впроваджено медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при ПТСР [85].

– Накази Генерального штабу ЗСУ: затверджено Інструкції з організації психологічної декомпресії комбатантів [71].

5) **Психологічні**: проведення психологічних консультацій; корекційні заходи та допомога в адаптації особистості; підтримка в кризових ситуаціях та умовах ПТСР; проведення психопрофілактики стресу; навчання методам аутотренінгу та саморегуляції; організація психологічних тренінгів [29].

Зрештою слід зазначити, що вищенаведений перелік елементів державної політики щодо ресоціалізації комбатантів доповнює методологію означеного процесу. При цьому її належне використання є «фундаментом» прийняття зважених державно-управлінських рішень у цій царині.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

#### 2.1 Результати державної політики щодо ресоціалізації комбатантів

Державну політику України щодо ресоціалізації, а також медичної та психологічної реабілітації комбатантів умовно можна поділити на три основні етапи становлення:

Перший етап (1991–2000 рр.) – перехід від радянської моделі до нових підходів; ухвалено перші нормативні акти, що лише частково регулювали надання послуг з ресоціалізації та реабілітації.

Другий етап (2000–2014 рр.) – поступове вдосконалення законодавства, зокрема рушійною силою цього періоду став у 2005 році Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», що заклав правові засади для системнішого підходу до ресоціалізації та реабілітації.

Третій етап (2014 – наш час) – сформувався як відповідь на повномасштабну військову агресію РФ та гуманітарну кризу; став початком новітнього підходу щодо державної політики до ресоціалізації та реабілітації комбатантів. Основою нової системи стала біопсихосоціальна модель, яка є орієнтованою на принципи доказової медицини [42].

З початком широкомасштабної війни в Україні (2022 р.), на прохання українських високопосадовців, Представництва НАТО в Україні та Програма переходу до військової кар'єри, зокрема, дослідили шляхи підтримки комбатантів у їхній психологічній стійкості, а також зосередилися на забезпеченні вагомого внеску в посилення інституційної спроможності залучених ЦОВВ і категорій бенефіціарів через розвиток добре структурованої системи психічного здоров'я УБД і ветеранів. Здійснюється надання допомоги у підвищенні стійкості фахівців у сфері психічного здоров'я, головним чином шляхом навчання психологів. Також Програма залучила національних і

міжнародних експертів для проведення тренінгу з травмотерапії для очей, який був успішно завершений і наразі розглядається його наступний етап. Виконавцем Програми визначено Агенцію НАТО з питань забезпечення, чию діяльність було спрямовано на таке:

- підвищення стандартів і довгострокової стабільності медичних служб України у сфері лікування та реабілітації поранених комбатантів, а також їх ресоціалізації;

- сприяння доступу пацієнтів до послуг з медичної та психологічної реабілітації, лікувального обладнання, послуг з трудової та спортивної реабілітації, а також ресоціалізації комбатантів;

- надання закладам з ресоціалізації та медичної реабілітації належного обладнання і забезпечити підготовку персоналу задля покращання їхніх послуг (зокрема на підтримку центрів протезування) [27].

До 24 лютого 2022 р. для більшості населення України наведена теза не мала особистісного змісту, її не розглядали навіть у психологічному фаховому колі як перспективний і нагальний напрям реалізації практичної діяльності. Початок повномасштабної військової агресії РФ проти України спричинив виникнення глобального суспільного запиту щодо надання нагальної психологічної допомоги безпосереднім учасникам війни. Цей запит зумовлений не точковою вимогою окремих громадян чи громадських об'єднань – він викликаний актуальною ситуацією повномасштабних жорстоких воєнних баталій на території нашої держави. Нині кожна українська родина стикнулася з війною. Повернення наших захисників потребує створення умов для їх асиміляції до мирного життя та формування ефективних стратегій взаємодії з близьким і широким соціальним колом стосунків [44].

Починаючи з 2022 р. чисельність ЗСУ суттєво зросла. Якщо у період 2014–2021 років до лав ЗСУ входило близько 250 тис. осіб, то вже у 2023 р. ця кількість збільшилася до приблизно 700 тис., що стало показником значної мобілізації та розширення обороноздатності країни. Станом на 2025 р. чисельність комбатантів зросла ще більше, перевищивши 1 млн осіб. Така

динаміка підкреслює високий рівень готовності України протистояти зовнішній агресії. Додатково до активного складу військових, у резерві перебуває ще близько 1 млн осіб, готових у разі необхідності долучитися до захисту держави [14].

Вік майбутніх ветеранів (тих, хто нині протистоїть повномасштабному військовому вторгненню РФ) становитиме 25–45 років, а це для більшості людей є періодом найвищої соціальної активності та працездатності [35]. Це означає, що навіть ті, хто зазнає певних обмежень за станом здоров'я через поранення або психологічні травми, залишатимуться потенційно важливою складовою економічно активного населення. Зважаючи на демографічні тенденції в Україні, де питання працездатного населення є вкрай важливим, соціальна інтеграція ветеранів стає моральним й економічним завданням [56]. Ба більше, ветерани з бойовим досвідом повинні не просто повернутися додому, але й знайти своє місце в мирному житті. Прийти додому, в родину, інтегруватися в громаді, отримати можливість перенавчання на якусь цивільну спеціальність і потім працевлаштуватися [36].

Наведені дані свідчать не лише про масштабність мобілізації, але й про високий рівень підтримки українцями ЗСУ. Значна частина працівників штатів українських компаній зараз перебувають у ЗСУ, виконуючи обов'язок захисту країни. У майбутньому, коли військові дії завершаться, більшість цих людей повертатимуться до цивільного життя і до своєї попередньої трудової діяльності. Але цей процес не буде простим, оскільки багато з них потребуватимуть адаптації до нових умов, перепідготовки чи навіть зміни професійного профілю [56]. За оцінками Мінветеранів, після закінчення військового стану 20 % населення України потребуватиме підтримки держави у вигляді соціальних послуг для ветеранів. В Україні близько 1 млн людей вже мають статус ветеранів. Державні інститути та суспільство зобов'язані адаптувати громадянське життя до потреб ветеранів та їх сімей [103].

Слід зауважити, що оскільки в Україні і нині (уже майже чотири роки) триває повномасштабна військова агресія РФ («лінія фронту» розтягнулася на

більш як 1,2 тис км, де тривають доволі запеклі бої), на сайті Мінветеранів (як і на інших «майданчиках») відсутня практично будь-яка інформація як про чисельність діючих комбатантів, так і число тих, хто після демобілізації потребує відновлення ментального здоров'я та ресоціалізації.

Варто відзначити, що на морально-психологічний стан значної кількості комбатантів позитивно можуть впливати такі чинники: високий рівень стресостійкості, фізичної готовності й підготовленості, психологічної та військово-професійної підготовки, а також до застосування різних видів озброєння; ціннісно-мотиваційний компонент, повага до власної армії (зокрема, ЗСУ), до своєї держави; постійне самовдосконалення [22].

76,0 % брали пряму участь у вогневому зіткненні із супротивником. З них 71,0 % отримали тілесні ушкодження чи захворювання під час служби, які зараз також впливають на їхнє життя. 57,0 % отримали черепно-мозкову травму, або контузію. 38 % кваліфікують себе як особа з інвалідністю. 72,0 % опитаних зверталися по медичну допомогу після закінчення служби. 35,0 % були незадоволені якістю наданих медичних послуг. Екскомбатанти оцінюють своє психологічне та психічне здоров'я гірше, ніж цивільні особи. Лише 34 % з них вважають, що їм потрібна психологічна допомога [114].

Держава забезпечує екскомбатантам та екскомбатанткам безоплатне проходження психологічної реабілітації, включно з компенсацією проїзду, але кількість екскомбатантів та екскомбатанток що скористалися цією програмою принаймні один раз, є низькою – на рівні 26,0 %. Тих, хто продовжив користуватись програмою, ще менше – 19,0 %.

57,0 % екскомбатантів та екскомбатанток очікують на отримання кваліфікованої психологічної підтримки (в т. ч. 31,0 % висловлює потребу в психологічній підтримці разом з партнеркою/ом). Також дослідження виявило, що УБД найчастіше потребують психологічної допомоги через: конфлікти у родині – 54,0 %, психосоматичні прояви стресу (порушення сну, апетиту, тривожність) – 24,0 %, неконтрольовані приступи агресії – 12,0 %, думки про суїцидальну поведінку/самоушкодження – 6,0 %, проблеми з надмірним

вживанням психоактивних речовин – 4 %. Також це дослідження показало, що Окрім цього, було зазначено, що у більшості регіонів дії мобільних бригад відсутня інфраструктура надавачів якісних стандартизованих психологічних послуг, що унеможлиблює процес якісної психологічної реабілітації в регіоні проживання, особливо у частині пере направлення до здійснення подальшої терапевтичної інтервенції після первинної оцінки психологічного стану психологами мобільної бригади. Тільки невеликий % випадків звернення щодо тривалої психологічної допомоги, в основному в обласних центрах, може бути задоволений та відповідає міжнародним протоколам і стандартам якості послуг психологічної реабілітації.

Поширеність ПТСР серед екскомбатантів та екскомбатанток залежала від їхнього бойового досвіду – серед постійних комбатантів, які не брали участі у бойових діях, поширеність ПТСР складала 5,0 %, а серед тих, хто брав – 9,4%. Водночас поширеність ПТСР також залежала від останнього досвіду перед звільненням зі служби. Серед тих, хто брав участь у бойовій ролі, ПТСР виявлено у 17,0 % на противагу 6,0 % серед тих, хто під час останнього досвіду не брав участі у бойових діях [3].

95,0 % комбатантів потребують саме психологічної висококваліфікованої допомоги для повернення їх до військових лав, мирного життя [26]. Кожного шостого комбатанта часто турбують нав'язливі спогади. Двоє з шести комбатантів іноді турбують нав'язливі спогади, постійно – третину. Хоча нав'язливі спогади не є постійними, вони все ж таки з'являються досить часто, викликаючи дискомфорт і потребуючи епізодичної психотерапевтичної допомоги. Лише кожного шостого комбатанта не турбують нав'язливі спогади. Це є позитивним показником, оскільки цей комбатант не відчуває постійного впливу травматичних спогадів на своє психічне здоров'я. Таким чином, дві третини опитаних комбатантів турбують нав'язливі спогади про травматичні події. Половина опитаних комбатантів відзначили часту або дуже часту зміну настрою, що підкреслює необхідність забезпечення регулярної та інтенсивної психологічної допомоги для цих осіб. Інші комбатанти, які відчувають іноді або

рідко зміну настрою, також потребують підтримки, але, менш інтенсивної. Один комбатант зі стабільним настроєм показує, що навіть серед важкопоранених є випадки емоційної стійкості. Половина почуваються дуже невпевненими у собі, що свідчить про серйозні проблеми з самооцінкою та потребу в інтенсивній психологічній підтримці. Кожний шостий відчуває невпевненість. Лише третина комбатантів почуваються помірно впевненими, що є відносно позитивним показником. Відсутність дуже впевнених комбатантів підкреслює необхідність заходів, спрямованих на підвищення рівня впевненості у всіх постраждалих. Дві третини комбатантів відчувають достатню або значну підтримку з боку свого оточення, що сприяє їхньому психологічному відновленню і адаптації після важких травм. Однак третина все ще потребують більшої уваги та підтримки для покращання їхнього стану і емоційного відновлення [53].

