

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра соціальної роботи та інклюзивної освіти

Допущено до захисту
Завідувач кафедри
 Катерина ПЕТРОВСЬКА
«22» листопада 2025

Кваліфікаційна робота магістра

**“СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ
ВІЙНИ: ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ТА ГРУПОВИХ ПРОГРАМ НА
ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ”**

Виконавець: здобувач вищої освіти другого
(магістерського) рівня вищої освіти
II курсу, групи М22аСР
Галузь знань 23 Соціальна робота
спеціальності 231 “Соціальна робота”
Освітньо-професійна програма:
«Поствоєнна соціально-педагогічна
реабілітація»

Ольга ДОНЧЕНКО

Керівник: к.пед.н., доцент **Петровська К.В.**

Рецензент: к.псих.н., доцент **Старинська О.В.**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ.....	8
1.1. Психосоціальні наслідки війни: виклики для ветеранів.....	8
1.2. Індивідуальні та групові програми реабілітації: підходи та ефективність	16
Висновки до першого розділу	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ТА ГРУПОВИХ ПРОГРАМ НА ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ВЕТЕРАНІВ.....	27
2.1. Констатувальний аналіз рівня психосоціального стану ветеранів до участі у реабілітаційних програмах.....	27
2.2. Впровадження індивідуальних консультацій та групових тренінгів з психосоціальної реабілітації ветеранів.....	34
2.3. Аналіз змін у стані ветеранів після проходження реабілітаційних заходів.....	41
...	
Висновки до другого розділу	47
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	51
ДОДАТКИ.....	57

ВСТУП

Унаслідок повномасштабної збройної агресії проти України проблема соціально-психологічної реабілітації ветеранів війни набула критичної актуальності. Станом на липень 2024 року в Україні налічується понад 1,3 мільйона ветеранів, з яких близько 80% – мобілізовані особи. Уряд прогнозує, що після завершення війни ця цифра зросте до 5–6 мільйонів осіб, включаючи членів їхніх родин [5].

Психологічні наслідки бойових дій, зокрема посттравматичний стресовий розлад (далі ПТСР), депресія, тривожні розлади та соціальна ізоляція, значно ускладнюють процес реінтеграції ветеранів у мирне життя. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та Центру громадського здоров'я, від 20% до 40% військовослужбовців потребують психологічної допомоги, а симптоми гострої травми виявляються у 60–80% військових, які стали свідками загибелі побратимів або цивільного населення [8].

Попри наявність державних та громадських програм підтримки, значна частина ветеранів залишається незадоволеною якістю наданих послуг. Згідно з аналітичним звітом Українського ветеранського фонду, 46,9% опитаних ветеранів висловили незадоволення якістю медичних послуг, а 59,8% зазначили, що наявні програми матеріальної підтримки є недоступними або не відповідають їхнім потребам [34].

У відповідь на ці виклики, в Україні впроваджуються різноманітні програми соціально-психологічної реабілітації, які включають як індивідуальні консультації, так і групові тренінги. Проте сучасні реінтеграційні програми, що діють в Україні, здебільшого мають фрагментарний характер і потребують суттєвого вдосконалення для забезпечення комплексного підходу до соціальної реабілітації. Саме тому ефективність цих програм, особливо в контексті їх впливу на психосоціальне відновлення ветеранів, потребує ґрунтовного наукового міждисциплінарного аналізу та оцінки, оновлення цих програм відповідно до актуальних

суспільних викликів, зокрема – розробки чітких алгоритмів взаємодії між усіма задіяними інституціями.

Для розроблення ефективної цільової програми комплексної реінтеграції військовослужбовців і ветеранів, яка охоплюватиме медичні, психологічні, моральні, соціально-економічні та соціокультурні аспекти, необхідно проаналізувати наявні стратегії та концепції, а також ґрунтовно вивчити наукові підходи до вирішення даної проблеми.

Проблематика психологічної допомоги ветеранам активно досліджується як у вітчизняній, так і в зарубіжній науці. Значний внесок у вивчення посттравматичного стресового розладу, механізмів копінгу та соціальної підтримки зробили такі науковці, як Ч. Фіглі, Д. Мехлін, О. Бочарова, Н. Нічей, Л. Максименко та ін. Їхні дослідження охоплюють індивідуальну терапію, когнітивно-поведінкові підходи, арт-терапію, групову динаміку та методики сімейної підтримки.

Актуальність проблеми реабілітації та надання професійної психологічної допомоги ветеранам війни висвітлюється в наукових дослідженнях таких авторів, як П. Ковентрі, Н. Сингх, А. Ченг, Е. Хароз, В. Позниш, Р. Риккарделлі, К. Джонс, Г. Кеніг, К. Бабов, С. Богданов, Д. Бейдель, К. Бурасса, Л. Ешуїс, Р. Гартелл, Д. Тургус, Р. Далівал, О. Вдовиченко та ін.

Актуальним є питання реінтеграції ветеранів й у наукових дослідженнях вітчизняних вчених, серед яких Ю. Бойко-Бузиль, О. Єгорова, Т. Коленіченко, Н. Ржевська, А. Сімахова, В. Явір та ін.

Водночас, практичні аспекти впровадження програм психосоціального відновлення в умовах українського суспільства, з його культурним контекстом та реаліями воєнного стану, залишаються недостатньо розробленими. Особливо потребують подальшого аналізу порівняльні ефекти індивідуального та групового втручання, їх відповідність запитам ветеранів та результативність у довготривалій перспективі.

У ході аналізу наукових джерел було виявлено *низку суперечностей*, що визначають актуальність і необхідність проведення нашого дослідження:

1. *Перша суперечність* полягає в неоднозначній оцінці ефективності індивідуальних та групових програм реабілітації. Одні дослідники підкреслюють переваги індивідуальних консультацій для подолання посттравматичного стресового розладу, інші ж акцентують на важливості групових тренінгів для соціальної адаптації ветеранів.

2. *Друга суперечність* стосується різної тривалості та стабільності ефектів від цих втручань: групові програми часто демонструють швидкий, але тимчасовий позитивний вплив, тоді як індивідуальні підходи мають більш поступовий, але стійкий ефект.

3. *Третя суперечність* полягає в недостатній вивченості оптимальних моделей поєднання індивідуальних та групових методів у комплексних реабілітаційних програмах, що ускладнює розробку ефективних інтегрованих стратегій.

Виявлення цих суперечностей і практичних прогалин у науковому знанні обґрунтовує вибір теми магістерського дослідження **«Соціально-психологічна реабілітація ветеранів війни: вплив індивідуальних та групових програм на психосоціальне відновлення»** та визначає його основні напрямки.

Об'єкт дослідження – процес соціально-психологічної реабілітації ветеранів війни.

Предмет дослідження – вплив індивідуальних та групових програм реабілітації на психосоціальне відновлення ветеранів.

Мета дослідження – дослідити ефективність індивідуальних і групових програм соціально-психологічної реабілітації через емпіричне вивчення їх впливу на психосоціальний стан ветеранів війни до та після участі в таких заходах.

Відповідно до проблеми, об'єкта, предмета і мети дослідження вирішувалися такі **завдання**:

1. Проаналізувати психосоціальні наслідки війни для ветеранів та визначити основні виклики їхнього повернення до мирного життя.

2. Ознайомитися з існуючими індивідуальними та груповими програмами соціально-психологічної реабілітації та оцінити їх потенційну ефективність.

3. Провести констатувальний аналіз психосоціального стану ветеранів до участі у реабілітаційних заходах.

4. Розробити та реалізувати комплексну програму психосоціальної підтримки.

5. Проаналізувати зміни в психосоціальному стані ветеранів після проходження запропонованої програми, оцінити її ефективність та сформулювати практичні рекомендації щодо вдосконалення програм соціально-психологічної реабілітації ветеранів.

Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс різноманітних **методів дослідження:**

- *теоретичні методи:* аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми соціально-психологічної реабілітації ветеранів; порівняльний аналіз підходів до індивідуальних і групових форм психосоціального відновлення; моделювання структури реабілітаційної програми.

- *емпіричні методи:* анкетування та опитування ветеранів для вивчення їхнього психосоціального стану; спостереження за динамікою змін під час участі в реабілітаційних заходах; індивідуальні психологічні консультації; проведення та фасилітація групових тренінгових занять; бесіди та напівструктуровані інтерв'ю з учасниками.

- *статистичні методи:* кількісний аналіз даних (використання середніх величин, відсоткових показників); порівняння результатів до та після втручання (до- та післятестова оцінка); візуалізація результатів (діаграми,

графіки) для представлення змін психосоціального стану; використання програмного забезпечення для обробки даних.

Структура магістерської роботи: Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 63 сторінок, із них основного тексту – 50 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

1.1. Психосоціальні наслідки війни: виклики для ветеранів

Збройна агресія Російської Федерації проти України, яка почалась у 2014 році та переросла у повномасштабну війну в лютому 2022 року, спричинила безпрецедентну кількість мобілізацій, втрат, поранень та психологічних травм серед військовослужбовців. Станом на середину 2024 року в Україні офіційно зареєстровано понад 1,3 мільйона осіб зі статусом ветерана війни, і ця кількість, за прогнозами Міністерства у справах ветеранів, може зрости до 5–6 мільйонів у поствоєнний період, враховуючи також членів їхніх родин [18]. Відповідно, постає масштабна суспільна потреба в ефективних системах соціально-психологічної підтримки та реінтеграції учасників бойових дій.

Психосоціальні наслідки війни охоплюють широкий спектр розладів, порушень і труднощів, що виникають у результаті перебування особи в екстремальних бойових умовах та повернення до мирного життя. Ці наслідки є не лише індивідуальною психологічною проблемою, а й соціальним явищем, що безпосередньо впливає на родини, громади та суспільство загалом. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, від 20% до 40% військовослужбовців демонструють симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії або тривожних розладів, і потребують кваліфікованої психологічної допомоги [8].

Окрім суто психологічних наслідків, ветерани часто стикаються із соціальною ізоляцією, труднощами у відновленні родинних стосунків, конфліктами на побутовому рівні, зниженням рівня працездатності, а також з відчуттям нерозуміння і стигматизації з боку суспільства. За даними Українського ветеранського фонду, майже 36% ветеранів відчувають, що їхня соціальна роль у мирному житті «непомітна» або «неактуальна» [34].

Наукова література з цієї теми підтверджує, що психосоціальні наслідки війни носять багатовимірний характер. Так, І. Клименко, С. Лобанов, Т. Зайчикова, Р. Ільченко, досліджуючи поняття травматичного стресу, наголошував на тому, що бойові дії призводять не лише до психологічної дестабілізації, але й до глибоких змін у системі міжособистісних зв'язків, що ускладнює адаптацію до мирного життя [37]. Подібну думку висловлює і М. Пустовойт, який вивчає посттравматичну динаміку у військових та зазначає, що навіть за умов терапевтичного втручання соціальна самореалізація ветерана може залишатися заблокованою через комплекс провини та втрати довіри [26].

У дослідженнях К. Кравченко, О. Тімченко, Ю. Широбокова підкреслюється важливість культурного та соціального контексту у подоланні психосоціальних наслідків війни. Зокрема, у країнах із сильною традицією колективізму (включно з Україною) ветерани частіше орієнтовані на групову підтримку, однак водночас частіше стикаються зі стигматизацією через звернення по психологічну допомогу [16].

Психосоціальні наслідки війни є складним і багаторівневим феноменом, що вимагає системного аналізу. Найбільш поширеними психологічними травмами, з якими стикаються ветерани, є: *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР); депресія; тривожні розлади; розлади адаптації; синдром провини вцілілого* (див. рис. 1.1.1.).