У більшості областей України обласними радами прийнято комплексні цільові програми допомоги екскомбатантам. Але такі самі програми відсутні в містах районного значення. Відтак, чинні програми не покривають потреб екскомбатантів та екскомбатанток. Окремо слід відзначити наявність в органах місцевого самоврядування окремих програм спортивного напрямку (організація змагань, занять спортом тощо). Ці програми спонукають екскомбатантів та екскомбатанток рухатись, відроджують мотивацію до змагань, а відтак і допомагають у подальшій реабілітації та реінтеграції [3].

Про певні успіхи у цій царині (хоча і секторально) наочно свідчать високі досягнення збірної України на «Іграх незламних» є результатом титанічної роботи фахівців спортивної і соціальної сфер, що формували у людей з обмеженими фізичними можливостями високу спортивну майстерність і сприяли досягненню військовослужбовцями найвищих результатів у різних видах змагальної діяльності людей, котрі мають аналогічні проблеми зі здоров'ям. Фахівцями соціальної сфери, які з великим ентузіазмом і запалом щодня роблять неоціненний вклад у розвиток процесу соціальної реабілітації, є соціальні працівники та педагоги, психологи, спеціально підготовлені тренери-

реабілітологи, лікарі, масажисти тощо. Саме їхня титанічна праця і участь у спортивних змаганнях розвивають гуманістичну, виховну, інтегративну, змагальну, соціалізуючу, комунікативну, рекреаційно-оздоровчу, розвиваючу і освітню функції у комбатантів, що отримали інвалідність [13].

Також прикладами успішного застосування технологічних інновацій є реалізація: проєкту «Безпечне майбутнє», що започаткував використання телемедицини для надання медичних консультацій у віддалених районах і створення мобільного додатку для моніторингу стану здоров'я пацієнтів; освітнього проєкту «Медична академія», що забезпечив організацію віртуальних курсів і тренінгів для медичних працівників з використанням VR, а також доступ до електронних медичних записів і ресурсів для навчання [27].

Зрештою слід погодитися, що успіх ресоціалізації (зокрема, комбатантів) залежить від трьох груп чинників.

До першої групи належать ті психологічні утворення, що визначають особистісні характеристики людини: світогляд, риси характеру, темперамент, інтелект, правосвідомість, мораль, моральність, етика тощо.

До другої – умови зовнішнього середовища, що оточує особистість. Фактично мова йде про соціальну ситуацію розвитку, яка включає такі аспекти як освітній рівень, сформованість навичок для забезпечення високої якості життя, житлово-побутові умови, члени родини та взаємини з ними, місце у референтній групі тощо.

До третьої групи відносяться чинники, пов'язані зі стійкістю асоціальних установок, їх вкоріненістю в структуру особистості, яка мають труднощі соціально-психологічної адаптації – ступінь соціальної відчуженості особистості, характер асоціальної (або навіть делінквентної) діяльності, її тривалість, стан мікросередовища, в яке вона входить [11].

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, що попри численні зусилля держави та представників громадянського суспільства (міжнародних організацій, громадських організацій, волонтерів...) і на тлі обмеженої публічності цього процесу, в Україні допоки зберігається істотний інтерес до

даної проблематики. А зважаючи на її специфіку, цей інтерес буде активним ще, щонайменше, декілька десятиліть. При цьому слід зважати на ті проблеми, що унеможливають/ускладнюють максимізацію результативності реалізації державної політики щодо ресоціалізації комбатантів.

## 2.2 Проблеми зі забезпеченням ресоціалізації комбатантів

Повернення комбатантів до цивільного життя після служби в армії може супроводжуватися фізичними та психологічними труднощами [56].

Затяжний характер російської збройної агресії призводить до збільшення числа українських захисників, які в найближчій перспективі отримають статус «ветеран війни». Воєнні дії негативно впливають на демографічні показники, зростає кількість інвалідів у працездатному віці. Створюються реальні ризики значних втрат робочої сили та погіршення її кваліфікаційного складу. Недооцінка глибини проблем, пов'язаних з реінтеграцією ветеранів, особливо важкопоранених, може призвести до серйозних соціальних й економічних наслідків. Важкопоранені комбатанти стикаються з численними перешкодами на шляху до працевлаштування [15]. Так, зокрема, слід виділити наступні проблеми, з якими можуть зіткнутися важкопоранені комбатанти:

- фізичні обмеження: багато з них мають інвалідність, яка може ускладнювати їм виконання повсякденних завдань;
- психологічні проблеми: ПТСР, тривога, депресія та інші психічні розлади є поширеними проблемами серед ветеранів;
- соціальна ізоляція: деякі ветерани можуть відчувати себе ізольованими від суспільства, адже їхній досвід війни часто незрозумілий для людей, які не брали в ній участі;
- фінансові проблеми: багато ветеранів мають фінансові проблеми, адже вони можуть не мати можливості працювати або отримувати достатньо пенсії;

– труднощі з працевлаштуванням: знайти роботу, яка відповідає їхнім можливостям і кваліфікації, може бути складно для ветеранів, які мають інвалідність або психологічні проблеми [105; 122];

– дискримінацію на ринку праці. існують випадки, що деякі роботодавці упереджено ставляться до ветеранів, вважаючи їх менш ефективними працівниками через фізичні обмеження чи можливі емоційні нестабільності;

– низьку адаптацію робочих місць, багато з яких не пристосовані для людей з інвалідністю, що ускладнює їх доступ до праці навіть за наявності відповідної кваліфікації;

– обмеженість доступу до освіти й професійної підготовки; після повернення з війни багато комбатантів потребують нових знань і навичок, проте через фінансові, фізичні чи організаційні бар'єри вони не завжди можуть пройти необхідне навчання чи перекваліфікацію;

– проблеми психологічної адаптації. тривалий вплив бойових дій часто залишає слід у вигляді ПТСР, тривожності чи депресії, що впливає на здатність ефективно працювати та взаємодіяти з колективом [15].

Родини важкопоранених комбатантів стикаються зі значними фінансовими проблемами, які виникають через різке зниження рівня доходів і суттєве зростання витрат. Поранення військовослужбовця зазвичай призводить до часткової або повної втрати ним працездатності, що обмежує його можливість виконувати професійні обов'язки або змушує залишити роботу. У результаті сім'я втрачає важливе джерело доходу, особливо якщо комбатант був головним годувальником. Одночасно витрати сім'ї стрімко зростають. Реабілітація важкопораненого комбатанта, яка часто триває місяцями чи навіть роками, вимагає значні фінансові вкладення. До них належать:

– оплата медичних процедур і ліків, які не завжди покриваються державними програмами або страховкою;

– придбання спеціального обладнання (протези, інвалідні візки, засобів для пересування чи пристосувань для дому);

– витрати на транспорт для поїздок до медичних закладів або реабілітаційних центрів;

– адаптація житла до потреб пораненого (зміна інтер'єру, обладнання спеціальних приміщень).

Вищеперераховані витрати часто перевищують фінансові можливості звичайної сім'ї, особливо якщо вона не має заощаджень чи додаткових джерел доходу. Більше того, деякі члени родини (партнери чи батьки) можуть бути змушені залишити роботу чи скоротити робочий час, щоб доглядати за пораненим, чим ще більше ускладнюється фінансове становище родини.

Додатковий тягар створює бюрократична складова. Попри існування державних програм допомоги ветеранам, отримання виплат чи компенсацій часто пов'язане з тривалими процедурами, великою кількістю документів і довгим очікуванням. У цей період сім'я залишається сам на сам зі своїми проблемами. Така ситуація створює значний емоційний і психологічний тиск на всіх членів родини. Постійний пошук способів вирішення фінансових питань може викликати стрес, відчуття безнадії й навіть конфлікти між членами сім'ї. Нестабільне фінансове становище може впливати на можливість надання якісної медичної допомоги пораненому і уповільнювати його процес реабілітації [54].

Проте це не лише їхні особисті проблеми, це і проблеми інших об'єктів реалізації державної політики щодо ресоціалізації комбатантів (зокрема, родин комбатантів, уповноважених органів публічного управління, міжнародних і громадських організацій, волонтерів, закладів, що причетні до цього процесу).

Значна частина тих, хто повернеться, буде мати травми чи інвалідність, які впливатимуть на їхню здатність виконувати попередню роботу. Для таких осіб необхідно створювати умови, що враховують їхні фізичні можливості, зокрема адаптувати робочі місця або пропонувати нові ролі, які вони зможуть виконувати. Фізичні травми ПТСР суттєво впливають на здатність комбатантів адаптуватися до нових умов і успішно проходити навчальні програми. Без належної психологічної підтримки, індивідуальних консультацій з

психотерапевтами й групових сесій з психологами, ветерани можуть зіткнутися з труднощами у подоланні своїх внутрішніх бар'єрів, що ускладнить їхній процес реабілітації та працевлаштування:

1) Багато комбатантів зазнали значного стресу та травматичного досвіду під час бойових дій. Це впливає на їхню емоційну стабільність, здатність до взаємодії з колегами і ефективність роботи. Роботодавцям важливо забезпечити підтримку психологів, коучів й інших спеціалістів для полегшення інтеграції таких працівників у робочі колективи.

2) За час перебування у війську технології, процеси та стандарти у багатьох галузях могли суттєво змінитися. Постає потреба в перенавчанні працівників, які повертаються, аби вони могли відповідати сучасним вимогам ринку праці.

3) Деякі важкопоранені комбатанти після повернення захочуть змінити сферу діяльності або розпочати власний бізнес. Тому важливо впроваджувати програми професійного навчання, державного й корпоративного фінансування стартапів і створювати мережі підтримки для ветеранів-підприємців.

4) Компаніям слід враховувати, що повернення комбатантів потребує гнучкого підходу, зокрема у графіку роботи, обсязі завдань і умовах праці. Для роботодавців повернення важкопоранених комбатантів із війська стане викликом, але водночас це можливість для компаній продемонструвати свою соціальну відповідальність [56].