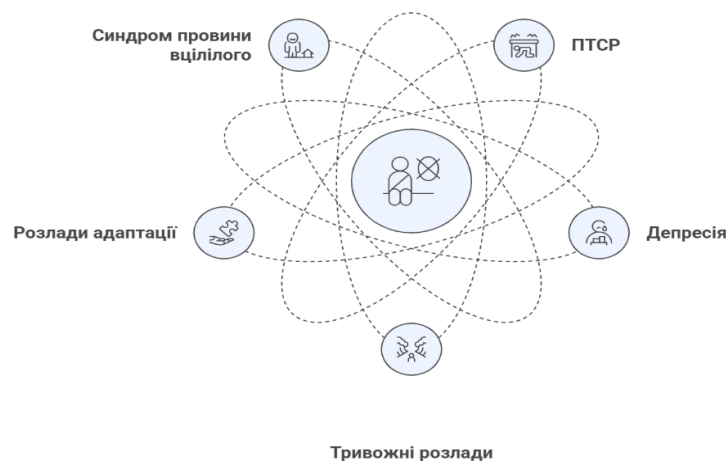


Рис. 1.1.1. Психологічні виклики ветеранів

Окрім психологічних травм, ветерани часто стикаються з соціальними проблемами, які ускладнюють їхню адаптацію до мирного життя: проблеми із працевлаштуванням; проблеми у відносинах; соціальна ізоляція; проблеми із житлом; зловживання психоактивними речовинами (див. рис. 1.1.2.).

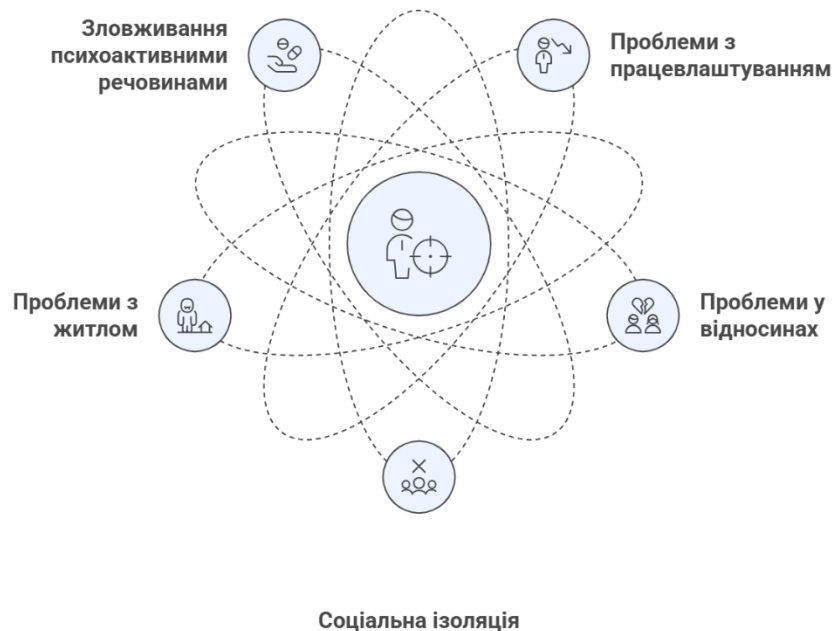


Рис. 1.1.2. Соціальні виклики, з якими стикаються ветерани

Для узагальнення ключових проблем, з якими стикаються ветерани у процесі повернення до мирного життя, доцільно представити їх у вигляді структурованої таблиці 1.1.1. Такий підхід дозволяє не лише класифікувати основні наслідки, але й відобразити їх прояви та потенційні ризики для реінтеграції.

Особливої актуальності набуває проблема *посттравматичного стресового розладу (ПТСР)* – одного з найбільш вивчених, але складно діагностованих і лікуваних станів. Симптоми ПТСР включають нав'язливі спогади про події, нічні кошмари, емоційну відстороненість, підвищену тривожність, дратівливість, а також уникання ситуацій, які нагадують про травмуючий досвід [7]. За оцінками фахівців Національного університету охорони здоров'я України, близько 1 з 4 демобілізованих військовослужбовців

демонструє симптоматику, що відповідає критеріям ПТСР, однак лише невелика частка з них звертається по професійну допомогу [19].

Наступною критичною проблемою є *соціальна ізоляція*, яка виникає внаслідок того, що ветерани не завжди можуть адаптуватися до мирного ритму життя, не мають спільних точок дотику з цивільним населенням, відчують себе відчуженими. Це, своєю чергою, сприяє формуванню вторинних порушень – зниженню самооцінки, схильності до аутоагресії, вживанню психоактивних речовин, зростанню ризику суїцидальної поведінки [10].

Окрім ПТСР та соціальної ізоляції, вагомими психосоціальними наслідками війни є *депресивні стани*, які виникають як реакція на втрату бойових побратимів, фізичні травми, розчарування в очікуваннях та неможливість реалізувати себе в післявоєнному житті. Дослідження показують, що депресивні симптоми виявляються у 30–40% українських ветеранів протягом першого року після демобілізації [5]. У порівнянні з загальним населенням, у демобілізованих ризик клінічної депресії у 2–3 рази вищий [19].

Ще однією актуальною проблемою є *тривожні розлади* – постійне відчуття загрози, внутрішнього напруження, панічні атаки. За спостереженнями клінічних психологів, тривожність часто маскується під соматичні симптоми: безсоння, тахікардію, порушення апетиту [10].

Не менш важливим аспектом є *деструкція сімейних відносин*, яка виникає через емоційну замкнутість ветерана, втрату контакту з дітьми, непорозуміння з боку партнерів, які не мають досвіду війни. За статистикою, у перший рік після повернення з війни кількість розлучень серед демобілізованих зростає в середньому на 28% [25].

Крім того, *економічні труднощі та проблеми працевлаштування* поглиблюють психосоціальну дезадаптацію. Багато ветеранів повертаються до зміненого ринку праці, втрачають кваліфікацію або стикаються з дискримінацією. Дані Центру зайнятості ветеранів свідчать, що рівень

безробіття серед колишніх військових у 2023 році був майже вдвічі вищим, ніж у загальній популяції працездатного населення [6].

З цими чинниками часто пов'язане зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами (ПАР). Алкоголь слугує засобом тимчасового зняття напруги, проте в перспективі лише посилює симптоматику ПТСР і депресії. Близько 18% ветеранів повідомляють про часте вживання алкоголю як «єдиного способу впоратися з тривогою» [34].

Таблиця 1.1.1

Основні психосоціальні наслідки війни для ветеранів України

Тип наслідків	Прояви	Орієнтовна поширеність (% серед ветеранів)	Потенційні ризики
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	Флешбеки, уникання, гіпертривожність, емоційна відстороненість	20–40%	Психічна дестабілізація, ризик самоушкодження або самогубства
Депресія	Пригнічення, втрата інтересу, апатія, думки про смерть	30–40%	Порушення соціальних контактів
Тривожні розлади	Панічні атаки, безсоння, соматичні скарги	15–25%	Девіантна поведінка, криміналізація, безпритульність
Соціальна ізоляція	Відчуження, замкнутість, втрата соціальних зв'язків	25–40%	Соціальна дезадаптація, загроза маргіналізації
Проблеми в сім'ї	Конфлікти, розлучення, емоційна дистанція	20–35%	Сімейні конфлікти
Зловживання ПАР	Алкоголізація, наркотики, залежності	10–20%	Зниження якості життя, потреба в довготривалому медичному супроводі
Труднощі з працевлаштуванням	Безробіття, професійна дезадаптація, дискримінація	до 40%	Залежність від державної підтримки, економічна нестабільність

Наведена таблиця демонструє багатовимірність психосоціальних наслідків війни, з якими стикаються українські ветерани. Важливо усвідомлювати, що ці наслідки є взаємопов'язаними та часто посилюють один одного. Наприклад, економічна нестабільність може поглиблювати емоційні розлади, а соціальна ізоляція – ускладнювати доступ до медичної чи психологічної допомоги. Це підкреслює необхідність мультидисциплінарного підходу до реабілітації, який враховує весь спектр проблем, а не лише окремі симптоми. Такий підхід має стати основою формування ефективних індивідуальних та групових програм психосоціальної підтримки ветеранів.

Суспільство відіграє важливу роль у підтримці ветеранів та їхній адаптації до мирного життя. Важливо (див. рис. 1.1.3.):

1. Підвищувати обізнаність про психосоціальні наслідки війни. Це може допомогти зменшити стигму, пов'язану з психологічними проблемами, та заохотити ветеранів звертатися за допомогою.

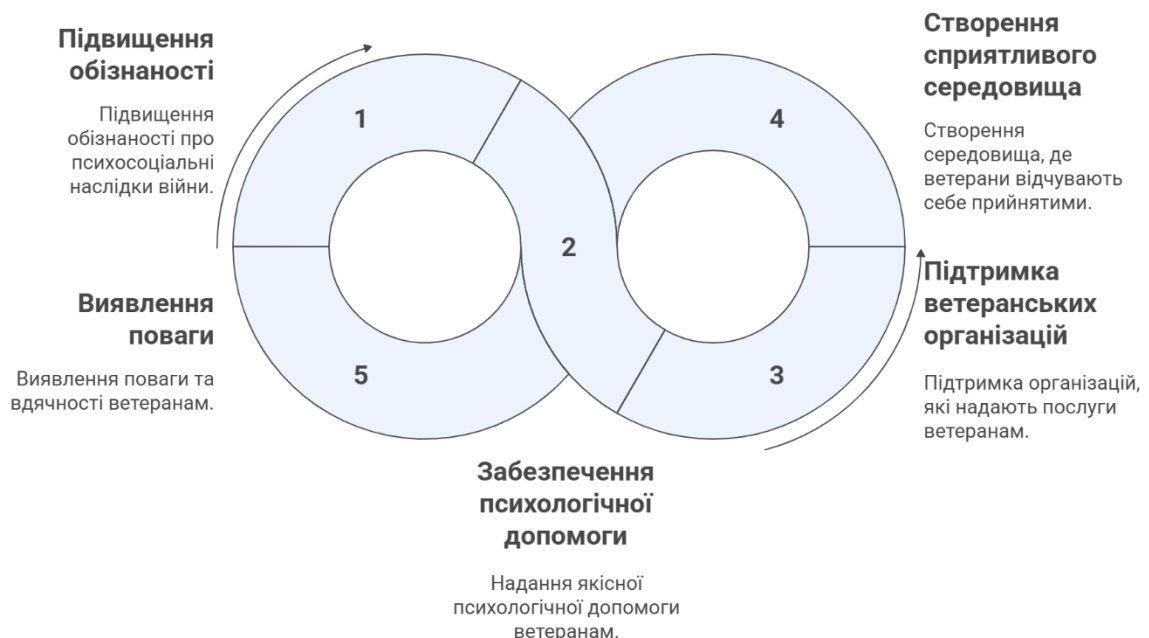


Рис. 1.1.3. Цикл підтримки ветеранів суспільством

2. Забезпечення доступу до якісної психологічної допомоги є критично важливим для лікування психологічних травм та сприяння адаптації ветеранів до мирного життя.

3. Підтримка ветеранських організацій, які надають ветеранам широкий спектр послуг, може допомогти їм отримати необхідну підтримку та ресурси.

4. Створення сприятливого середовища для ветеранів, де вони відчують себе прийнятими та цінними, може допомогти їм інтегруватися в суспільство та відновити своє життя.

5. Виявлення поваги та вдячності ветеранам за їхню службу може допомогти їм відчути себе цінними та важливими членами суспільства.

Таким чином, можна зазначити, що адаптація ветеранів до мирного життя є складним і тривалим процесом, який потребує комплексного підходу. Важливими складовими цього процесу є (див. рис. 1.1.4):

Психологічна допомога. Психотерапія, особливо когнітивно-поведінкова терапія та терапія експозицією, є ефективними методами лікування ПТСР, депресії та інших психологічних проблем.

Медикаментозне лікування. У деяких випадках може бути необхідним медикаментозне лікування для полегшення симптомів депресії, тривоги та інших розладів.

Соціальна підтримка. Підтримка від сім'ї, друзів, ветеранських організацій та спільноти є важливою для адаптації ветеранів до мирного життя.

Програми працевлаштування, які надають ветеранам необхідні навички та підтримку, можуть допомогти їм знайти роботу та повернутися до економічної активності.

Житлові програми, які надають ветеранам доступне та безпечне житло, можуть допомогти їм стабілізувати своє життя та зосередитися на відновленні.

Освітні програми можуть допомогти ветеранам отримати нові навички та знання, що підвищить їхню конкурентоспроможність на ринку праці.

Реабілітаційні програми, які включають фізичну терапію, трудотерапію та інші види реабілітації, можуть допомогти ветеранам відновити фізичне здоров'я та функціональність.

Участь у групах підтримки, де ветерани можуть ділитися своїм досвідом та отримувати підтримку від інших, хто пережив подібні травми, може бути дуже корисною.



Рис. 1.1.4. Комплексний підхід у підтримці ветеранів

Отже, психосоціальні наслідки війни мають системний характер і вражають усі ключові сфери життєдіяльності ветерана: психологічну, соціальну, професійну та сімейну. Їх багатовимірність вимагає не лише медичного втручання, а й соціальної підтримки, включення громади, ефективної державної політики. Підкреслимо, що більшість існуючих втручань мають фрагментарний характер, не забезпечують довготривалої підтримки й не враховують індивідуальні особливості психотравматичного досвіду ветеранів. Таким чином, потреба в дослідженні ефективності

індивідуальних та групових реабілітаційних програм є не лише науково обґрунтованою, а й соціально нагальною.

1.2. Індивідуальні та групові програми реабілітації: підходи та ефективність

В умовах повномасштабної війни в Україні соціально-психологічна реабілітація ветеранів стала одним із пріоритетних напрямів державної та громадської політики. Значна кількість фахових і волонтерських ініціатив спрямована на відновлення психоемоційного стану військовослужбовців, подолання наслідків бойового стресу, ПТСР, тривожних та депресивних розладів, а також сприяння їхній інтеграції в мирне життя.

Залежно від форми втручання, реабілітаційні програми поділяються на *індивідуальні та групові*. Обидва підходи мають свої переваги, обмеження та специфіку реалізації, що актуалізує необхідність їх аналізу та порівняння.

Індивідуальна реабілітація – це підхід, орієнтований на конкретні потреби та цілі окремого пацієнта [11]. Програма розробляється з урахуванням індивідуальних особливостей, діагнозу, фізичного та психологічного стану, а також особистих цілей пацієнта та передбачають безпосередню взаємодію ветерана з психологом, психотерапевтом або психіатром.

Аналіз наукової та методичної літератури показує, що існують певні підходи та етапи в індивідуальній реабілітації (див. рис. 1.2.1.):

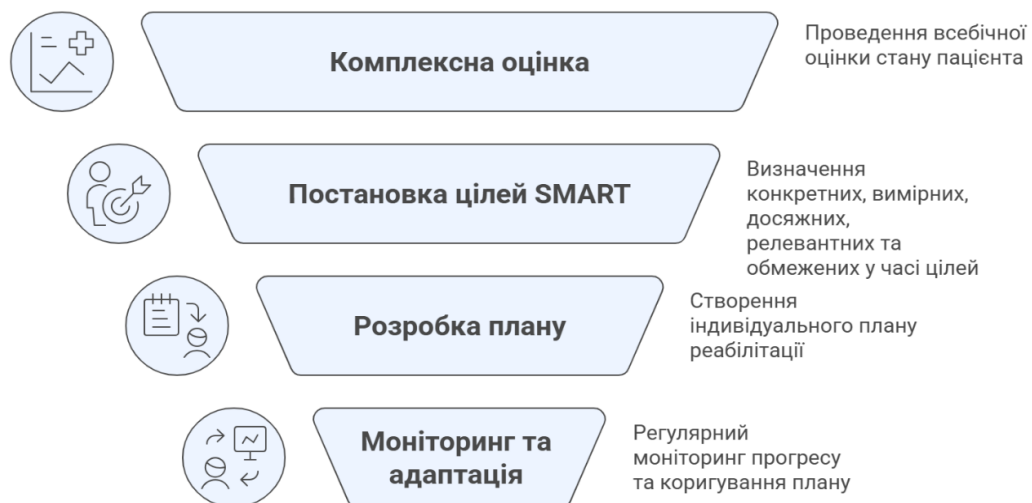


Рис. 1.2.1. Підходи та етапи в індивідуальній реабілітації

1. Першим кроком є проведення всебічної комплексної оцінки стану пацієнта, включаючи медичний огляд, функціональне тестування, психологічне обстеження та оцінку соціальних факторів.

2. На основі оцінки визначаються конкретні, вимірні, досяжні, релевантні та обмежені в часі (SMART) індивідуальні цілі реабілітації.

3. Далі йде розробка індивідуального плану, який включає в себе конкретні вправи, терапевтичні методи, стратегії управління болем та інші втручання, спрямовані на досягнення поставлених цілей.

4. Відбувається постійний моніторинг та адаптація. Прогрес пацієнта регулярно відстежується, і план реабілітації коригується відповідно до досягнутих результатів та змін у стані пацієнта.

Для порівняльного аналізу індивідуальної та групової форм реабілітації важливо виділити її переваги та недоліки (див. рис. 1.2.2. та 1.2.3.).

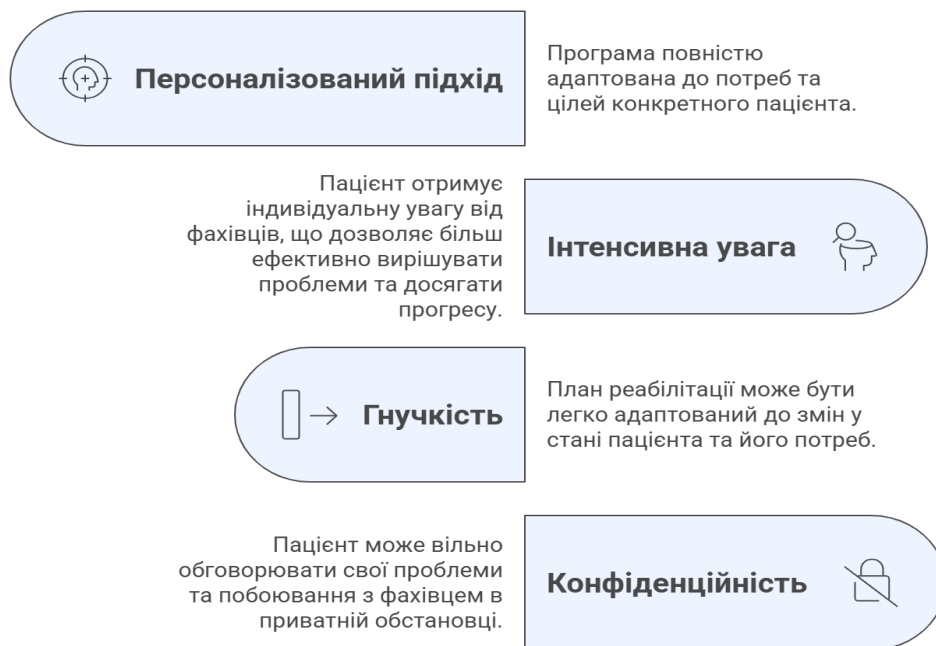


Рис. 1.2.2. Переваги індивідуальних програм реабілітації

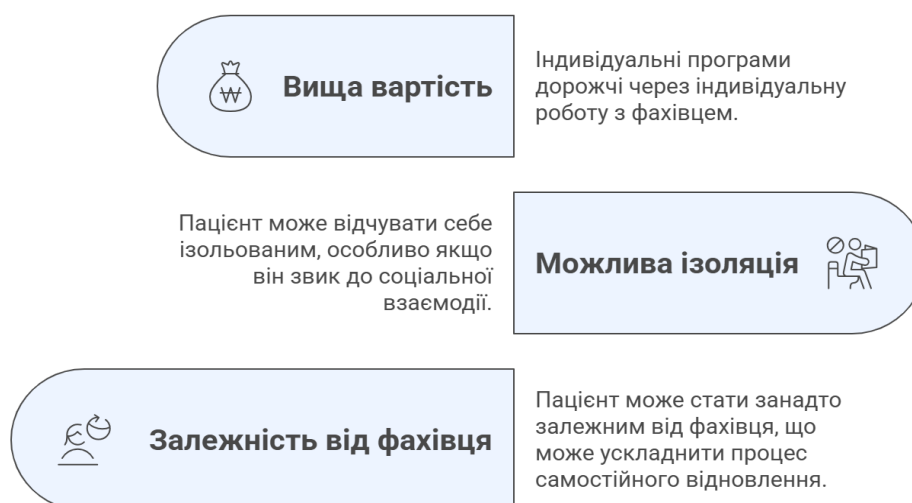


Рис. 1.2.3. Недоліки індивідуальних програм реабілітації

Найбільш відомими прикладами індивідуальних програм реабілітації в Україні є діяльність Центру психічного здоров'я «Лісова поляна» МОЗ України, де реалізуються індивідуальні схеми роботи з ветеранами, що включають когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію, медикаментозну підтримку. За даними звітів установи, понад 60 % учасників програми

демонструють помітне покращення емоційного стану вже після двох тижнів терапії [17].

Наступний проєкт «Психічне здоров'я для України» (MH4U), створений за підтримки ВООЗ, адаптував індивідуальні інтервенції до умов українського поствоєнного середовища. Програма охоплює короткотермінові сесії за методиками «Problem Management Plus» (PM+) та «Doing What Matters in Times of Stress» [8]. Водночас Superhumans Center у Львівській області забезпечує психологічну підтримку ветеранів, які проходять протезування або лікування важких поранень, об'єднуючи психологічну реабілітацію з фізичним відновленням [42].

Інші приклади включають програму Reviving Warriors – модульну індивідуальну реабілітацію ветеранів, що триває 30 днів, а також психологічні консультації в межах Veteran Hub, де надаються психотерапевтичні послуги, юридична допомога та соціальний супровід [39; 44].

Групова реабілітація – це підхід, при якому пацієнти з подібними проблемами та потребами проходять реабілітацію разом під керівництвом фахівця [11].

Групові програми психосоціальної реабілітації ветеранів є однією з ключових форм підтримки осіб, які повернулися з фронту. Вони передбачають участь у спільних тренінгах, групових психотерапевтичних сесіях, майстер-класах, арт-терапевтичних заняттях тощо. Такий формат сприяє формуванню відчуття приналежності, взаємної підтримки, нормалізації переживань та зменшенню соціальної ізоляції. Водночас групова взаємодія не завжди є універсальним інструментом і має свої обмеження, які слід враховувати при формуванні індивідуального плану реабілітації. Вони також мають певні визначені етапи та підходи (див. рис. 1.2.4.):



Рис. 1.2.4. Підходи та етапи в груповій реабілітації

У наступних схемах представлено основні переваги й недоліки групових програм, визначені на основі аналізу практик вітчизняних та зарубіжних ініціатив, наукових досліджень і рекомендацій фахівців у галузі військової психології та соціальної роботи (див. рис. 1.2.5. та 1.2.6.).



Рис. 1.2.5. Переваги групових програм реабілітації

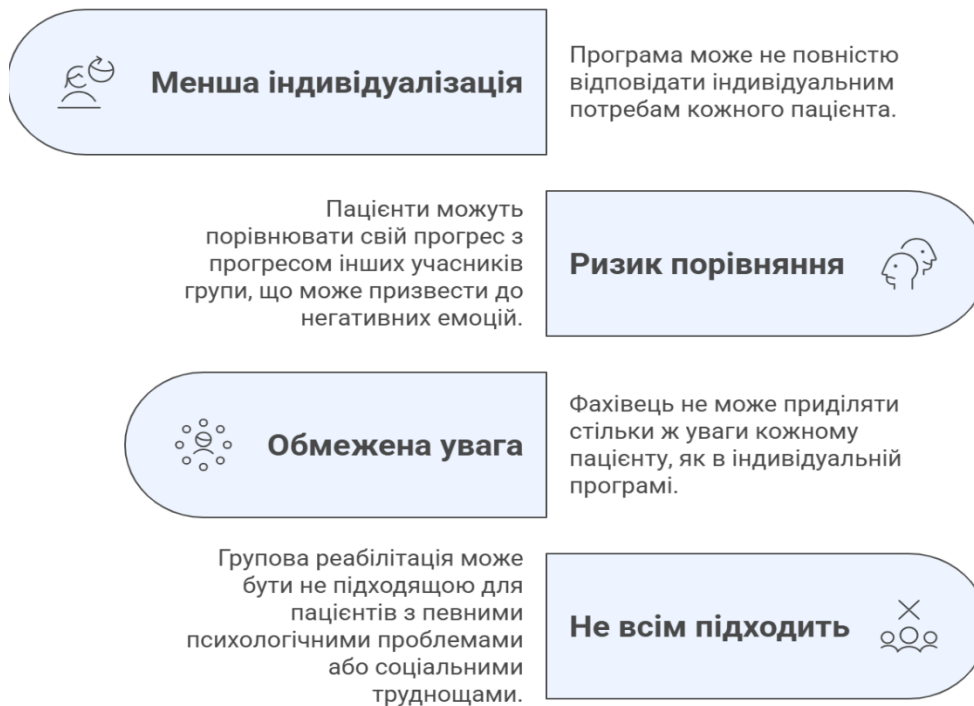


Рис. 1.2.6. Недоліки групових програм реабілітації

Однією з провідних ініціатив у напрямі групової реабілітації є «Atlant Support», що діє у понад 30 містах України. Її мобільні психологічні групи поєднують когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та травмофокусовані підходи [2].