Проблемою залишається дефіцит належного методичного забезпечення щодо реалізації проєктів, єдиних вимог для оформлення документів звітної документації, що значно ускладнює процес їх підготовки [19].

Важливою проблемою є потреба у створенні адаптивних програм професійної перепідготовки, які враховують фізичні обмеження, психологічний стан, потреби ринку праці та індивідуальні здібності ветеранів. Крім того, важливим залишається питання мотивації до навчання, подолання психологічних бар'єрів і забезпечення рівного доступу до освітніх і професійних можливостей. Існуючі моделі перепідготовки почасти не

відповідають специфічним потребам важкопоранених комбатантів. Недостатня увага до індивідуалізації підходів, відсутність належного фінансування та обмежені можливості професійного консультування ускладнюють процес соціально-професійної реінтеграції [56].

Міжвідомча неузгодженість та низький рівень координації діяльності між структурними підрозділами різних міністерств може створити значні проблеми в забезпеченні ефективності реалізації поставлених завдань, порушення технологічності процесу та створення зони конфлікту інтересів із питань державного контролю та нагляду. Значною проблемою функціонування системи реабілітації є розпорошеність останньої між кількома міністерствами, що через відсутність координації призводить до порушення цілісності реабілітаційного процесу [9].

Проведені узагальнення наукових публікацій за даною проблематикою дозволило виокремити наступний ряд проблем, які перешкоджають ресоціалізації та соціальній реабілітації комбатантів, а саме:

- відсутність єдиної державної політики в сфері ціноутворення (хоча б для соціально незахищених верств населення та окремих категорій рекреантів), відсутність системи державної сертифікації санаторно-курортних послуг [4];

- відсутність спеціально підготовлених тренерів-реабілітологів і соціальних працівників, які б спеціалізувалися виключно на спортивно-реабілітаційній роботі з інвалідами військової служби;

- відсутність достатньої кількості технічних (ліфтів, пандусів, спеціально обладнаних перил, допоміжних засобів для пересування, орієнтації в просторі, спілкування і обміну інформацією тощо) засобів реабілітації, адаптації на територіях спортивних комплексів, реабілітаційних центрів для інвалідів військової служби;

- недостатність фінансової підтримки з боку держави реабілітаційно-адаптаційних заходів для учасників бойових дій, які стали інвалідами під час виконання службових обов'язків [13];

– недостатня інституціоналізація та фрагментарність державної політики з питань психологічної підтримки;

– недоліки в розвитку вітчизняної психологічної науки і психологічної освіти як головних підвалин успішного вирішення цієї проблеми в національному масштабі;

– вузько відомча підпорядкованість політики з питань психологічної підтримки [100];

– не запроваджено уніфікованого національного реєстру надавачів психологічної допомоги (юридичних і фізичних осіб), що не дає змоги реально оцінити їхній кількісний та якісний склад, потенційні можливості задоволення відповідних суспільних потреб;

– не створено систему контролю якості та результативності надаваних психологічних послуг;

– передбачені координаційні заходи охоплюють переважно лише фахівців, підготовлених у межах міжнародних проєктів або так чи інакше пов'язаних з реалізацією цих проєктів, і не поширюються на доволі численний загін психологів державного та недержавного сектору, котрі в умовах війни надають (на волонтерських засадах або на засадах приватного підприємництва) психологічну допомогу населенню, яка є співмірною за обсягами з тією, що надається охопленими координаційними заходами особами і організаціями;

– не розроблено науково обґрунтованого прогнозу потреби в кадровому ресурсі психологів, необхідному для мінімізації в середньо- та довгостроковій перспективі соціально-економічних втрат від спричиненого війною психотравмування громадян України, не визначено завдань поетапного нарощування цього ресурсу (його підготовки, розподілу, підвищення кваліфікації);

– штучно звужено коло національних партнерів здійснюваних заходів, не виправдано ігноруються як партнери вітчизняні наукові установи та провідні заклади вищої освіти. В оприлюдненому списку партнерів фігурують лише два українські університети, їхні психологічні та психіатричні структурні підрозділи і немає жодної наукової установи психологічного профілю;

– недостатня увага приділяється превенції психотравмування, підвищенню рівня резильєнтності населення. Заплановані заходи спрямовані майже виключно на відновлення здоров'я осіб з набутими в умовах війни психічними розладами, тобто на подолання наслідків травмування, що, звичайно, є дуже важливим, але жодною мірою не виправдовує нехтування превентивними заходами, які покликані підвищити психологічну стійкість громадян, знизити ймовірність їхнього психотравмування. Ці заходи проголошуються побіжно і суто декларативно;

– не передбачено конкретних завдань, форм і напрямів розгортання в Україні широкомасштабної психоедукаційної кампанії, розрахованої на довгострокову перспективу, тоді як приклад передових зарубіжних країн переконливо свідчить, що саме психоедукація (психологічна просвіта) населення дає змогу забезпечити ефективне функціонування всієї системи охорони психічного здоров'я;

– незадовільно, іноді з ризиками ретравматизації, здійснюється популяризація, соціальна реклама з ініційованої першою леді програми [115];

– недостатня поінформованість суспільства, у т.ч. приватний та громадський сектори, про різновиди та можливості публічної дипломатії у сфері медичної реабілітації;

– відсутність чіткої стратегії та координації між державними і недержавними інституціями у використанні публічної дипломатії для підтримки медичної реабілітації;

– наявність соціальних викликів, що пов'язані з економічними, політичними і культурними розбіжностями, які ускладнюють ефективну взаємодію між країнами і організаціями в контексті публічної дипломатії [27].

Отож, вищенаведені проблеми потребують вирішення, що передбачає вдосконалення державної політики щодо ресоціалізації комбатантів.

## РОЗДІЛ 3

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

#### 3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо ресоціалізації комбатантів

Порівнюючи модель адаптації комбатантів, які повернулися із зони бойових дій в Україні та за кордоном, можна виявити певні різниці. Наприклад, у Ізраїлі комбатанти спочатку направляються до реабілітаційних таборів, де працюють психологи та психотерапевти, і лише потім повертаються у повсякденне життя. У США використовують методи рекреації для стабілізації внутрішнього стану особистості через центри рекреаційної терапії. В Німеччині система реабілітації інтегрована у систему соціального захисту, яка охоплює пенсійне страхування, страхування від хвороб, страхування на випадок догляду, страхування від нещасного випадку та страхування від безробіття [62].

Юридична доктрина розглядає ресоціалізацію як шлях повноцінного повернення людини, що відбувала покарання в місцях позбавлення волі, в суспільство. Тож з юридичної точки зору термін «ресоціалізація» в німецькій правовій доктрині містить у собі такі складники, як інтеграція та реабілітація людей. Реабілітація означає допомогу для реінтеграції в суспільство. Еволюція поглядів на ресоціалізацію свідчить про те, що відбувся фундаментальний перегляд цього соціального інституту в бік людино-центризму [101]. Незалежно від фінансових та організаційних труднощів, держава повинна забезпечити примусове виконання, щоб досягти визначеної мети [112].

Управлінська модель реабілітації в Німеччині є децентралізованою та багаторівневою. Ключову роль відіграють Rehabilitationsträger, до яких належать установи медичного страхування, пенсійного забезпечення, страхування від нещасних випадків, а також органи соціального захисту та

зайнятості. Їхні повноваження розподілені залежно від типу порушення здоров'я, віку, статусу зайнятості й інших чинників. Координація між різними установами забезпечується шляхом укладання міжвідомчих угод, використання єдиної системи обміну інформацією та застосування принципу «одного вікна» для подання заяв особами з інвалідністю. Особлива увага в німецькій моделі приділяється професійній реабілітації як засобу економічної та соціальної інтеграції. Існує розгалужена мережа реабілітаційних центрів, включаючи Центри професійної підготовки та майстерні для людей з інвалідністю, що забезпечують професійну підготовку, перекваліфікацію, а також адаптацію робочих місць до потреб осіб з інвалідністю. Поряд з цим реалізуються програми супроводу, наставництва й інклюзивного працевлаштування за підтримки держави [111]. Німецький підхід підкреслює необхідність не лише технічного або медичного втручання, а насамперед поваги до людської гідності та суб'єктності осіб з інвалідністю. Забезпечується індивідуалізація планів реабілітації, участь самих осіб з інвалідністю у прийнятті рішень, правова підтримка та прозорість процедур. Така модель є прикладом ефективного державного управління, заснованого на інтеграції соціальної політики, охорони здоров'я, освіти, зайнятості й правового захисту.

У Франції система державного управління у сфері ресоціалізації комбатантів (передусім, осіб з інвалідністю) є глибоко інтегрованою в ширший контекст соціальної політики, охорони здоров'я, освіти та працевлаштування, і базується на принципах інклюзивності, поваги до людської гідності та права на автономне життя. Французька держава визнає інвалідність не лише як медичний чи фізичний стан, а як соціальне явище, що потребує комплексного, міждисциплінарного і багатоаспектного підходу з боку органів публічної влади [104]. Ресоціалізація охоплює медичний, психосоціальний та професійний компоненти. Медичні послуги реабілітації, включаючи психологічну допомогу, фізіотерапію, ерготерапію, логопедію і ортопедичне забезпечення, надаються через мережу медико-соціальних закладів [113], лікарень і спеціалізованих центрів реабілітації. Фінансування здійснюється за рахунок державного

медичного страхування і регіональних фондів охорони здоров'я. Законодавство Франції передбачає обов'язкове забезпечення доступності для осіб з обмеженими можливостями у всіх новозбудованих і реконструйованих об'єктах публічного призначення. У сфері цифрової інклюзії активно впроваджуються інструменти електронного урядування, цифрові послуги та спеціалізовані мобільні додатки для людей з сенсорними чи моторними порушеннями.

В Іспанії державне управління у сфері ресоціалізації комбатантів (передусім, осіб з інвалідністю) здійснюється на основі принципів недискримінації, рівності можливостей, поваги до людської гідності, інклюзії й участі в соціальному житті. Іспанська модель державного управління у цій сфері відзначається високим рівнем децентралізації, що дозволяє автономним спільнотам (комунітас автономас) адаптувати політику відповідно до потреб конкретних регіонів, водночас забезпечуючи дотримання загальнонаціональних стандартів. Інституційно-організаційна модель базується на розгалуженій системі реабілітаційних послуг, які охоплюють медичну, психологічну, педагогічну, соціальну та професійну підтримку. Медична реабілітація є частиною загальної системи охорони здоров'я, що гарантує доступ до послуг фізіотерапії, ерготерапії, логопедії та психологічної допомоги через первинну ланку медичних закладів і спеціалізовані реабілітаційні центри. Ці послуги фінансуються через систему загального медичного страхування [104]. Освітня реабілітація охоплює як інклюзивну освіту, так і спеціалізовані освітні заклади. Законодавство Іспанії гарантує право на освіту в звичайних школах із належними умовами адаптації навчального процесу – це включає надання педагогічних асистентів, адаптованих програм, ресурсних кімнат й індивідуалізованих навчальних планів. Разом із тим, для учнів з тяжкими формами інвалідності існують спеціалізовані школи, які забезпечують інтенсивну педагогічну та медико-соціальну підтримку [118]. Крім того, роботодавці зобов'язані дотримуватись квоти у 2 % для працевлаштування осіб з інвалідністю, а у разі її недотримання – вживати альтернативних заходів,

зокрема замовлення послуг або продукції у підприємств, що працевлаштовують таких осіб [117]. Інформаційна й цифрова інклюзія також є важливим напрямом політики. Уряд Іспанії підтримує розвиток електронних платформ для надання публічних послуг людям з інвалідністю, розробку цифрових навчальних ресурсів і мобільних додатків з урахуванням потреб осіб із сенсорними та когнітивними порушеннями. Загалом державне управління у сфері реабілітації осіб з інвалідністю в Іспанії характеризується комплексністю, міжвідомчою взаємодією, децентралізованим підходом до надання послуг, активною участю громадськості й орієнтацією на права людини. Така модель демонструє стабільне функціонування, здатність до адаптації в умовах викликів сучасності та забезпечує високу якість життя для осіб з інвалідністю завдяки збалансованому поєднанню державної політики, місцевого самоврядування та громадського сектору [104].

Реабілітація в Швеції розглядається як довготривалий і безперервний процес, спрямований не лише на відновлення втрачених функцій, а й на формування умов для автономного життя. Особам з інвалідністю надаються індивідуальні плани підтримки, які розробляються з їхньою безпосередньою участю. Такий підхід дозволяє врахувати особливості кожного випадку, побажання особи та її соціальне оточення. До плану можуть входити різноманітні послуги – від персонального асистента і допомоги в повсякденному житті до підтримки у працевлаштуванні чи навчанні. У сфері професійної реабілітації діє система підтриманого працевлаштування, а також квоти та субсидії для роботодавців, які створюють робочі місця для осіб з інвалідністю [119]. Значна увага приділяється інклюзивній освіті: діти з інвалідністю навчаються у звичайних школах із доступом до індивідуалізованої педагогічної підтримки, технічних засобів навчання, помічників тощо. Управління в цій сфері спирається також на цифрові інструменти: ведення електронних баз даних, портали для самостійного подання заявок на послуги, мобільні додатки для взаємодії з персональним асистентом чи лікарем, а також платформи онлайн-реабілітації. Швеція активно розвиває концепцію

«розумного середовища», у якому особа з інвалідністю отримує можливість жити незалежно, користуючись цифровими сервісами для організації побуту, спілкування та роботи. Таким чином, шведська модель державного управління процесом ресоціалізації комбатантів (передусім, осіб з інвалідністю) демонструє високий рівень інституційної організованості, правового захисту, міжгалузевої інтеграції та персоніфікованого підходу до кожного громадянина. Вона зорієнтована не на пасивну допомогу, а на створення передумов для активної соціальної участі, що відповідає європейським стандартам прав людини й концепції сталого розвитку [104].

У США накопичено чималий досвід у захисті гідного співіснування у своєму суспільстві людей з особливими потребами. Це Закон «Americans with Disabilities Act» (далі – ADA), який забороняє дискримінацію людей з інвалідністю у працевлаштуванні, на транспорті, при громадському розміщенні, при отриманні послуг зв'язку, при доступі до державних і місцевих урядових програм і послуг. Для створення гідного середовища людям з особливими потребами у США залучені чимало установ та організацій. Так, наприклад, Комісія з рівних можливостей працевлаштування США слідкує за дотриманням статей ADA, які забороняють приватним роботодавцям, державним і місцевим органам влади, агентствам з працевлаштування, профспілкам [12] дискримінувати кваліфікованих осіб з обмеженими можливостями під час подання заяв на роботу, найму, звільнення та професійного навчання [41]. Мінюст США має забезпечувати дотримання закону щодо державних і місцевих послуг і розташувань людей у громадських приміщеннях. МОЗ і соціальних служб слідкує за дотриманням статей ADA щодо доступу до програм, послуг і заходів, які отримують федеральну фінансову допомогу. Це включає забезпечення того, щоб люди з порушеннями слуху мали доступ до сурдоперекладачів й інших допоміжних засобів, де це необхідно для ефективного спілкування. Міносвіти має не лише забезпечувати рівний доступ до освітніх програм, інклюзивну освіту, але і сприяти виконанню другого розділу ADA, який забороняє дискримінацію в програмах/заходах, що

отримують федеральну фінансову. «Рада доступу» видає вказівки, які мають забезпечувати доступність будівель, об'єктів і транспортних засобів для людей з обмеженими можливостями, встановлюють вимоги до проєктування для будівництва та реконструкції об'єктів, місць громадського розміщення, об'єктів державної та місцевої влади, комерційних об'єктів [110].

США та Великобританії було проведено 17 досліджень, відповідно до яких визначено такі позиції:

- вияв фізичної агресії в повсякденному житті в комбатантів на 29 % вищий порівняно з комбатантами, які не брали участь у воєнних місіях;
- виявлений зв'язок між фізичною агресією та наявністю антисупільних поведінкових виявів комбатантів у попередньому (до військової служби) досвіді;
- існує детермінація фізичного насилля учасників воєнних дій виконанням безпосередніх дій у зоні бойового зіткнення;
- наявний доведений зв'язок між вживанням алкогольних напоїв комбатантами та застосування ними в побутовому спілкуванні фізичної агресії;
- низка досліджень довела, що існує зв'язок між збільшенням насилля комбатантів й інтенсивністю та частотою бойових зіткнень, у яких вони брали участь;
- рівень агресивної поведінки у комбатантів, незалежно від їх участі в безпосередніх військових зіткненнях, вищий на 10 % порівняно з пересічними громадянами;
- переживання комбатантом понад трьох травмуючих подій викликає різкий зріст виникнення проблем із психічним здоров'ям й обумовлює збільшення потенціалу виявів фізичного насильства в майбутньому [60].

Інструменти публічно-приватного партнерства активно використовуються у багатьох країнах світу і можуть бути цінними для досягнення цих цілей, але їх використання в таких умовах має певні особливості та переваги. Зокрема:

- гнучкість і оперативність реагування приватного сектору сприяє прискоренню реалізації гуманітарних проєктів;

– завдяки приватному сектору значно швидше можна впроваджувати інноваційні рішення та досвід, який призводить до підвищення ефективності діяльності;

– значно швидше залучення додаткових коштів з приватного сектору сприяє відновлення критично важливого ресурсу;

– приватний сектор може надати доступ до спеціалізованої експертизи та знань, яких може не вистачати урядовим організаціям і місцевому самоврядуванню [50].

Зрештою слід зазначити, що чималий накопичений у світі позитивний досвід ресоціалізації комбатантів (передусім, осіб з інвалідністю) має стати вагомим підґрунтям для організації відповідних процесів для тих, хто чинив, чинить чи буде чинити опір повномасштабній військовій агресії РФ в Україні. Водночас, слід висловити надію, що у найближчий час саме український досвід у цій царині буде предметом вивчення та використання в інших країнах світу.

### **3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого вдосконалення ресоціалізації комбатантів**

Працюючи із особами-інвалідами, що опинились у нових для себе умовах, психологи враховують не лише вид, групу, ступінь інвалідності тієї чи іншої особи, в її темперамент, рівень тривожності, інтроверсію – екстраверсію, інші особливості осіб з обмеженими можливостями. Не останню роль в процесі та результатах ресоціалізації відіграє розуміння тим спеціалістом, що працює із особами з особливими потребами, існування чотирьох типів діяльності з подолання критичних ситуацій – гедоністичного (коли ігнорується факт, що сталося лихо і людина запевняє себе, що нічого страшного не відбулося – це є захисна реакція інфантильної свідомості); реалістичного (подолання критичних ситуацій виходить з того, що людина приймає реальність того, що сталося,

приспосовує свої потреби й інтереси до нового життя); ціннісного (визнає наявність критичної ситуації, що ушкоджує сенс життя, але відкидає пасивне прийняття удару долі, вимагає побудову нового змісту життя у зв'язку з понесеною втратою); творчого (характерною є поведінка вольової особистості, що у критичних ситуаціях зберігає здатність свідомо і самостійно шукати вихід, завдяки власному соціальному досвіду із критичної поведінки, завдяки наявному соціальному досвіду) [12].

Одним із пріоритетів держави має стати підтримка сім'ї комбатанта, оскільки фактично (принаймні у більшості випадків) саме сім'я є найважливішим ресурсом для адаптації важкопоранених комбатантів із таких причин: сім'я є джерелом любові, розуміння та підтримки, що допомагає комбатанту подолати стрес, пов'язаний із травмою (емоційна близькість знижує ризик розвитку депресії та ПТСР); присутність рідних, які спонукають до дій і допомагають зберігати позитивний настрій, стимулює комбатанта брати участь у реабілітаційних програмах і боротися за повернення до активного життя; члени родини допомагають у побуті, догляді та виконанні завдань, які важкопоранений комбатант тимчасово чи постійно не може здійснювати самостійно (наприклад, при пересуванні, лікуванні, або заняттях фізичними вправами); родина створює відчуття стабільності, яке є важливим у період адаптації; відоме середовище та підтримка близьких сприяють відновленню психологічної рівноваги; завдяки сім'ї поранений комбатант підтримує зв'язок із суспільством (родина допомагає зберігати соціальні ролі, які мотивують до участі у житті громади; у колі сім'ї комбатанти можуть без страху ділитися своїми емоціями та думками, отримуючи розуміння та співчуття найрідніших); нерідко саме родина допомагає вирішувати фінансові чи адміністративні питання, які виникають через поранення (отримання компенсацій, соціальної допомоги чи послуг реабілітації) [54].