Ініціатива YMCA Veteran Initiative Ukraine реалізує програми арт-терапії, групового співу, творчих занять і сімейних таборів, що сприяють зниженню симптомів ПТСР, нормалізації емоційного стану та формуванню підтримуючих соціальних зв'язків [4].

Благодійний фонд «Після служби» реалізує групи взаємопідтримки в бригадах, тренінги для ветеранів та волонтерів, які працюють з військовими [24]. Центри Veteran Hub пропонують групові заняття з емоційної стабілізації, майстер-класи та обговорення в безпечному просторі [44].

Окремим напрямом групової реабілітації стали **спортивно-психологічні ініціативи**, зокрема програми фонду «Повернись живим» та участь українських ветеранів у міжнародних спортивних подіях (Invictus Games,

Warrior Games), де поєднуються фізична активність та психоемоційна підтримка [3].

Індивідуальні та групові програми реабілітації мають свої переваги та недоліки. Вибір між цими двома моделями залежить від індивідуальних потреб та обставин пацієнта, а також від наявності ресурсів та кваліфікації фахівців. Важливо враховувати всі фактори, що впливають на ефективність реабілітації, щоб забезпечити найкращі результати для пацієнта. У деяких випадках комбінація індивідуальних та групових занять може бути найбільш ефективним підходом.

Узагальнюючи наявні практики, варто виокремити низку відмінностей між індивідуальними та груповими підходами до реабілітації (див. табл. 1.2.1):

Таблиця 1.2.1.

Порівняльна таблиця ефективності індивідуальних і групових форм реабілітації

Критерій	Індивідуальні програми	Групові програми
Форма втручання	1-на-1 з фахівцем	Робота в групі ветеранів
Основні методи	СВТ, арт-терапія, психоосвіта, гештальт-терапія	Тренінги, фасилітація, психодрама, арт-групи
Доступність	Обмежена – потреба у фахівцях, логістика	Більш доступна, масштабована
Переваги	Індивіалізація, глибока робота	Зменшення стигми, розвиток комунікації
Обмеження	Висока вартість, кадровий дефіцит	Менша гнучкість, ризик поверховості
Глибина втручання	Висока (для ПТСР, депресії)	Помірна, стабілізаційна робота
Емоційна безпека і довіра	Необхідна конфіденційність	Посилена через спільний досвід
Популярність	Нижча через стигму	Вища – учасницький формат з ветеранами
Ефективність по дослідженнях	40–60 % зниження симптомів (Reviving Warriors, MH4U)	30–35 % (Atlant Support, YMCA, Come Back Alive)

Наукові дослідження (А. Чернов, В. Заїка, В. Лебедєв та ін.) свідчать про важливість поєднання обох підходів. Наприклад, результати дослідження Т. Колениченко показують, що комбіновані моделі втручання значно підвищують довготривалу ефективність реабілітації [14]. Це також підтверджують українські практики та нормативно-правова база, які поступово переходять до комплексних систем підтримки.

Сучасна нормативно-правова база України поступово адаптується до викликів, пов'язаних із соціальною реабілітацією ветеранів війни, що відіграє ключову роль у формуванні та реалізації як індивідуальних, так і групових програм підтримки. Значущим кроком стало підписання Президентом України у квітні 2025 року Закону про комплексну підтримку ветеранів. Документ передбачає інтеграцію медичних, психологічних, соціальних і реабілітаційних послуг, із забезпеченням індивідуального підходу до кожного ветерана, а також врахування потреб членів їхніх родин [29].

Ще раніше, 11 березня 2025 року, Верховна Рада України ухвалила Закон № 4285-IX, що визначає концептуальні засади формування державної ветеранської політики. Цей документ закріплює обов'язковість впровадження психосоціальних програм реабілітації на центральному, місцевому та громадському рівнях, а також створення координаційних центрів для їх реалізації [12].

Крім того, 15 березня 2025 року було внесено поправки до Закону України «Про освіту», які відкрили можливість закладам освіти надавати реабілітаційні послуги ветеранам війни. Нововведення передбачають створення спеціалізованих програм у рамках освітніх установ, що сприяють відновленню функціональних та адаптаційних можливостей ветеранів, зокрема через психолого-педагогічні інструменти [27].

Таким чином, аналіз актуального законодавства свідчить про поступову інституціалізацію системної підтримки ветеранів в Україні. Ці кроки створюють правове підґрунтя для подальшої інтеграції психосоціальної реабілітації в державну політику та освітню інфраструктуру, водночас

відкриваючи нові можливості для практичної реалізації як індивідуальних, так і групових програм.

Ефективність програм соціально-психологічної допомоги ветеранам війни визначається низкою взаємопов'язаних факторів. Важливу роль відіграє не лише зміст програм або форма подачі (індивідуальна чи групова), але й контекстні умови: мотивація учасника, рівень довіри до фахівців, наявність соціальної підтримки, досвід бойових дій, тривалість перебування в зоні бойових дій, а також системна міжвідомча взаємодія. Не менш важливими є соціокультурні чинники – ставлення до теми ментального здоров'я, стигматизація, громадська обізнаність.

Для кращого розуміння комплексного впливу різних чинників на результативність реабілітаційних втручань у роботі з ветеранами, нижче наведено схематизовану класифікацію основних факторів, що варто враховувати під час розробки та впровадження програм (див. рис. 1.2.7.).



Рис. 1.2.7. Фактори, що впливають на ефективність реабілітаційних програм

Таким чином, і індивідуальні, і групові програми мають свою ефективність, залежно від специфіки травматичного досвіду, особистих потреб ветерана, а також ресурсів громади. В умовах воєнного часу та обмеженого доступу до фахівців групові форми можуть стати ключовим інструментом психосоціальної стабілізації. Водночас індивідуальні втручання залишаються незамінними при глибоких порушеннях психіки та необхідності в терапії тривалого формату.

Висновки до першого розділу

У розділі подано теоретичний аналіз психосоціальних наслідків війни для ветеранів, а також сучасних підходів до соціально-психологічної реабілітації на індивідуальному та груповому рівнях. Розглянуто основні психологічні (ПТСР, тривожність, депресія), соціальні (ізоляція, труднощі в працевлаштуванні), міжособистісні (розриви сімейних зв'язків, конфлікти) та економічні наслідки, які переживають ветерани, повертаючись до мирного життя.

Здійснений аналіз статистичних даних, наукових публікацій, а також актуальних державних ініціатив і нормативної бази дозволив окреслити контекст функціонування системи реабілітації в Україні. Показано, що, попри зростання кількості організацій, які надають допомогу ветеранам (зокрема, Lisova Polyana, Veteran Hub, Reviving Warriors, Superhumans Center, МН4U), досі бракує системної координації, міжгалузевого підходу та сталої державної підтримки.

Порівняльний аналіз індивідуальних і групових програм реабілітації дав змогу виокремити їх переваги та обмеження. Індивідуальні підходи дозволяють враховувати особистісні особливості ветеранів, рівень травматизації та конкретні запити, водночас групові формати сприяють підтримці через спільний досвід, соціалізацію та розвиток взаємодії. Визначено також низку факторів, що впливають на ефективність програм: професіоналізм фахівців, тривалість втручання, мотивація учасників, контекст середовища тощо.

Окрему увагу приділено аналізу законодавчих ініціатив 2025 року (закон № 4285-IX, укази Президента, поправки до закону про освіту), які вперше у новітній історії України формують комплексну державну політику у сфері підтримки ветеранів, включаючи психосоціальну реабілітацію, медичну допомогу, інтеграцію родин та можливості навчання.

У другому розділі буде представлено емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення реального впливу індивідуальних і групових програм реабілітації на психосоціальний стан ветеранів, динаміку їхнього відновлення та ступінь адаптації після проходження зазначених втручань.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ТА ГРУПОВИХ ПРОГРАМ НА ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ВЕТЕРАНІВ

2.1. Констатувальний аналіз рівня психосоціального стану ветеранів до участі у реабілітаційних програмах

Психосоціальний стан ветеранів війни є ключовим індикатором їхньої адаптації до мирного життя, соціального функціонування та загального добробуту. На цьому етапі дослідження ми поставили за мету зафіксувати початковий рівень психоемоційного стану учасників бойових дій до проходження реабілітаційних програм з метою подальшого порівняння змін у їхньому психосоціальному функціонуванні. Проведення констатувального аналізу дозволяє виявити основні напрями впливу та зони ризику, які потребують корекції в процесі індивідуальної або групової реабілітації.

У межах емпіричної частини дослідження було здійснено констатувальний зріз психосоціального стану ветеранів війни, який мав на меті визначити рівень їх емоційного самопочуття, суб'єктивного стресу та відчуття соціальної підтримки до початку участі у програмах реабілітації.

Базою дослідження став Центр медичної реабілітації та психіатричної допомоги «Лісова Поляна» МОЗ України. У дослідженні взяли участь 30 ветеранів, які надали добровільну письмову згоду на участь в анонімному опитуванні.

З метою комплексної оцінки психосоціального стану було використано три методи:

1. *Авторський опитувальник психоемоційного стану ветеранів* – дозволив визначити загальне суб'єктивне самопочуття за кількома

показниками (сон, тривожність, працездатність, соціальна активність, настрій). Оцінювання здійснювалося за 5-бальною шкалою (див. додаток А).

Даний опитувальник розроблений з метою комплексної оцінки психоемоційного стану ветеранів, які проходять реабілітацію або потребують психологічної підтримки. Військова служба, бойові дії та пов'язані з ними стресові події можуть значно впливати на емоційний, фізичний та соціальний стан ветеранів. Розуміння цих впливів є надзвичайно важливим для створення ефективних програм реабілітації та підтримки, які враховують індивідуальні потреби кожної людини.

Опитувальник охоплює основні аспекти психоемоційного здоров'я: емоційний стан, фізичні прояви стресу, соціальну підтримку та загальне самопочуття. Він розроблений таким чином, щоб забезпечити швидку, але при цьому достатньо глибоку оцінку, яка допоможе виявити рівень стресу, тривожності, депресивних симптомів та соціальної ізоляції.

Відповіді на питання допоможуть фахівцям – психологам, соціальним працівникам, реабілітологам – краще зрозуміти поточний стан ветерана, визначити наявність можливих ризиків та вчасно надати необхідну підтримку. Важливо, що опитувальник адаптований саме під контекст реабілітаційної роботи з ветеранами в Україні, враховуючи специфіку їхнього досвіду та потреб.

2. *Шкала сприйманого стресу (PSS-10)* у перекладі та адаптації О. Медведєвої, яка вимірює рівень переживаного стресу протягом останнього місяця (див. додаток Б). Значення від 0 до 40, де: 0–13 – низький рівень стресу; 14–26 – помірний рівень; 27–40 – високий рівень.

3. *Шкала суб'єктивної соціальної підтримки* (адаптація Zimet et al., 1988), яка оцінює підтримку з боку сім'ї, друзів та суспільства (1–7 балів) (див. додаток В).

Детальний аналіз результатів опитування за основними компонентами *авторської анкети*, дає змогу сформувати цілісну картину психоемоційного

стану цільової групи та обґрунтувати подальші рекомендації щодо реабілітаційних заходів.

Результати свідчать про те, що серед ветеранів, які брали участь у дослідженні, значна частина відчуває помірний рівень емоційного стресу, включаючи пригніченість, тривогу, роздратування та безнадійність. Соматичні прояви стресу, такі як порушення сну та головний біль, також є поширеними, що відображає взаємозв'язок між психоемоційним станом і фізичним здоров'ям (див.табл.2.1.1.).

Таблиця 2.1.1.

**Розподіл відповідей ветеранів за питаннями опитувальника
психоемоційного стану (n=30)**

Питання	0 Ніколи/ Завжди	1 Рідко/ Часто	2 Іноді	3 Часто/ Рідко	4 Майже завжди/ Ніколи	Середній бал
1. Пригніченість або смуток	5	7	8	6	4	1,9
2. Тривога або занепокоєння	4	6	10	7	3	2,0
3. Роздратування або злість	6	8	7	5	4	1,8
4. Відчуття безнадійності	8	5	6	7	4	1,7
5. Труднощі зі сном	7	6	5	7	5	1,9
6. Головний біль, напруга, біль у м'язах	6	8	6	6	4	1,8
7. Підтримка від сім'ї або близьких	10	8	6	4	2	1,3
8. Уникнення спілкування через свій стан	9	7	7	4	3	1,5
9. Загальна оцінка психоемоційного стану	5	7	8	6	4	1,9

Щодо соціального стану, більшість ветеранів відчувають підтримку з боку близьких, але є і такі, що уникають спілкування, що може свідчити про початкові ознаки соціальної ізоляції. Загальна оцінка психоемоційного стану

вказує на переважно задовільне самопочуття, проте частина респондентів оцінює його як погане або дуже погане.

Розподіл учасників за категоріями психоемоційного стану (табл. 2.1.2) показав, що 20% ветеранів мають стан, що відповідає нормі (0–10 балів), 47% – легкі прояви стресу (11–20 балів), 30% – середній рівень психоемоційних порушень (21–30 балів) і 3% – високий рівень психоемоційних проблем (31–36 балів).

Таблиця 2.1.2

Розподіл ветеранів за рівнем психоемоційного стану (n=30)

Категорія рівня стану	Кількість ветеранів	Відсоток, %
0–10 балів – психоемоційний стан в нормі	6	20
11–20 балів – легкі прояви стресу	14	47
21–30 балів – середній рівень порушень	9	30
31–36 балів – високий рівень проблем	1	3

Отже, майже половина ветеранів (47%) відчують легкі прояви стресу, що вказує на необхідність забезпечення додаткової підтримки та профілактичних заходів для запобігання погіршенню стану. Значна частина (30%) потребує психологічного втручання для корекції середнього рівня порушень. Наявність 3% ветеранів із високим рівнем психоемоційних проблем свідчить про необхідність термінового залучення спеціалізованої допомоги.

Ці дані підкреслюють актуальність системної психосоціальної підтримки ветеранів, особливо в умовах адаптації після служби, та обґрунтовують подальший аналіз впливу індивідуальних та групових реабілітаційних програм на покращення їхнього психоемоційного стану.

Таким чином, опитування за допомогою авторської анкети демонструє необхідність системного впровадження індивідуальних і групових реабілітаційних програм, спрямованих на покращення емоційного стану, зниження рівня стресу та підтримку соціальної інтеграції ветеранів.

Для вивчення рівня суб'єктивно сприйманого стресу у ветеранів війни було використано *Шкалу сприйманого стресу (PSS-10)* у перекладі та адаптації О. Медведєвої. Цей інструмент дозволяє оцінити, наскільки особа відчувала себе напруженою, втраченою, емоційно виснаженою чи перевантаженою протягом останніх 30 днів. Опитувальник складається з 10 тверджень, на які респонденти відповідають за шкалою від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»).

Шкала вважається надійним індикатором стресового навантаження та має добрі психометричні характеристики.

Інтерпретація результатів:

- 0–13 балів — низький рівень сприйманого стресу;
- 14–26 балів — помірний рівень стресу;
- 27–40 балів — високий рівень стресу.

У дослідженні взяли участь 30 ветеранів, які пройшли тестування за шкалою PSS-10. Результати розподілу респондентів за рівнем стресу подано в таблиці нижче.

Таблиця 2.1.3

**Розподіл ветеранів за рівнем сприйманого стресу
(за шкалою PSS-10)**

Рівень сприйманого стресу	Кількість осіб (n=30)	Відсоток (%)
Низький (0–13 балів)	6	20 %
Помірний (14–26 балів)	16	53,3 %
Високий (27–40 балів)	8	26,7 %

З отриманих результатів видно, що понад половина респондентів (53,3%) перебувають у стані помірного рівня стресу, що може вказувати на хронічне психоемоційне напруження, характерне для ветеранів після участі у бойових діях. Ще 26,7% опитаних продемонстрували високий рівень стресу, що є тривожним сигналом і свідчить про потребу в цільовому психологічному

втручанні. Водночас лише 20% ветеранів мають низький рівень сприйманого стресу, що може свідчити або про адаптаційні ресурси цих осіб, або про ефективність отриманої раніше допомоги.

Ці дані вказують на високу актуальність програм психосоціальної реабілітації, зокрема тих, що спрямовані на зниження рівня хронічного стресу, навчання технікам саморегуляції та емоційного контролю.

Проведений аналіз результатів за шкалою сприйманого стресу (PSS-10) засвідчив, що значна частина ветеранів перебуває у стані помірного або високого стресового навантаження. Водночас, ефективне подолання наслідків стресу значною мірою залежить від соціального оточення та рівня підтримки, яку особа отримує в повсякденному житті. Саме тому важливим компонентом комплексної оцінки психоемоційного стану ветеранів стало вивчення суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки.

З цією метою було використано *шкалу суб'єктивної соціальної підтримки (MSPSS)*, яка дозволила оцінити, наскільки ветерани відчують підтримку з боку сім'ї, друзів і значущих інших (див. додаток В). Нижче подано результати аналізу відповідей за цією методикою.

Кожна з трьох субшкал включає 4 пункти. Респонденти оцінювали твердження за 7-бальною шкалою. Таким чином, кожна субшкала може набрати від 4 до 28 балів, а загальна шкала – від 12 до 84 балів. Для оцінки рівня підтримки розраховується середній бал кожної субшкали.

Рівні інтерпретації:

- 1.0–2.9 – низький рівень підтримки;
- 3.0–5.0 – середній рівень підтримки;
- 5.1–7.0 – високий рівень підтримки.

Згідно з отриманими даними (див. табл. 2.1.4), переважна більшість опитаних ветеранів (66,6%) демонструють високий рівень загальної суб'єктивної соціальної підтримки, що свідчить про наявність у них значущих міжособистісних зв'язків та доступ до допомоги в складних життєвих обставинах.

Найвищий рівень підтримки зафіксовано за субшкалою «значущі інші» – 76,7% респондентів оцінили підтримку на високому рівні. Це може свідчити про важливість особистих довірчих контактів у процесі реабілітації: наставників, партнерів, психологів, волонтерів тощо.

Також 70% учасників оцінили підтримку з боку сім'ї як високого рівня. Це підтверджує провідну роль родини у процесі соціальної адаптації ветеранів. Лише 2 ветерани (6,7%) відзначили низький рівень підтримки з боку сім'ї, що свідчить про окремі випадки соціальної ізоляції чи сімейних труднощів.

Щодо підтримки з боку друзів, 46,7% респондентів мали високі оцінки, тоді як 13,3% – низькі. Такий показник може свідчити про часткову втрату соціальних зв'язків у зв'язку з воєнними подіями або тривалим перебуванням у лікувальних закладах.

Таблиця 2.1.4

Рівень суб'єктивної соціальної підтримки за субшкалами (n = 30)

Джерело підтримки	Кількість респондентів з низьким рівнем	Середній рівень	Високий рівень	Середній бал
Сім'я	2 (6,7%)	7 (23,3%)	21 (70,0%)	5,6
Друзі	4 (13,3%)	12 (40,0%)	14 (46,7%)	4,8
Значущі інші	1 (3,3%)	6 (20,0%)	23 (76,7%)	5,9
Загальний рівень	2 (6,7%)	8 (26,7%)	20 (66,6%)	5,4

Отже за результатами шкали суб'єктивної соціальної підтримки (MSPSS) у більшості ветеранів спостерігається високий рівень суб'єктивної соціальної підтримки, що є позитивним фактором для ефективного психосоціального відновлення. Найбільш значущими джерелами підтримки виявилися родина та близьке коло довірених осіб. У деяких ветеранів виявлено

зниження рівня підтримки з боку друзів, що потребує втручання через групові програми взаємодопомоги або соціальну інтеграцію.

У результаті констатувального аналізу психоемоційного стану ветеранів до участі у реабілітаційних заходах було виявлено комплексне поєднання емоційного напруження, симптомів стресу та змін у соціальному функціонуванні. Дані авторського опитувальника свідчать про наявність у значної частини ветеранів проявів тривоги, пригніченості, проблем зі сном і зниженого загального самопочуття. Результати за шкалою сприйманого стресу (PSS-10) вказують на переважання помірного рівня стресу, а майже у третини респондентів зафіксовано високі показники, що потребують психологічного втручання.

Водночас, дослідження за шкалою суб'єктивної соціальної підтримки (MSPSS) продемонструвало достатній або високий рівень підтримки з боку родини, значущих інших і друзів у більшості учасників, що є важливим ресурсом у подоланні негативних психоемоційних станів.

Таким чином, отримані результати підтверджують необхідність психосоціального втручання, яке має бути орієнтоване не лише на зменшення симптомів стресу, а й на посилення соціальних зв'язків та емоційної стійкості.

З огляду на виявлений рівень психоемоційних труднощів у респондентів, подальший етап дослідження передбачає впровадження індивідуальних і групових програм психосоціальної реабілітації.

2.2. Впровадження індивідуальних консультацій та групових тренінгів з психосоціальної реабілітації ветеранів

Зважаючи на результати констатувального етапу дослідження, де у значної частини ветеранів були виявлені середній або високий рівень стресу, емоційного напруження та соціальної ізоляції, було впроваджено комплексну програму психосоціальної підтримки. Вона передбачала застосування двох

ключових форматів допомоги: індивідуальних психологічних консультацій та групових тренінгів. Основною метою було дослідити, як різні форми втручання (індивідуальна та групова) впливають на динаміку психоемоційного стану ветеранів.

Проведення реабілітаційних заходів відбувалося на базі Центру медичної реабілітації та психіатричної допомоги «Лісова Поляна» МОЗ України, яка спеціалізується на допомозі ветеранам та особам, що постраждали внаслідок воєнних дій.

Загальна вибірка ($n = 30$) була випадковим чином поділена на дві підгрупи по 15 осіб:

Група А ($n = 15$) – проходила курс індивідуальних психологічних консультацій;

Група В ($n = 15$) – брала участь у групових тренінгах з психосоціальної підтримки.

Індивідуальна робота проводилась у формі короткострокових консультацій (див. додаток Г). Основна мета – надати ветерану можливість у безпечному просторі висловити свої переживання, знизити рівень тривожності, усвідомити ресурси подолання труднощів. Консультації проводилися фахівцем із практичної психології або соціальним працівником із відповідною підготовкою.

Основні методи які були застосовані: активне слухання, підтримувальна бесіда, техніки саморегуляції (дихальні вправи, прості вправи на зняття напруги), робота з очікуваннями та плануванням майбутнього.

Тривалість програми: 5 зустрічей (1 раз на тиждень), тривалістю до 45-50 хвилин. Усі учасники також отримали пам'ятки самодопомоги з простими вправами для зниження напруги (див. додаток Д).

Консультації були індивідуалізовані відповідно до потреб ветерана: у випадках, коли учасники висловлювали потребу в більш тривалій підтримці, відбувалось перенаправлення до фахівців Центру психічного здоров'я або партнерських організацій.

Групова форма роботи була спрямована на зменшення соціальної ізоляції, розвиток навичок самопідтримки та емоційного самовираження. У тренінгах брали участь групи по 10–15 ветеранів. Зустрічі проводились у безпечному, приймаючому середовищі, в умовах довіри й добровільності.