Успішна професійна перепідготовка важкопоранених комбатантів залежить від інтегративного підходу, який враховує фізичні, психологічні та соціальні аспекти. Адаптація цих осіб до нового професійного середовища та

соціуму потребує розробки спеціальних програм навчання і підтримки. Однією з найголовніших складових професійної перепідготовки є психологічний супровід. Важкопоранені комбатанти часто стикаються з різними фізичними обмеженнями, що виникають внаслідок отриманих під час бойових дій травм. Фізичні травми потребують тривалого лікування та реабілітації, проте часто ще складніше подолати психологічні наслідки. Посттравматичний стресовий розлад, депресивні стани, тривожність та емоційне вигорання є частими супутниками цих осіб. У поєднанні з необхідністю адаптації до нових соціальних умов це створює значні труднощі для повернення в повсякденне життя. Особливістю професійної перепідготовки важкопоранених комбатантів є необхідність зосередження не лише на об'єктивних факторах (травми чи інвалідність), але й на суб'єктивному сприйнятті цих обставин самими комбатантами. Зміна ставлення до своєї ситуації та можливостей відкриває шлях до ефективного навчання, соціальної інтеграції та професійної самореалізації. Професійна адаптація відіграє неабияку роль у процесі соціальної інтеграції важкопоранених комбатантів, адже саме здобуття нових знань і навичок дозволяє їм повернутися до активного трудового життя. Вона є системою заходів, спрямованих на відновлення або вдосконалення професійних навичок через спеціальні програми навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації. Комбатанти отримують можливість опанувати нову професію, доступ до інформаційних, консультаційних і профорієнтаційних послуг, що сприятиме їхньому успішному входженню у цивільне суспільство і підвищить конкурентоспроможність на ринку праці. Особливо важливою є інтеграція ветеранів у громади, де вони адаптуються до нових соціальних умов, стають активними учасниками життя. Професійна адаптація, як частина цього процесу, забезпечує можливість самореалізації, підсилює довіру до суспільства, створює відчуття власної значущості та корисності. Для ветеранів (комбатантів), які зазнали важких фізичних і психологічних травм, важливо відчувати себе потрібними, а професійна діяльність є одним із найефективніших способів досягнення цього [56].

Повний супровід комбатантів на шляху їхньої перекваліфікації є необхідним для забезпечення успішної інтеграції в нові професії. Наявність супроводжуючого ментора або консультанта, який допомагатиме комбатантам орієнтуватися у нових професійних вимогах та адаптуватися до робочого середовища, може значно полегшити їхню інтеграцію та підвищити шанси на успіх. Рекомендації для забезпечення комплексної підтримки важкопоранених комбатантів під час професійної перепідготовки:

- кожен важкопоранений комбатант має унікальні потреби, тому важливо створювати індивідуалізовані навчальні плани, які враховують фізичні обмеження, психологічний стан та інтереси комбатантів;

- необхідно забезпечити психологічний супровід на всіх етапах перепідготовки, щоб допомогти ветеранам впоратися з травматичним досвідом та емоційними бар'єрами, які можуть впливати на їхню здатність адаптуватися до нових професійних умов;

- слід активно залучати підприємства і організації до співпраці, забезпечуючи можливості для стажувань та працевлаштування комбатантів. Створення партнерських програм між роботодавцями і навчальними закладами полегшить адаптацію комбатантів до нових професійних умов;

- варто впровадити системи наставництва, де комбатанти будуть мати можливість отримувати підтримку від досвідчених фахівців. Професійні консультанти можуть допомогти у пошуку роботи і адаптації до нового робочого середовища;

- для ветеранів, що мають важкі фізичні чи психологічні травми, необхідно розвивати гнучкі форми навчання: онлайн курси, очно-заочні програми, індивідуальні заняття;

- створення спеціалізованих реабілітаційних центрів для ветеранів, де можна отримати не лише професійну перепідготовку, а й соціальну та психологічну підтримку, значно полегшить процес реінтеграції;

- для успішного впровадження програм професійної перепідготовки необхідно забезпечити достатнє фінансування та ресурси. Державні ініціативи

повинні включати фінансову підтримку для програм перепідготовки та створення сприятливих умов для працевлаштування ветеранів;

– для досягнення стійких результатів необхідно регулярно проводити моніторинг й оцінку ефективності програм перепідготовки [56].

Для реабілітації важкопоранених комбатантів психологічна підтримка є найважливішою. Запровадження програм довготривалої психологічної підтримки, які міститимуть регулярні сесії з кваліфікованими психотерапевтами, дозволить значно поліпшити їхній емоційний стан [98]. Створення спеціалізованих центрів психологічної допомоги для комбатантів та їхніх родин забезпечить доступ до необхідних ресурсів і допоможе в подоланні травматичного досвіду. Окрім індивідуальної терапії, організація групових сесій на основі принципів підтримуючої терапії може стати ефективним інструментом для боротьби з посттравматичним стресовим розладом. Такі програми сприятимуть соціалізації комбатантів, формуванню нових зв'язків і підтримці один одного у процесі реінтеграції [57].

Дистанційне навчання, дозволить комбатантам отримувати нові знання та навички без необхідності відвідувати заняття особисто. Такий варіант підійде для тих, хто має обмежений доступ до транспорту або потребує більшого часу для адаптації. Очно-заочна форма навчання надає можливість поєднувати теоретичні заняття з практичною діяльністю, що допомагає закріпити отримані знання. Необхідно, щоб навчальні заклади активно співпрацювали з підприємствами, які готові приймати на стажування та працевлаштування комбатантів. Це не лише полегшить їх інтеграцію в цивільне життя, але й створить нові можливості для розвитку кар'єри. Професійне навчання важкопоранених комбатантів повинно бути багатограним і орієнтованим на потреби кожного індивіда, враховуючи їхні фізичні, емоційні та соціальні аспекти. Лише в такому випадку можна досягти успішної реінтеграції ветеранів у суспільство та забезпечити їм гідне місце в новому житті [56].

Житлові умови є основним фактором для забезпечення гідного життя комбатантів. Запровадження програм надання житла або компенсацій за його

придбання чи оренду на вигідних умовах дозволить комбатантам стабільно оселитися і адаптуватися до цивільного життя. Потрібно адаптувати існуюче житло до потреб людей з інвалідністю, охоплюючи архітектурну доступність, щоби забезпечити комфорт і безпеку. Підтримка соціального житлового будівництва, яке забезпечить якісне та безпечне житло для комбатантів, повинна стати пріоритетом у державній політиці.

Надання психологічної підтримки через онлайн-платформи, створення єдиної онлайн-платформи для важкопоранених комбатантів, яка надає доступ до пільг, консультацій, медичних послуг і психологічної допомоги, допоможе знизити рівень ізоляції та відчуття безпорадності у важкопоранених. В Україні платформи, як Мобільний соціальний офіс, вже дають можливість комбатантам отримувати допомогу з комфортних умов, через дистанційні консультації з психологами. Цей інструмент допомагає зменшити стрес і тривогу, оскільки комбатанти можуть звертатися за допомогою в будь-який час, не виходячи з дому, що є вагомою перевагою для тих, хто має обмежену мобільність чи страх перед реальними зустрічами. Психологічні групи підтримки онлайн можуть надати можливість для комбатантів брати участь в онлайн-групах підтримки, де можна поділитися досвідом і отримати емоційну допомогу від інших, хто пережив подібні труднощі. Такий підхід дасть змогу створити почуття спільноти і підтримки, що має важливе значення для боротьби з депресією та соціальною ізоляцією, які дуже часто зустрічаються у комбатантів після травм.

Одним із суттєвих аспектів вважаємо підвищення обізнаності комбатантів про доступні пільги й програми підтримки. Проведення інформаційних кампаній, організація навчальних заходів і семінарів з правової обізнаності допоможе їм зрозуміти свої права та можливості. Забезпечення доступу до інформації про соціальні гарантії через онлайн-платформи та «гарячі лінії» створить умови для швидкого отримання необхідної допомоги [57].

**Модель системи психологічного супроводу комбатантів** у період перебігу кризи середнього віку повинна включати: апробування нових навичок поведінки через гру; взаємну адаптацію психолога та УБД (комбатанта),

навчання навичкам саморегуляції; катарсичний етап (повторне переживання); обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій); визначення життєвих перспектив і безпосереднє залучення комбатантів до соціальної активності, як одного з найважливіших (базових) аспектів в системі психологічного супроводу і реабілітації комбатантів [39].

**Адаптивна складова концепції** відображає процес соціальної адаптації, який розуміється як специфічна адаптивна діяльність людини, що мотивується актуалізацією певних потреб. Йдеться про потреби двоякого роду. З одного боку це – потреба у конкретному даному виді діяльності, а також у коригуванні цієї діяльності з метою досягнення оптимальної взаємодії. З іншого – орієнтувальні потреби, що споконвічно властиві людині. Цей вид потреби актуалізується внаслідок елемента новизни ситуації. Як бачимо, і ті, й інші потреби актуалізувалися внаслідок реальних змін у сфері предметної соціальної діяльності. Причому вплив їх на індивіда має загальний, сумісний характер. І в цьому плані їх взаємовплив, взаємодія визначають, по-перше, структуру адаптивної потреби, а по-друге – зміст адаптивної діяльності, що зумовлюється цією результуючою потребою. Під впливом адаптивної потреби (що структурно складається з коригуючої і орієнтувальної потреб) здійснюється полімотиваційне, тобто під спільним впливом потреб кожного виду, формування у свідомості людини загальної мети та програми адаптивної діяльності. У цьому разі мета полягає в оптимізації взаємодії індивіда та середовища в нових умовах. А програма передбачає орієнтацію й оцінювання цих умов (адаптивної ситуації), а також корекцію поведінки особистості та соціального середовища з метою досягнення оптимізації їх взаємодії. У результаті узгоджуються інтереси особистості та соціального середовища, і на цьому новому рівні узгодження триває соціальна діяльність, пов'язана зі задоволенням нових потреб. Отже, ми прийшли до розуміння соціальної адаптації як зумовленої змінами соціальної реальності специфічної адаптивної діяльності людини, пов'язаної з оптимізацією у відповідь на ці зміни, взаємодії індивіда з навколишнім соціальним середовищем. Структура адаптивної діяльності при цьому

передбачає оцінювання характеру і значущості змін, а також виконувати на цій основі потрібної корекції поведінки особистості та перетворення навколишнього середовища. Із розуміння єдності орієнтувальної та предметної діяльності логічно випливає пояснення утруднень у соціальній адаптації, що відбувається на сучасному етапі розвитку суспільства [40].

Зважаючи на існуючі обмеження у фінансуванні з державного та/чи місцевих бюджетів (передусім, з власних коштів), зростає значущість пошуку альтернативних джерел надходження додаткових ресурсів (матеріально-технічних, фінансових тощо), які можна використати на ресоціалізацію комбатантів. Це, своєю чергою, потребує розробки і впровадження відповідних механізмів, одним з яких є призначення й виділення бюджетних і позабюджетних грантів. Завдяки їх використанню з'являється змога втілити будь-яку інноваційну ідею, направлену на вирішення проблемних питань у різних сферах життєдіяльності суспільства. Кожен такий проєкт є унікальним, адже в його основу, радше за все, покладено ідею, яка до цього ніколи раніше не реалізувалася [19]. Відбір здійснюється на конкурсній основі за такими критеріями: актуальність, суспільна значущість проєкту; новизна методик і технологій, упровадження яких передбачено проєктом; теоретична й практична цінність результатів реалізації проєкту в соціальній та гуманітарній сферах; обґрунтованість кошторису витрат, їх відповідність плану реалізації; здатність авторів реалізувати проєкт у повному обсязі та у зазначені терміни у межах гранту [66].