Програма групових занять включала (див. додаток Е):

- психоосвітні блоки (інформація про стрес, емоції, саморегуляцію),
- практичні вправи (релаксація, техніки заземлення, малювання емоцій, прості тілесні практики),
- колективне обговорення досвіду,
- вправи на розвиток соціальних навичок (відновлення контактів, прохання про допомогу, побудова підтримуючих стосунків).

Тривалість групових зустрічей (6 зустрічей) по 1,5 години, раз на тиждень.

Участь у програмах була добровільною. Усі учасники заповнювали інформовану згоду, дані не фіксувались поіменно. Перед стартом групових занять проводились вступні бесіди, де пояснювались принципи конфіденційності та поваги.

Для рекрутингу учасників використовувались: консультаційний кабінет Центру, підтримка НГО, особисті рекомендації ветеранів, які вже брали участь у програмах.

Для кращого розуміння процесу реалізації обох напрямів нижче представлено порівняльний таймлайн ключових етапів реалізації кожної програми (див. табл. 2.2.1.).

Цей таймлайн дозволяє побачити, як обидва формати – індивідуальний і груповий – охоплюють схожі теми, однак реалізуються через різні механізми впливу (особисте консультування vs групова динаміка), що важливо для подальшого порівняльного аналізу ефективності.

**Таймлайн реалізації індивідуальної та групової програм
психосоціальної реабілітації ветеранів з урахуванням паралельного
формату роботи**

Тиж.	Індивідуальна програма (n = 15)	Групова програма (n = 15)
1	Первинна зустріч, психодіагностика, мотиваційне інтерв'ю	Вступне заняття, встановлення правил, групова діагностика
2	Консультація №1: емоційна регуляція	Тренінг 1: розуміння емоцій, безпечне вираження
3	Консультація №2: стрес і реакції тіла	Тренінг 2: тілесні практики, дихальні техніки
4	Консультація №3: робота з тригерами, підтримка сну	Тренінг 3: стабілізація, робота з тригерами
5	Консультація №4: соціальні зв'язки і підтримка	Тренінг 4: довіра, взаємодія в групі
6	Консультація №5: адаптація до мирного життя, самодопомога	Тренінг 5: відновлення ролей, плани на майбутнє
7	Підсумкова консультація, повторне тестування, рекомендації	Підсумкове заняття, повторне тестування, зворотний зв'язок

Впровадження індивідуальних консультацій та групових тренінгів для ветеранів здійснювалося кваліфікованими фахівцями у сфері соціальної роботи та практичної психології. Безпосередню роботу з учасниками програми виконували практичний психолог, а також соціальний працівник, які мали відповідний фаховий досвід роботи з ветеранами бойових дій, зокрема у державних та громадських ініціативах, пов'язаних із психосоціальною адаптацією та реінтеграцією.

Перед початком впровадження програми обидва фахівці пройшли спеціалізовану підготовку, яка включала:

- участь у супервізійних сесіях під керівництвом фахівців з кризової психології;
- проходження короткострокових тренінгів з тем роботи з бойовою травмою, ПТСР, емоційного вигорання, ненасильницької комунікації;

- ознайомлення з міжнародними рекомендаціями з надання психосоціальної допомоги військовим, зокрема стандартами IFRC, WHO та Sphere [38, 39, 40].

У процесі проведення індивідуальних та групових зустрічей фахівці суворо дотримувалися етичних норм взаємодії, що є основою довіри в роботі з ветеранською аудиторією. Основні принципи включали:

1. Конфіденційність. Жодна особиста інформація учасників не передавалася третім особам, усі записи були анонімізовані.
2. Добровільність участі. Кожен ветеран мав право на участь або відмову без пояснення причин; на початку була усна згода.
3. Непатологізуючий підхід. Учасники розглядалися не як «пацієнти» чи «жертви», а як суб'єкти із власною історією, ресурсами та гідністю.
4. Повага до меж. Фахівці уникали нав'язливих розпитувань чи примусових вправ, завжди надавали право відмовитися від участі у певному обговоренні.
5. Гуманістичний підхід. Ключовими були емпатія, прийняття, рівноправність і активне слухання.

Таке етично вивірене середовище сприяло створенню безпечного простору, де учасники могли відкриватися поступово, не відчуючи тиску чи ризику бути неправильно зрозумілими. Це, у свою чергу, підвищувало ефективність як індивідуального, так і групового формату роботи.

Серед основних труднощів на етапі реалізації програми варто відзначити:

1. Нерівномірну мотивацію учасників.
2. Проблеми з відвідуванням у зв'язку з зайнятістю або загостреннями фізичного стану.
3. Складнощі із залученням до групових форм тих, хто має досвід ізоляції або ПТСР.

Команда супроводу оперативно адаптувала планування – подекуди замінюючи очні сесії на короткі телефонні чи онлайн-консультації, вводячи

вправи на формування безпечного простору та закріплюючи довіру між учасниками.

У процесі проведення заходів передбачався постійний супровід психолога або соціального працівника, а також наявність кризового спеціаліста «на випадок загострень». Щотижня команда фахівців (ведучі, координатор, супервізор) проводила обговорення ходу програми та оновлювала індивідуальні плани супроводу.

«Ми подбали не тільки про зміст, але й про форму – ветерани мали свій простір, час, стабільність, доступ до фахівців і можливість вибору» (координатор програми).

У ході реалізації індивідуальних консультацій та групового тренінгу фахівці не лише здійснювали пряме психологічне та соціальне супроводження ветеранів, але й фіксували динаміку змін у поведінці та стані учасників. Ці спостереження дозволяють глибше оцінити якісні зрушення, що відбувалися в учасниках у процесі реабілітаційної взаємодії.

Серед найбільш характерних процесуальних маркерів, які регулярно відзначалися фахівцями, були наступні:

1. Збільшення включеності у групову роботу вже на 3–4 сесіях. Якщо на початку більшість учасників займали пасивну позицію, уникали дискусій та трималися осторонь, то після кількох зустрічей вони активніше вступали в діалог, відкривалися до обговорення особистих тем і почали демонструвати довіру до ведучих та групи.

«Мене здивувало, як на третій зустрічі один із найзакритіших хлопців раптом почав розповідати про те, як почувається вночі. Для нього це був прорив» (психолог групової програми).

2. Зменшення конфліктної поведінки. На початку деякі учасники демонстрували агресивну або захисну позицію, перебивали інших, реагували емоційно на критику чи дискомфорт. Згодом, завдяки роботі над емоційною саморегуляцією, ці прояви зменшувалися – учасники частіше користувалися

техніками самозаспокоєння, навчилися слухати без оцінювання, дотримуватися правил безпеки групи.

3. Поява емоційної рефлексії. Якщо на старті більшість відповідей стосувалися лише «зовнішніх» тем (служба, побут, технічні труднощі), то в середині програми дедалі частіше з'являлися міркування про власні переживання, внутрішні конфлікти, відчуття провини або втрати. Це свідчить про зростання довіри до процесу та про відновлення емоційного контакту з собою.

«На п'ятій сесії хлопці почали говорити не просто про війну, а про себе у війні – про страх, гнів, сором. Це – ключ до відновлення» (ведуча тренінгової групи).

4. Поступовий перехід з «бойового режиму» на соціальний. Ветерани поступово змінювали свої реакції з реакцій виживання (настороженість, контроль, замкненість) на реакції співпраці – з'являлися жарти, бажання підтримати інших, ініціатива в побутових або волонтерських проектах. Це є свідченням поступової ресоціалізації та зменшення напруження, характерного для посттравматичного синдрому.

Усі ці зміни не є моментальними, але саме процесуальні ознаки дозволяють судити про поступовий, хоча й різнорівневий, вплив програм індивідуальної та групової реабілітації. Спостереження фахівців стали важливою якісною частиною оцінки ефективності втручань і будуть враховані при підготовці рекомендацій для майбутніх програм підтримки ветеранів.

Цей етап роботи підтвердив важливість поєднання структурованих підходів із гнучкістю у методах, орієнтації на конкретні запити ветеранів та їхній рівень готовності до включення в реабілітаційний процес.

У наступному підрозділі буде представлено порівняльний аналіз змін психоемоційного стану учасників до і після участі в програмах, а також зіставлення результатів індивідуальної та групової форм роботи.

2.3. Аналіз змін у стані ветеранів після проходження реабілітаційних заходів

Метою цього етапу дослідження було виявлення змін у психоемоційному стані, рівні стресу та сприйнятій соціальній підтримці у ветеранів після участі в індивідуальних або групових програмах реабілітації та порівняння їх впливу. Аналіз проводився на основі результатів повторного опитування за трьома інструментами:

1. Авторський опитувальник психоемоційного стану ветеранів;
2. Шкала сприйманого стресу (PSS-10);
3. Шкала суб'єктивної соціальної підтримки (MSPSS).

Для оцінки ефективності програм ми порівняли результати до та після проходження реабілітації у двох групах:

Експериментальна група А – ветерани, які проходили *індивідуальні консультації* (n = 15).

Експериментальна група Б – ветерани, які брали участь у *групових тренінгах* (n = 15).

Кількісні зміни представлені у вигляді середніх балів, динаміки покращення, а також розподілу за рівнями (норма, легкі порушення, середні та високі показники). Доповненням до статистичного аналізу стали якісні спостереження фахівців і зворотний зв'язок учасників.

Після завершення реабілітаційного втручання у двох форматах – індивідуальних консультацій та групового тренінгу – було зафіксовано позитивну динаміку у психоемоційному стані ветеранів. Для аналізу використовувалися підсумкові бали за авторським опитувальником, який охоплював емоційний, фізичний та соціальний компоненти самопочуття (див. табл.2.3.1. та 2.3.2.).

Таблиця 2.3.1

Середній показник психоемоційного стану до та після проходження програм

Група	До участі (середній бал)	Після участі (середній бал)	Зміна в балах
Індивідуальна реабілітація	21,3	14,2	-7,1
Групова реабілітація	22,1	11,7	-10,4

Учасники індивідуальної програми продемонстрували зниження середнього показника з 21,3 бала до 14,2 бала, що свідчить про перехід зі стану помірних емоційних труднощів до відносно стабільного рівня. Помітно зменшилася кількість учасників із середнім та високим рівнем дистресу, натомість зросла частка тих, хто оцінює свій стан як задовільний або в межах норми.

Групова програма реабілітації виявилася ще ефективнішою у зміні самопочуття: середній бал знизився з 22,1 до 11,7. До участі жоден ветеран у цій групі не демонстрував показників у межах норми, але після завершення програми понад половина вийшла на рівень задовільного психоемоційного стану або нижче. Значно знизився рівень емоційного виснаження, тривоги та проявів соціальної ізоляції.

Таблиця 2.3.2.

Розподіл учасників за рівнями стану (до та після)

Група	Період	У нормі	Легкі прояви	Середні порушення	Високий рівень
Індивідуальна програма	До	1	4	7	3
	Після	5	7	3	0
Групова програма	До	0	3	8	4
	Після	7	6	2	0

У коментарях ветерани, які проходили груповий тренінг, відзначали атмосферу взаємопідтримки, важливість обміну досвідом та ефект нормалізації переживань:

«Це перший раз, коли я не почувався один із тим, що відчуваю. Інші – теж через це проходять».

Натомість учасники індивідуальних консультацій наголошували на важливості безпечного простору для глибокого особистого розкриття та цінності прямого контакту з фахівцем:

«Вперше сказав уголос те, чого боявся сам у собі. Це був перший крок до полегшення».

Отримані результати демонструють, що обидва формати втручання мають позитивний вплив, але групова програма виявилася ефективнішою у покращенні психоемоційного стану більшої кількості учасників. Це може бути пов'язано з механізмами групової підтримки, ефектом ідентифікації, відчуттям спільності та взаємного підсилення. Індивідуальний підхід, у свою чергу, показав себе як ресурсний для тих ветеранів, хто потребував приватності, довіри та опрацювання індивідуальних запитів.

Результати за шкалою сприйманого стресу (PSS-10) показали, що учасники обох програм показали суттєве зниження переживаного стресу, при цьому групова форма роботи дозволила опуститися до нижньої межі помірного рівня (див. табл.2.3.3.). Це свідчить про те, що групова програма ефективніше знижує рівень емоційного напруження у короткотерміновій перспективі.