Передбачається, що усунення корупційних ризиків медико-соціальної експертизи через запровадження реабілітаційного обстеження осіб, що потребують реабілітації, мультидисциплінарними командами фахівців з реабілітації з електронною реєстрацією результатів цього обстеження і автоматизованим визначенням подальших реабілітаційних потреб, сприятиме скороченню неефективного використання бюджетних коштів і налагодженню наскрізного супроводу людини в електронних системах [20].

Залучення до соціальної активності (як складової ресоціалізації комбатантів) містить в собі наступні заходи:

– Організація культурно-масових заходів: відвідування театрів, походи по місцях бойової слави, концертні програми за участю лауреатів фестивалів солдатської пісні, виїзди на природу й багато інших. Всі ці заходи дають можливість комбатантам розкрити свій власний потенціал і здібності, бути не тільки пасивними учасниками але й безпосередньо брати участь в їх організації, де розподіляються ролі і особистісна відповідальність кожного з них;

– Проведення вечорів-зустрічей студентів (школярів) з комбатантами: залучаються учасники бойових дій, які можуть розповісти про свої спогади, про військову службу, передати молодому поколінню свій бойовий досвід. Це дає комбатанту можливість виговоритися, розповісти про значні події, що відбувалися в його житті, підвищити свою значущість і самооцінку;

– Спортивно-масова робота: організація військово-спортивних заходів за типом гри «Патріот», спортивні змагання з ловлі риби тощо, де можуть бути задіяні, як команди дітей самих комбатантів, так і самі учасники бойових дій в якості інструкторів, журі й інше. Така спільна діяльність позитивно позначається як на стані самих учасників бойових дій, так і на членах їх родин, дозволяє комбатанту під час гри застосувати свій унікальний бойовий досвід і навички через гру. Своєю чергою це дає родинам учасників бойових дій можливість знайти взаєморозуміння, по-новому поглянути дітям на своїх батьків, а їм в свою чергу стати трохи ближче і зрозуміліше для них.

Застосування такого комплексу заходів дозволяє комбатантам знаходити нові життєві перспективи, можливість спілкування з цікавими і авторитетними для них людьми, допомагає формувати відповідальність, можливість самореалізації, розкриття власного потенціалу та підвищення самооцінки, що позитивно впливає на інтеграцію і успішну реадаптацію в суспільстві під час подолання кризи середнього віку [39].

Здійснення публічної дипломатії у сфері медичної реабілітації має свої особливості, які полягають у наступному:

– має бути забезпечена взаємодія фахівців різних галузей та відомств – медичних працівників, дипломатів, науковців та представників громадських організацій;

– для досягнення цілей необхідне комплексне використання різних методів та інструментів: сучасних цифрових технологій для поширення інформації та проведення освітніх заходів, телемедицини для надання медичних консультацій на міжнародному рівні;

– необхідна орієнтація на допомогу постраждалим від військових конфліктів, природних катастроф й інших кризових ситуацій та забезпечення доступу до медичної реабілітації для вразливих груп населення [27].

Проведення узагальнень наукових публікацій за даною проблематикою дозволило виокремити перелік заходів, належна реалізація яких стане запорукою існуючих проблем у сфері ресоціалізації комбатантів, а саме:

– встановлення контролю за дотриманням нормативів і стандартів у створенні безбар'єрного середовища для інвалідів війни на території реабілітаційних центрів, спортивних комплексів й інших установ, організацій, підприємств;

– збільшення дотацій з бюджету України на фінансування реабілітаційно-адаптаційних заходів для інвалідів війни;

– налагодження співпраці з громадськими, волонтерськими організаціями, благодійними центрами, релігійними конфесіями й іншими установами, підприємствами і організаціями України, сприяння залученню закордонних інвесторів і спонсорів для налагодження системи фінансування реабілітаційно-адаптаційних заходів для комбатантів (інвалідів війни), підвищення результативності/ефективності такої діяльності;

– обладнання спортивних комплексів, реабілітаційних, адаптаційних центрів для учасників бойових дій достатньою кількістю технічних засобів реабілітації та адаптації;

– створення у професійно-технічних і ВНЗ спеціальностей по підготовці кваліфікованих тренерів-реабілітологів і соціальних працівників, які б повністю

спеціалізувалися у сфері спортивно-реабілітаційної роботи з інвалідами військової служби [13];

- необхідність оновлення нормативної та методичної бази діяльності санаторіїв;

- створення системи державного моніторингу діяльності санаторно-курортних закладів [4];

- забезпечення психологічної підтримки для зниження ризиків соціального відчуження та деструктивної поведінки.

- запровадження менторських програм і адаптаційних тренінгів, які допоможуть ветеранам легше інтегруватися в нове робоче середовище.

- підтримка ініціативи з надання гнучкого графіка роботи для ветеранів, що дозволить їм поєднувати професійну діяльність з реабілітацією;

- розробка комплексних програм перекваліфікації та профорієнтації з урахуванням фізичних можливостей ветеранів та їхнього попереднього досвіду;

- створення інклюзивних умов праці через адаптацію робочих місць до потреб ветеранів з інвалідністю [52];

- удосконалення нормативно-правової бази психологічної реабілітації;

- врегулювання пріоритетності фінансування програм з психологічної реабілітації та визначення реабілітаційних баз для її проведення;

- порядок затвердження програм психологічної реабілітації комбатантів;

- врегулювання питання відповідальності посадових осіб у результаті смерті пацієнтів під час проведення психологічної реабілітації в державних і приватних ЗОЗ;

- розробка й впровадження електронної системи персонального супроводження психологічної реабілітації комбатантів і членів їхніх сімей, які перебувають на дійсній військовій службі, а також звільнених у запас [8];

- утворення як ЦОВВ, діяльність якого спрямовується і координується Урядом, Національне агентство України з питань психологічної підтримки з відповідними територіальними органами, поклавши на нього завдання з формування державної політики в цій сфері та її реалізації в державних

органах, секторі безпеки і оборони, інших установах та організаціях, що фінансуються з державного та місцевих бюджетів, а також у недержавному сегменті надання психологічних послуг;

- підготовка та внесення до Парламенту законопроєкту про надання статусу Національній програмі ментального здоров'я, за ініціативи першої леді України Олени Зеленської;

- започаткування розбудови Національної системи психологічної підтримки, яка має включати згаданий вище центральний орган виконавчої влади, його територіальні органи, наявні й новостворювані психологічні служби, підрозділи психологічного забезпечення сектору безпеки і оборони, окремих фахівців, що обіймають посади психологів у державних органах та установах, які фінансуються з державного і місцевих бюджетів, недержавні центри та громадські організації, що надають психологічні послуги на договірних чи волонтерських засадах [100].

Зрештою слід зазначити, що реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками потребує належного ресурсного забезпечення, але у разі їх знаходження та цільового використання спроможне у осяжній перспективі забезпечити подальше вдосконалення ресоціалізації комбатантів, тим самим покращити рівень та якість життя не лише власне комбатантів, а і членів їх родин. Ба більше, це синергетично позитивно вплине на соціально-економічну ситуацію як у межах конкретної територіальної громади, так і відповідного регіону та країни загалом.

## ВИСНОВКИ

1. З'ясування сутності ресоціалізації комбатантів – складний соціальний процес засвоєння нової, або удосконалення та адаптації вже засвоєної системи знань, норм і цінностей, у зв'язку зі зміною соціального середовища, шляхом пристосування до соціальних впливів, які дозволяють комбатантам після повернення до мирного життя функціонувати в якості повноправного члена громадянського суспільства – дозволило ствердитися у значущості цього феномену. Успішність ресоціалізації комбатантів залежить не лише від їхньої умотивованості, а й від ресурсного забезпечення та координованості діяльності усіх причетних до цього процесу. Зважаючи на її істотну суспільну значущість, ресоціалізація комбатантів є предметом відповідної державної політики – комплексний вплив держави (шляхом застосування політичних, економічних, організаційних, соціальних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єкти національної СОЗ, котрі здійснюють свою діяльність щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації), втрачених унаслідок дії набутих чинників, функцій, здібностей і здатностей комбатанта.

2. Дослідження діючих елементи державної політики щодо ресоціалізації комбатантів дозволило виявити, що вони є комплексним феноменом, який поєднує рядом елементів (мета, завдання, принципи, суб'єкти, об'єкти, методи та засоби впливу), які пов'язані між собою й доповнюють один одного. Метою такого впливу є координація процесу інтеграції системи ресоціалізації та медичної реабілітації в національну СОЗ. Формами реалізації державної політики (підтримки) щодо ресоціалізації комбатантів є: медична реабілітація, соціальна адаптація, психологічна допомога, соціальний захист. Основними об'єктами є місцеві органи публічного управління, чия діяльність прямо та/чи опосередковано пов'язана з ресоціалізацією комбатантів; комбатанти та їхні сім'ї; громадські та міжнародні організації; волонтери; заклади, які

спеціалізуються на ресоціалізації комбатантів. Залежно від конкретної ситуації уповноважені органи державної влади використовують адміністративні, економічні, організаційні, правові та психологічні засоби впливу.

3. Завдяки оцінюванню результатів державної політики щодо ресоціалізації комбатантів виявлено таке: нині чисельність комбатантів значно перевищила 2 млн осіб, переважна більшість яких належить до найбільш активного працездатного віку; 71 % комбатантів отримали тілесні ушкодження чи захворювання під час служби, які зараз також впливають на їхнє життя; 57 % екскомбатантів та екскомбатанток очікують на отримання кваліфікованої психологічної підтримки (в т. ч. 31,0 % висловлює потребу в психологічній підтримці разом з партнеркою/ом); дві третини комбатантів відчують достатню або значну підтримку з боку свого оточення, що сприяє їхньому психологічному відновленню і адаптації після важких травм; після закінчення військового стану 20 % населення України потребуватиме підтримки держави у вигляді соціальних послуг для ветеранів і ресоціалізації комбатантів.

4. Запропоновано для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого вдосконалення ресоціалізації комбатантів: зважена адаптація до умов України кращих закордонних практик – комбатанти спочатку направляються до реабілітаційних таборів, де працюють психологи та психотерапевти, і лише потім повертаються у повсякденне життя (Ізраїль), використовують методи рекреації для стабілізації внутрішнього стану особистості через центри рекреаційної терапії (США), система реабілітації інтегрована у систему соціального захисту (Німеччина); висловити надію, що у найближчий час саме український досвід у цій царині буде предметом вивчення і використання в інших країнах світу; державна підтримка сім'ї комбатанта; професійна перепідготовка важкопоранених комбатантів; повний супровід комбатантів на шляху їхньої перекваліфікації; психологічна підтримка комбатантів; покращання житлових умов комбатантів; організація культурно-масових заходів; спортивно-масова робота; проведення вечорів-зустрічей студентів (школярів) з комбатантами...