Таблиця 2.3.3.

Результати за шкалою сприйманого стресу (PSS-10)

Група	Середній бал (до)	Середній бал (після)	Рівень стресу після
Група А	24,1	16,5	Помірний
Група Б	25,3	13,8	Низький/на межі помірного

Результати за шкалою суб'єктивної соціальної підтримки показують значне покращення в групі Б засвідчує, що саме участь у колективній програмі посилила відчуття соціального включення (див. табл.2.3.4.). Учасники не лише отримали підтримку від фахівців, а й відчули себе частиною спільноти, що зменшило відчуття ізоляції.

Таблиця 2.3.4.

Результати за шкалою суб'єктивної соціальної підтримки

Група	Середній бал (до)	Середній бал (після)	Δ зміни
Група А	4,3	5,2	+0,9
Група Б	4,1	6,1	+2,0

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що обидва формати психосоціальної реабілітації – індивідуальний і груповий – ефективно впливають на покращення психоемоційного стану ветеранів. Разом з тим, групова форма втручання має перевагу в частині зниження стресу та підвищення рівня соціальної підтримки, а також створення відчуття спільноти, що є надзвичайно важливим для цієї категорії осіб.

У майбутньому доцільним є поєднання індивідуальної роботи з груповими форматами, що дозволить враховувати як потреби особистісної безпеки, так і потреби соціалізації.

Результати порівняльного аналізу впливу індивідуальних та групових програм психосоціальної реабілітації засвідчили чіткі тенденції, що лягли в основу *практичних рекомендацій для фахівців, які працюють із ветеранами у сфері психологічної підтримки та соціальної адаптації*:

1. *Поєднання індивідуального та групового підходів.* Рекомендується впроваджувати комбіновані моделі реабілітації, де на початковому етапі надається індивідуальна підтримка (для стабілізації стану та побудови довіри), а на наступних – групові формати, які сприяють соціалізації та взаємній підтримці.

2. *Переваги групової роботи слід використовувати цілеспрямовано.* Учасники групової програми демонстрували помітніше зниження рівня стресу та підвищення соціальної підтримки. Тому для ветеранів з вираженими труднощами інтеграції до мирного життя варто першочергово пропонувати групову форму.

3. *Врахування індивідуальних запитів ветеранів.* Частина учасників позитивно реагує лише на індивідуальну роботу через недовіру чи підвищену тривожність. Це вимагає уважного підбору формату втручання з урахуванням попереднього скринінгу.

4. *Підготовка фахівців з урахуванням ветеранського контексту.* Успіх втручання значною мірою залежить від чутливості спеціалістів до досвіду війни, вміння тримати безпечні рамки, а також – не використовувати патологізуючі або директивні підходи.

5. *Регулярне оцінювання ефективності програм.* Варто впроваджувати короткі опитувальники (наприклад, як у цьому дослідженні) перед початком і після завершення реабілітаційних заходів для оперативного зворотного зв'язку та корекції програми.

6. *Посилення інформаційної підтримки ветеранів.* Пам'ятки самодопомоги, короткі поради, телефонні лінії та інші доступні інструменти допомагають продовжити ефект програми після її завершення.

Порівняльний аналіз результатів індивідуальної та групової реабілітаційної роботи з ветеранами виявив значущі переваги кожного з підходів, а також актуалізував потребу у їхньому гнучкому поєднанні. Індивідуальні сесії демонстрували ефективність у зниженні первинної тривоги та створенні безпечного контакту, тоді як групова форма роботи активізувала внутрішні ресурси та сприяла формуванню соціальних зв'язків.

Емпіричні дані підтвердили: найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися у ветеранів, які проходили комбіновану модель втручання. Саме це лягло в основу комплексу практичних рекомендацій щодо організації психосоціальної підтримки. Важливим чинником ефективності виступив

якісний склад фахівців та їхня здатність утримувати чутливі й етичні рамки взаємодії. Спостереження фахівців, у поєднанні з кількісними інструментами оцінювання, надали повну картину динаміки змін.

Таким чином, результати дослідження не лише засвідчують ефективність проведених втручань, але й формують чітке методичне підґрунтя для подальшого вдосконалення реабілітаційних програм для ветеранів, орієнтованих як на психологічну стабілізацію, так і на соціальну інтеграцію.

Висновки до другого розділу

У розділі було представлено емпіричне дослідження впливу індивідуальних та групових програм психосоціальної реабілітації на стан ветеранів. Проведено констатувальний аналіз психосоціального стану ветеранів до участі у реабілітаційних заходах. Здійснено аналіз змін в психосоціальному стані ветеранів після проходження запропонованих індивідуальні консультації і програми групових тренінгів. Зроблено оцінку їхньої ефективності та сформульовано практичні рекомендації щодо вдосконалення програм соціально-психологічної реабілітації ветеранів.

Констатувальний етап показав, що значна частина опитаних ветеранів мала підвищений рівень психоемоційного напруження, прояви тривоги, емоційної пригніченості, а також низький рівень суб'єктивної соціальної підтримки. Дані трьох валідних інструментів (авторський опитувальник психоемоційного стану, шкала сприйманого стресу та шкала суб'єктивної соціальної підтримки) дозволили окреслити основні вразливості досліджуваної групи.

На наступному етапі було впроваджено дві різні програми психосоціального втручання: для контрольної групи – серію індивідуальних консультацій; для експериментальної групи – групову тренінгову програму з елементами психоедукації, взаємопідтримки та самодопомоги.

Результати контрольного вимірювання після проходження програм засвідчили позитивну динаміку у стані більшості учасників. При цьому, групова форма реабілітації продемонструвала більш суттєве покращення у показниках зниження стресу та зростання соціальної підтримки, у порівнянні з індивідуальними консультаціями.

Спостереження фахівців підтвердили ці висновки та підкреслили важливість соціальної взаємодії, довіри та відкритості, які формувалися саме у груповому форматі.

Результати емпіричного дослідження дозволяють зробити висновок про ефективність структурованих програм психосоціальної підтримки, особливо тих, що поєднують індивідуальні та групові підходи. На підставі отриманих даних було сформульовано практичні рекомендації для фахівців, які працюють із ветеранами у сфері психологічної підтримки та соціальної адаптації.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі запропоновано шляхи вдосконалення психосоціальної реабілітації ветеранів війни в Україні, зокрема через аналіз ефективності індивідуальних та групових програм. Це знайшло своє відображення у теоретико-методичному обґрунтуванні феномену психосоціального відновлення ветеранів, а також у розробці та апробації практичних форматів втручання.

1. Здійснено теоретичний аналіз психосоціальних наслідків війни для ветеранів, що охоплює прояви посттравматичних реакцій, порушення соціального функціонування, втрату сенсожиттєвих орієнтирів, зниження рівня довіри та емоційного благополуччя. Показано, що проблема набуває особливої актуальності в українському контексті через масштабність мобілізації та тривалість бойових дій.

2. Визначено основні підходи до психосоціальної реабілітації ветеранів, зокрема індивідуальні та групові. Теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури дозволив окреслити ключові характеристики кожного підходу, фактори ефективності, типові переваги та ризики. Було виявлено, що комбіновані програми мають найвищий потенціал для досягнення позитивної динаміки.

3. Емпіричне дослідження, проведене на базі Центру медичної реабілітації та психіатричної допомоги «Лісова Поляна» МОЗ України, охопило 30 ветеранів. Аналіз за допомогою авторського опитувальника психоемоційного стану, шкали сприйманого стресу (PSS-10) та шкали суб'єктивної соціальної підтримки засвідчив, що переважна частина респондентів до втручання демонструвала середній або високий рівень емоційної дестабілізації, фізичних проявів стресу, соціальної ізоляції та потреби у підтримці.

4. У процесі реалізації індивідуальної програми (консультації) та групового тренінгу було зафіксовано позитивну динаміку в обох групах, проте

саме учасники групової програми продемонстрували істотніше зниження рівня стресу, зростання суб'єктивного відчуття підтримки та активізацію соціальних контактів.

5. За результатами післятестового аналізу підтверджено ефективність структурованих психосоціальних програм у реабілітації ветеранів. Виокремлено фактори, що посилюють результат: фахова підготовка спеціалістів, добровільна участь, безпечне середовище, поєднання підтримки та структурованості.

6. Сформульовано низку практичних рекомендацій щодо оптимізації програм: поєднання форматів втручання, адаптація до індивідуального запиту, врахування рівня тривожності, попереднє оцінювання, підготовка фахівців із чутливістю до ветеранського досвіду, використання доступних інструментів самодопомоги та подальше моніторингування результатів.

Таким чином, поставлена мета дослідження досягнута, завдання реалізовані. Отримані результати мають практичну цінність для фахівців соціально-психологічної сфери, а також можуть стати підґрунтям для подальших досліджень і вдосконалення державної політики у сфері ветеранської підтримки в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення 31.03.2025).
2. Atlant Support: мобільна групова психологічна підтримка ветеранів у 30+ містах України [Електронний ресурс]. URL: <https://www.atlantsupport.org.ua/> (дата звернення: 28.07.2025).
3. Come Back Alive (фонд «Повернись живим»). Соціальні та спортивні програми для ветеранів, участь у Invictus Games, підтримка психологічного відновлення через спорт [Електронний ресурс]. URL: <https://savelife.in.ua/> (дата звернення: 28.07.2025).
4. YMCA Veteran Initiative Ukraine: арт-терапія, сімейні табори й творчі програми для ветеранів і родин [Електронний ресурс]. URL: <https://ymcaveteraninitiativeukraine.com/> (дата звернення: 28.07.2025).
5. Аналітична інформація за даними Міністерства у справах ветеранів України (2022). URL: <https://data.mva.gov.ua/> (дата звернення: 20.07.2025).
6. Бойко-Бузиль, Ю. Правові та психологічні основи поняття «реінтеграція учасників бойових дій». *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Випуск 9. С. 28–34 DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.4>
7. Від поранення до повернення. Етнографічне дослідження шляху ветеранів та їхніх близьких / [Тіна Полек, Євген Лисенко, Олексій Москаленко, Денис Султангалієв, Любов Галан]; За заг. ред. Л. Галан., Д. Султангалієва. Київ, 2023. 139 с.
8. Всесвітня організація охорони здоров'я. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: міжвідомчі рекомендації [Електронний ресурс]. Копенгаген : Бюро ВООЗ у Європі, 2023. 40 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366575/WHO-EURO-2023->

[37348-37348-67819-ukr.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://mod.gov.ua/news/ponad-5-500-zhinok-sogodni-sluzhat-na-peredovij-sergij-melnik) (дата звернення: 29.07.2025).

9. Головний сайт Міністерства оборони України. URL: <https://mod.gov.ua/news/ponad-5-500-zhinok-sogodni-sluzhat-na-peredovij-sergij-melnik> (дата звернення 04.04.2025).

10. Голярдик Н. Ефективні методи психологічної реабілітації ветеранів війни: навчальні приклади та кращі практики. Наукові перспективи, №1(43). 2024. С. 829-840. URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-829-840](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-829-840) (дата звернення: 28.07.2025).

11. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

12. Закон України № 4285-IX від 11.03.2025 «Про засади державної політики у сфері підтримки ветеранів війни» [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4285-IX> (дата звернення: 28.07.2025).

13. Кадровий центр ЗСУ. Інформаційна довідка про стан кадрового складу у Збройних Силах України [Електронний ресурс]. URL: <https://armyinform.com.ua> (дата звернення 02.04.2025).

14. Колениченко Т. Аналіз практик і проєктів соціальної реінтеграції ветеранів гібридної війни в умовах сучасного українського соціуму. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Педагогічні науки*. Випуск 3 (56), 2023. С. 10-16 DOI <https://doi.org/10.32689/maup.ped.2023.3.2>.

15. Костина І., Скороход К., Братусь Я. Дослідження про досвід війни і повернення до цивільного життя «Шлях ветеранів та ветеранок». 2023. URL: <https://drive.google.com/file/d/1gSlkhpMoJHDFNgO...> (дата звернення 02.04.2025).

16. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Ширококов Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у

військовослужбовців – учасників антитерористичної операції : монографія. Харків. Вид-во НУЦЗУ. 2017. 256 с.