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Абаніна Г.В., Корецький В.М. Психологічні особливості життєвої перспективи комбатантів. *Вчені записки університету «КРОК». (Серія: Економіка)*. 2022. Вип. 2. С. 157–164.
2. *Актуальні проблеми соціально-правового статусу осіб, постраждалих під час проведення АТО*: зб. матеріалів всеукр. наук.-практ. конф., 19 квітня 2017 р. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2017. 96 с.
3. Аналіз поточного стану медичних послуг, що надіються екскомбатантам і екскомбатанткам АТО/ООС в Україні: звіт за результатами дослідження. Київ, 2022. 115 с.
4. Баб'як О.В. Державне управління профілактикою та реабілітацією в умовах трансформації діяльності санаторно-курортних підприємств. *Держава та регіони. (Серія: Публічне управління і адміністрування)*. 2022. № 2. С. 25–29.
5. Баб'як О.В. Принципи державного управління системою реабілітації осіб з інвалідністю в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 10. С. 216–220.
6. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навчальний посібник. Київ: ЦУЛ, 2009. 208 с.
7. Біла книга з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі. *Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини*. 2018. № 2. [URL: <https://nuozu.edu.ua/n/p/3794-bila-knyha-z-fizychnoi-ta-reabilitatsiinoi-medytyny-v-uevropi> (дата звернення: 10.12.2025)].
8. Блінов О.А., Сластьоненко О.О. Нормативно-правове забезпечення та удосконалення фінансування психологічної реабілітації комбатантів. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2021. Вип. 5. С. 39–43.
9. Богданов С.Г. Державний механізм організації системи медичної реабілітації в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. Вип. 16. С. 40–46.

10. Бондарева Л.В. Оптимізаційні інструменти державного управління системою медичної реабілітації на регіональному рівні. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2020. № 2. С. 52–57.

11. Бочелюк В.Й., Панов М.С., Гайворонська Т.О. Ресоціалізація особистості як головна ознака сьогодення: психологічний аспект. *Перспективи та інновації науки (Серія: Педагогіка. Психологія. Медицина)*. 2025. № 1. С. 1413–1430.

12. Бочелюк В.Й., Панов М.С., Жадленко І.О. Психологічні особливості ресоціалізації осіб з особливими потребами. *Перспективи та інновації науки (Серія: Педагогіка. Психологія. Медицина)*. 2024. № 9. С. 525–541.

13. Бриндіков Ю.Л., Шинкарук О.В. Спортивно-масові заходи як інструмент ресоціалізації та реабілітації комбатантів, що отримали інвалідність під час виконання службових обов'язків. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. (Серія: Соціально-педагогічна)*. 2018. Вип. 31. С. 21–35.

14. Гарантії та пільги. Платформа е-ветеран. URL: <http://surl.li/ttjrfh>. (дата звернення: 11.11.2025)

15. Горішня К.І. Професійна реадптація демобілізованих військовослужбовців: сценарне прогнозування майбутнього. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 2(60). С. 24–30.

16. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб. Постанова Кабінету Міністрів України 2022 р. № 1338-2022-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

17. Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок. Постанова Кабінету Міністрів України 2014 р. № 518. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

18. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023. Постанова Кабінету Міністрів України 2022 р. № 1464. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

19. Дипко С.С. Механізм залучення ресурсів для реалізації соціальних проектів як складова державного регулювання ресоціалізації засуджених неповнолітніх. *Теорія та практика державного управління*. 2013. Вип. 4. С. 180–186.

20. Діденко Н.Г. Удосконалення механізмів публічного управління наданням реабілітаційних послуг у сфері охорони здоров'я в умовах медичної реформи. *Вісник післядипломної освіти. (Серія: Соціальні та поведінкові науки)*. 2021. Вип. 18. С. 217–232.

21. Додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року, що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів (Протокол I), від 8 червня 1977 року / п. 1 ст. 43 1-го Додаткового протоколу. 1977.

22. Дубровський Д.П., Хайрулін О.М. Система психологічної реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців – учасників бойових дій з травматичною ампутацією. *Габітус*. 2023. Вип. 56. С. 131–136.

23. Енциклопедія сучасної України – Комбатант URL: [http://esu.com.ua/search\\_articles.php?id=3196](http://esu.com.ua/search_articles.php?id=3196). (дата звернення: 11.11.2025)

24. Єжова О.О. Формування превентивного виховного середовища загальноосвітнього навчального закладу: навчально-методичний посібник. Кіровоград: Імекс ЛТД, 2014. 172 с.

25. Жук О.М. Ресоціалізація та реабілітація як юридичні категорії кримінально-виконавчого права. *Держава і право. (Серія: Юридичні і політичні науки)*. 2014. Вип. 65. С. 258–264.

26. Заболотна І.Б., Гуща С.Г., Балашова І.В. та ін. Проблемні питання медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні. *Вісник проблем біології медицини*. 2023. Вип. 2. С. 68–74.

27. Івашова Л.М. Види і роль публічної дипломатії в реалізації зовнішньої політики держави та її особливості у сфері медичної реабілітації. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2024. № 2. С. 27–35.

28. Кодекс цивільного захисту України 2013 р. № 5403-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

29. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

30. Коленіченко Т.І., Левицька Н.С., Грицай С.О. Теоретико-методологічні засади дослідження проблеми ресоціалізації комбатантів в Україні. *Проблеми соціальної роботи: філософія, психологія, соціологія*. 2018. № 2. С. 51–57.

31. Колотуха І.О. Ознаки комбатанта. Порівняльний аналіз в контексті міжнародного та внутрішньодержавного збройних конфліктів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. (Серія: Право)*. 2022. Вип. 74(2). С. 161–166.

32. Конвенція «Про права осіб з інвалідністю» 2006 р. № 995. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

33. Конвенція ООН про права інвалідів. Документ 995\_g71. URL: [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_g71) (дата звернення: 11.11.2025)

34. Конституція України. Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

35. Лапа О. Психологічний супровід професійного навчання ветеранів російської війни проти України. *Професійне становлення особистості: проблеми і перспективи*: матеріали XII міжнар. наук.-практ. конф., 20 листопада 2023 р. Хмельницький, 2023. С. 99–100.

36. Лапутіна Ю. Це категорія потужних людей. Радіо свобода. URL: <http://surl.li/merce>. (дата звернення: 11.11.2025)

37. Леміщак К.М. Юридична природа ресоціалізації: право чи обов'язок. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. (Серія: Право)*. 2015. Вип. 34(3). С. 31–35.

38. Литвинов О.М., Орлов Ю.В. Проблеми кримінально-правового захисту життя комбатантів, або як подолати ефекти гуманітарного «відмивання» війни. *Вісник Кримінологічної асоціації України*. 2023. № 3. С. 11–25.

39. Ломакін Г.І. Система психологічного супроводу в психокорекційній роботі з комбатантами в період перебігу кризи середнього. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. (Серія: Психологія)*. 2018. Вип. 59. С. 180–192.

40. Лукашевич М.П., Лукашевич О.М. Ресоціалізація як інструмент відтворення соціального капіталу: методологічний дискурс. *Ринок праці та зайнятість населення*. 2016. № 1. С. 46–50.

41. Львовочкіна А. Психологічні та соціальні проблеми формування культури життєдіяльності людей з інвалідністю. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. (Серія: Психологія)*. 2018. № 1(8). С. 38–40.

42. Мамка В.В. Становлення та розвиток державної політики щодо медичної та психологічної реабілітації в Україні. *Інтернаука. (Серія: Юридичні науки)*. 2025. № 7. С. 18–25.

43. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травми й захворюваннями нервової системи: навчальний посібник. Київ: Олімпійська література, 2006. – 196 с.

44. Мельниченко О.А., Моїсєєнко Л.В. Інституціональне забезпечення медико-соціальної реабілітації постраждалих унаслідок військової агресії. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали V наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 28 жовтня 2022 р.* Харків: Вид-во ХНМУ, 2022. С. 174–176.

45. Мельниченко О.А., Образцова Н.О., Пономаренко О.В. Необхідність належної медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій: нагальна вимога для сучасної України. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали II наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2019 р.* Харків: Вид-во ХНМУ, 2019. С. 23–26.

46. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. (Серія: Державне управління)*. 2018. № 1. С. 154–162.

47. Нагорянський А.О. Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації як складової частини державної політики у сфері охорони здоров'я України. *Клінічна та профілактична медицина*. 2021. № 2. С. 63–69.

48. Осницький А.К. Визначення характеристик соціальної адаптації. *Психологія і школа*. 2004.

49. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / Л. Царенко та ін. Київ, 2018. Т. 2. 240 с.

50. Пересоляк В.Ю., Бокша С.І., Філіпишин Р.С. Державне управління у сфері гуманітарної допомоги та соціальної реабілітації в постконфліктних областях України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. № 4. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2024\\_4\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2024_4_20) (дата звернення: 05.12.2025)

51. Петреченко С. Аналіз індивідуального процесу соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Psychology travelogs*. 2024. Is. 4. С. 6–14.

52. Петреченко С. Проблеми ринку праці та можливості працевлаштування важкопоранених комбатантів. *Psychology travelogs*. 2025. Is. 1. С. 118–126.

53. Петреченко С. Психологічний стан, самооцінка й емоційна стабільність важкопораненого комбатанту. *Психологічний журнал*. 2024. Вип. 12. С. 155–161.

54. Петреченко С. Роль родини у процесі соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Psychology travelogs*. 2024. Is. 4. С. 99–113.

55. Петреченко С.А. Вивчення теоретичних моделей соціально-психологічної адаптації та їх застосування до важкопоранених комбатантів. *Психологічний журнал*. 2025. Вип. 14. С. 126–131.

56. Петреченко С.А. Особливості професійної перепідготовки важкопоранених комбатантів. *Перспективи та інновації науки. (Серія: Педагогіка. Психологія. Медицина)*. 2025. № 1. С. 1669–1679.

57. Петреченко С.А. Формування системи соціальних гарантій та пільг для соціально-психологічної адаптації важкопоранених комбатантів. *Перспективи та інновації науки. (Серія: Педагогіка. Психологія. Медицина)*. 2025. № 2. С. 1683–1690.

58. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України 2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

59. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України 2022 р. № 1462. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

60. Підлісний Ю.А., Дембіцький В.М. Теоретичні джерела дослідження потенційної агресії комбатанта після закінчення воєнних дій. *Юридична психологія*. 2022. № 2. С. 41–46.

61. Попелюшко Р. Особливості групової роботи з комбатантами з віддаленими наслідками стресогенних впливів. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. (Серія: Психологічні науки)*. 2016. № 1. С. 160–165.

62. Попелюшко Р.П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: монографія. Київ: Вид-во Людмила, 2020. 392 с.

63. Про відпустки. Закон України 1997 р. № 504/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

64. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України. Закон України 2018 р. № 2249-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

65. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 3.11.2021 р. № 1268 і від 16.12.2022 р. № 1462. Постанова Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

66. Про гранти Президента України для обдарованої молоді. Про забезпечення реалізації Указу Президента України від 02.08.2000 р. № 945. Наказ Міністерства молоді та спорту України від 15.10.2013 р. № 619. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1874-13>. (дата звернення: 11.11.2025)

67. Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон. Постанова Кабінету Міністрів України 2022 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

68. Про затвердження Державного соціального стандарту фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни, членів їх сімей та сімей загиблих (померлих) ветеранів війни. Постанова Кабінету Міністрів України 2021 р. № 1188. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

69. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю. Постанова Кабінету Міністрів України 2006 р., № 1686. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

70. Про затвердження Державної цільової програми з медичної, фізичної реабілітації та психосоціальної реадaptaції постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2023 року. Постанова Кабінету Міністрів України 2018 р. № 1021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

71. Про затвердження Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних сил України. Наказ Генерального штабу ЗСУ від 27.12.2018 р. № 462. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 10.12.2025).

72. Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних силах

України. Наказ Міністерства оборони України від 04.11.2016 р. № 591. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення: 10.12.2025).

73. Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати. Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012 р. № 537. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 10.12.2025).

74. Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.06.2015 р. № 351. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 10.12.2025).

75. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю. Постанова Кабінету Міністрів України 2007 р. № 757. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

76. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців ЗСУ та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в АТО/ООС, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах. Наказ Міністерства оборони України від 09.12.2015 р. № 702. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення: 10.12.2025).

77. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, членів сімей загиблих (померлих) таких осіб санаторно-курортним лікуванням. Постанова Кабінету Міністрів України 2015 р. № 200-2015-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

78. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення деяких категорій осіб з інвалідністю

санаторно-курортними путівками, та внесення змін до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 22.02.2006 р. № 187 і від 31.03.2015 р. № 200. Постанова Кабінету Міністрів України 2017 р. № 110. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

79. Про затвердження Порядку використання коштів, що надійшли з Трестового фонду НАТО або цивільного бюджету НАТО для виконання положень Імплементативної угоди між Кабінетом Міністрів України та Організацією НАТО з підтримки та постачання про реалізацію співпраці у сфері медичної реабілітації. Постанова Кабінету Міністрів України 2016 р. № 238. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

80. Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян. Постанова Кабінету Міністрів України 2004 р. № 785-2004-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

81. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчими органами міських, районних у містах (у разі їх утворення (крім м. Києва) рад. Постанова Кабінету Міністрів України 2006 р. № 187-2006-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

82. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації. Постанова Кабінету Міністрів України 2012 р. № 321. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

83. Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008 р. № 199. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 10.12.2025).

84. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями. Постанова Кабінету Міністрів України. 1999 р. № 1923-99п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

85. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 10.12.2025).

86. Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в закладах охорони здоров'я для ветеранів війни. Постанова Кабінету Міністрів України 2016 р. № 34. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

87. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні. Закон України 2019 р. № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

88. Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб. Закон України 1992 р. № 2262-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

89. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні. Закон України 2006 р. № 2961. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

90. Про реабілітація у сфері охорони здоров'я. Закон України 2021 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

91. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців і членів їх сімей. Закон України» 1992 р. № 2011-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

92. Про соціальні послуги. Закон України 2019 р. № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

93. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту. Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-XII. URL: <http://www.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi> (дата звернення: 11.11.2025)

94. Про утворення Міжвідомчого координаційного центру соціально-трудової реабілітації учасників антитерористичної операції, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в антитерористичній операції. Постанова Кабінету Міністрів України 2016 р. № 143. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

95. Ресоціалізація військових, як можливість повернення до мирного життя. URL: <http://kirovograd24.com/photo/2017/11/09/resotsializatsija-viiskovih-jak-mozhlivis-t-povernennja-do-mirnogo-zhittja.htm?print>. (дата звернення: 11.11.2025)

96. Родченкова І.В. Соціально-психологічні основи концепції реабілітації, ресоціалізації військовослужбовців та цивільних осіб, постраждалих на ПТСР. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2025. № 3(2). С. 146–158.

97. Саєнко Ю.О. Поняття та статус комбатанта за міжнародним правом. *Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. (Серія: Право)*. 2024. Вип. 39. С. 205–212.

98. Сербалюк Ю. Соціальний захист військовослужбовців: зміни в умовах воєнного стану. *Humanitas*. 2023. № 6. С. 72–79.

99. Словник іншомовних слів: 23000 слів та термінологічних словосполучень / Уклад. Л.О. Пустовіт [та ін.]. Київ: Довіра, 2000. 1018 с.

100. Слюсаревський М.М. Проблема психологічної підтримки комбатантів і цивільного населення: наявний стан та шляхи вирішення. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2023. Т. 5. Вип. 2.

101. Солодовнікова Х.К. Право на ресоціалізацію: досвід Німеччини. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2020. Вип. 3. С. 200–205.

102. Титаренко Т.М. Сучасна психологія особистості. Київ: Марич, 2009. 232 с.

103. Травма війни не обмежується фронтом: психологічна реабілітація потрібна всім українцям. *Liga.net*. URL: <http://surl.li/tteln> (дата звернення 13.04.2024).

104. Трушевський С.С. Теоретичні підходи до аналізу державного управління у сфері реабілітації осіб з інвалідністю в країнах ЄС. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 8. С. 842–855.

105. Український ветеранський фонд. Ветеранський фонд (Поруч з ветераном). URL: <https://veteranfund.com.ua/> (дата звернення: 08.05.2024).

106. Царенко Л.Г. Принципи реабілітації учасників антитерористичної операції. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції*: матеріали наук.-практ. конф., 26 травня 201 р.). Київ: НУОУ, 2016. С. 358–360.

107. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.

108. Юридична енциклопедія: [у 6 т.] / ред. кол.: Ю.С. Шемшученко [та ін.]. Київ: Українська енциклопедія ім. М.П. Бажана, 2017. Т. 5: П–С. 736 с.

109. Яремчук О.В., Берлінець І.А. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації у процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr\\_2018\\_21\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13) (дата звернення: 05.12.2025)

110. Americans with Disabilities Act An official website of the United States government. URL: <https://www.ada.gov/> (дата звернення: 11.11.2025)

111. Ausbildung zur Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen (FAB) – Sonderpädagogische Zusatzausbildungen (SPZ) für Gruppenleiter und Gruppenleiterinnen in der WfbM und Sonderpädagogische Zusatzqualifikation für Führungskräfte der WfbM (gemäß § 9 Abs. 2 der Werkstättenverordnung). URL: <https://www.institut-johnson.de/fab-spz-wfbm/> (дата звернення: 05.12.2025)

112. BVerfGE 35, 202 235f. URL: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv035202.html> (дата звернення: 11.11.2025)

113. Etablissements et services medico-sociaux. URL: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/infos/medicosocial.htm> (дата звернення: 05.12.2025)

114. How policymakers can support the veteran community in Ukraine: Results from a veteran reintegration survey. URL: [www.irex.org/insight/how-policymakers-can-support-veteran-community-ukraine-results-veteran-reintegration-survey](http://www.irex.org/insight/how-policymakers-can-support-veteran-community-ukraine-results-veteran-reintegration-survey) (дата звернення: 05.12.2025)

115. Humanitarian Response. Пріоритетні багато-секторні заходи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта: відкритий документ. 2022. URL: [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/mhpss\\_framework\\_ukraine\\_ukr.pdf?fbclid=IwAR2jAGZ6KzDs10F2ffmSOByZA7IkED88gXIitW5Zn04vVKWAzC2fvft7EDY](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/mhpss_framework_ukraine_ukr.pdf?fbclid=IwAR2jAGZ6KzDs10F2ffmSOByZA7IkED88gXIitW5Zn04vVKWAzC2fvft7EDY) (дата звернення: 11.11.2025)

116. Kyaw-Myint S.M., Strazdins L. Su Mon Kyaw-Myint. Occupational stress. Health of People, Places and Planet. *ANU Press*. 2015. P. 81–94.

117. Legal Obligation for Companies to Contract Persons with Disabilities in Spain. URL: <https://www.qualityconta.com/en/obligation-of-companies-to-contract-persons-with-disabilities/?utm> (дата звернення: 05.12.2025)

118. National Legislations on Inclusive Education and Special Educational Needs of People with Autism in the Perspective of Article 24 of the CRPD. URL: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-13791-9\\_4?utm](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-13791-9_4?utm) (дата звернення: 05.12.2025)

119. Regelverk inom funktionshindersområdet. URL: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstodoch-regler/omraden/funktionshinder/regelverk/?utm> (дата звернення: 05.12.2025)

120. Rhead R. et al. Mental health disorders and alcohol misuse among UK military veterans and the general population: a comparison study. *Psychological medicine*. 2020 № 1-11. 10 Aug. URL: [doi:10.1017/S0033291720001944](https://doi.org/10.1017/S0033291720001944) (дата звернення: 05.12.2025)

121. Rose R., Howley M., Fergusson A., Jament Jo. Mental health and special educational needs: exploring a complex relationship. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8578.2008.00409.x> (дата звернення: 11.11.2025)

122. Subashkevych I., Bordiyan Y., Halko S. Features of social and psychological adaptation of military personnel who participated in combat operations. *Visnyk of the lviv university. (Series pedagogics)*. 2023. № 39. P. 218–226.

123. Sweeney R. Resocialization. URL: <http://sweeneyr.faculty.mjc.edu/Resocialization.pdf>. (дата звернення: 11.11.2025)

124. Teeters Je.B. et al. Substance use disorders in military veterans: prevalence and treatment challenges. *Substance abuse and rehabilitation*. 2017. Vol. 8. P. 69–77.

125. The Royal British Legion. KCMHR. ADMMH. The mental health of the uk armed forces (September 2018 version)

126. Williamson V., Sharon A.M., Stevelink K. Greenberg Neil Greenberg. Prevalence of Mental Health Disorders in Elderly U.S. Military Veterans: A Meta-Analysis and Systematic Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018. May. URL: [doi.org/10.1016/j.jagp.2017.11.001](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.11.001) (дата звернення: 05.12.2025)