17. Міністерство охорони здоров'я України. Центр психічного здоров'я «Лісова поляна» [Електронний ресурс]. URL: <https://www.lisovapoliana.com.ua/> (дата звернення: 27.07.2025).

18. Міністерство у справах ветеранів України. Статистичний звіт щодо ветеранів війни. Київ. 2023. URL: <https://mva.gov.ua/statystyka-veteraniv> (дата звернення: 23.07.2025).

19. Надання першої психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях : методичні рекомендації / Н. О. Довгань; С. А. Поліщук ; за ред. В. М. Духневича ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2022. 145 с.

20. Організація психосоціальної допомоги ветеранам війни та членам їхніх сімей. Рекомендації для місцевих органів влади. Київ: ВАІТЕ, 2021. 32 с.

21. Офіційний сайт «Коаліція ветеранських просторів» «Простір можливостей» URL: <https://pm.in.ua/projects> (дата звернення: 28.07.2025).

22. Офіційний сайт «Юридична сотня». URL: <https://legal100.org.ua/> (дата звернення: 29.07.2025).

23. Офіційний сайт Міністерства у справах ветеранів URL: <https://mva.gov.ua/gromadskosti>

24. Офіційний сайт «Pislya Sluzhby» – фонд «Після служби». Групова підтримка ветеранів у бригадах, тренінги фасилітаторів та програми соціальної адаптації [Електронний ресурс]. URL: <https://pislyasluzhby.org.ua/> (дата звернення: 28.07.2025).

25. Підсумковий аналітичний звіт МОМ «Соціальна реінтеграція ветеранів в Україні» з акцентом на інклюзивність ветеранів як вразливої категорії населення і роль, яку ветеранські організації можуть відігравати у забезпеченні інклюзивності, листопад 2023. URL: <https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/2024-01/veterans->

social_reintegration_ukr.pdf?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 03.04.2025).

26. Повернення з війни: соціально-психологічні особливості реадаптації та ресоціалізації ветеранів і ветеранок до умов цивільного життя : колективна монографія / [А. Чернов, В. Заїка, В. Лебедєв та ін.]. Полтава : ПУЕТ, 2024. 249 с.

27. Поправки до Закону України «Про освіту» щодо реабілітації ветеранів [Електронний ресурс] // Lexcovery. 2025. URL: <https://lexcovery.org.ua/news/veterany-osvita-2025> (дата звернення: 28.07.2025).

28. Правозахисний центр для військових “Принцип” URL: <https://www.pryncyp.org/> (дата звернення: 28.07.2025).

29. Президент підписав закон про комплексну підтримку ветеранів [Електронний ресурс] // Українські Національні Новини (УНН). 2025. URL: <https://www.unn.com.ua/uk/news/2025/04/12/456791-kompleksna-pidtrimka-veteraniv> (дата звернення: 28.07.2025).

30. Програма реінтеграції ветеранів, Аналітичний звіт (2021) URL: <https://www.irex.org/sites/default/files/Female%20Veterans%20in%20Ukraine%20%E2%80%93%20Ukrainian.pdf> (дата звернення: 28.07.2025).

31. Проєкт «Психічне здоров'я для України». Про нас [Електронний ресурс]. URL: <https://www.mh4u.in.ua/about/> (дата звернення: 27.07.2025).

32. Розпорядження Кабінету Міністрів України No 1068-р (2014) Про схвалення Концепції Державної цільової програми соціальної і професійної адаптації військовослужбовців, які підлягають звільненню, та осіб, звільнених з військової служби, на період до 2017 року.

33. Сфера. Гуманітарна хартія та мінімальні стандарти надання гуманітарної допомоги [Електронний ресурс] / Пер. з англ. Київ : Всесвітня організація охорони здоров'я, 2011. 402 с. URL: <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-handbook-2011-Ukrainian-1.pdf> (дата звернення: 29.07.2025).

34. Український ветеранський фонд: Результати шостого опитування українського ветеранського фонду потреби ветеранів і ветеранок. URL: <https://veteranfund.com.ua/wp-content/uploads/2024/11/Opytuvannia-veteraniv-zhovten-2024.pdf> (дата звернення: 29.07.2025).

35. Cooper, L., Caddick, N., Godier, L., Cooper, A., Fossey, M. (2017, January). Transition From the Military Into Civilian Life: An Exploration of Cultural Competence. *Armed Forces & Society*. Retrieved from URL: https://www.researchgate.net/publication/312116394_Transition_From_the_Military_Into_Civilian_Life_An_Exploration_of_Cultural_Competence/download (дата звернення: 29.06.2025).

36. Elnitsky, Ch., Fisher, M., Blevins, C. (2017). Military Service Member and Veteran Reintegration: A Conceptual Analysis, Unified Definition, and Key Domains. *Frontiers in Psychology*, v.8. Retrieved from URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5348503/> (дата звернення: 29.06.2025).

37. Klymenko I., Lobanov S., Zaichykova T. et al. *Psychosocial Rehabilitation of Military Personnel with Post-Traumatic Stress Disorder: The Example of Ukraine*. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2025, 5:1298. DOI: 10.56294/saludcyt20251298 URL: https://www.researchgate.net/publication/387635745_Psychosocial_Rehabilitation_of_Military_Personnel_with_PostTraumatic_Stress_Disorder_The_Example_of_Ukraine (дата звернення 27.07.2025).

38. Research article *From treatment to social reintegration: medical and psychological rehabilitation of veterans*. Mhgcj.org, 2024 URL: <https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.196> https://mhgcj.org/index.php/MHGCJ/article/view/196?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 20.07.2025).

39. Reviving Warriors: психологічна реабілітація ветеранів України, сімей ветеранів, навчання реабілітаційних спеціалістів [Електронний ресурс]. URL: <https://revivingwarriors.com/> (дата звернення: 28.07.2025).

40. *Scars on Their Souls: PTSD and Veterans of Ukraine*. ReliefWeb / Coordination Council on Mental Health Care, апр. 2023. Онлайн-дослідження по психічному здоров'ю ветеранів України. URL: https://rhetoricsociety.org/wp-content/uploads/2024/08/Scars-on-Their-Souls-PTSD-and-Veterans-of-Ukraine.pdf?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 20.07.2025).
41. Schäfer J. et al. *Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 war conflict in Ukraine: cross-sectional study*. Scientific Reports 13, Article number: 28729 (2023). URL: https://www.nature.com/articles/s41598-023-28729-3?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 20.07.2025).
42. Superhumans Center. Суперх'юманс Центр: протезування, реконструктивна хірургія, реабілітація та психологічна підтримка для потерпілих внаслідок війни [Електронний ресурс]. URL: <https://www.superhumans.com/> (дата звернення: 28.07.2025).
43. Terziev, V., Dimitrova, S. (2014). A new view on social adaptation of the military, discharged from military service in Bulgaria.. European Scientific Journal, vol. 2. Retrieved from URL: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/4792/4608> (дата звернення 31.07.2025).
44. Veteran Hub: ветеранські центри підтримки психологічної адаптації, групові та індивідуальні програми [Електронний ресурс]. URL: <https://veteranhub.com.ua/> (дата звернення: 28.07.2025).
45. *War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations*. PMC Natl Lib Med. 2024. Високі рівні депресії, ізоляції, тривоги та конфліктів у суспільстві ветеранів та ВПО. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11407378/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 20.07.2025).

Авторський опитувальник психоемоційного стану ветеранів

Шановний учаснику!

Цей опитувальник створено для оцінки вашого емоційного та психологічного стану. Він допоможе краще зрозуміти, як ви почуваетесь і які труднощі можете відчувати, а також визначити, яку підтримку можна надати. Будь ласка, відповідайте чесно і відкрито. Ваші відповіді є конфіденційними і допоможуть фахівцям надати вам якісну допомогу.

Дякуємо за вашу участь!

Частина 1. Емоційний стан

1. Як часто ви відчували пригніченість або смуток?
0 — Ніколи
1 — Рідко
2 — Іноді
3 — Часто
4 — Майже завжди
2. Як часто ви відчували тривогу або занепокоєння?
0 — Ніколи
1 — Рідко
2 — Іноді
3 — Часто
4 — Майже завжди
3. Наскільки часто ви відчували роздратування або злість?
0 — Ніколи
1 — Рідко
2 — Іноді
3 — Часто
4 — Майже завжди
4. Чи часто ви відчували безнадійність?
0 — Ніколи
1 — Рідко
2 — Іноді
3 — Часто
4 — Майже завжди

Частина 2. Фізичні прояви стресу

5. Чи відчували ви труднощі зі сном (важко заснути або часто прокидалися)?
0 — Ніколи
1 — Рідко
2 — Іноді

- 3 — Часто
4 — Майже завжди
6. Як часто ви відчували головний біль, напругу або біль у м'язах?
- 0 — Ніколи
1 — Рідко
2 — Іноді
3 — Часто
4 — Майже завжди

Частина 3. Соціальний стан

7. Чи відчували ви підтримку від сім'ї або близьких?
- 0 — Завжди
1 — Часто
2 — Іноді
3 — Рідко
4 — Ніколи
8. Чи уникаєте ви спілкування з іншими через свій стан?
- 0 — Ніколи
1 — Рідко
2 — Іноді
3 — Часто
4 — Майже завжди

Частина 4. Загальна оцінка

9. Як ви оцінюєте свій загальний психоемоційний стан на сьогодні?
- 0 — Дуже добрий
1 — Добрий
2 — Задовільний
3 — Поганий
4 — Дуже поганий

Обробка результатів

- Скласти суму балів за всіма питаннями (максимальний бал — 36).
- Від 0 до 10 балів — психоемоційний стан в межах норми.
- Від 11 до 20 балів — легкі прояви стресу, рекомендується підтримка.
- Від 21 до 30 балів — середній рівень порушень, потрібне втручання психолога.
- Від 31 до 36 балів — високий рівень психоемоційних проблем, термінова допомога необхідна.

Шкала сприйманого стресу (PSS-10)
(у перекладі та адаптації О. Медведєвої)

Нижче наведені твердження стосуються ваших відчуттів і думок протягом останнього місяця. Будь ласка, вкажіть, як часто ви відчували або думали так, як зазначено в кожному пункті. Оберіть одну з відповідей:

0 — Ніколи

1 — Рідко

2 — Іноді

3 — Досить часто

4 — Дуже часто

1. Наскільки часто за останній місяць ви відчували, що вас дратують непередбачувані події у вашому житті?
2. Наскільки часто ви відчували, що не в змозі контролювати важливі речі у своєму житті?
3. Наскільки часто ви відчували себе нервовим або “під пресом”?
4. Наскільки часто ви були впевнені у своїй здатності справлятися з особистими проблемами? (*зворотне твердження*)
5. Наскільки часто ви відчували, що справляєтесь із щоденними труднощами? (*зворотне твердження*)
6. Наскільки часто ви відчували, що не можете справитись з усім, що маєте зробити?
7. Наскільки часто ви могли контролювати подразники у вашому житті? (*зворотне твердження*)
8. Наскільки часто ви відчували, що все йде так, як вам потрібно? (*зворотне твердження*)
9. Наскільки часто ви були в ситуації, яка змушувала вас злитися через те, що все було поза вашим контролем?
10. Наскільки часто ви відчували, що труднощі накопичуються до того рівня, коли ви не можете з ними впоратися?

Обробка результатів:

Перед підрахунком загального балу слід інвертувати відповіді на пункти 4, 5, 7, 8 (тобто: 0 → 4, 1 → 3, 2 → 2, 3 → 1, 4 → 0).

Потім підсумовується кількість балів за всіма пунктами. Максимальний бал — 40.

Рівні сприйманого стресу:

- 0–13 балів — низький рівень стресу
- 14–26 балів — помірний рівень стресу
- 27–40 балів — високий рівень стресу

Шкала суб'єктивної соціальної підтримки (MSPSS) (адаптація за Zimet et al., 1988)

Оцініть, наскільки ви погоджуєтесь з кожним із наведених нижче тверджень. Ваша відповідь має відображати ваші відчуття протягом останніх кількох тижнів. Використовуйте таку шкалу:

- 1 — Абсолютно не згоден
- 2 — Переважно не згоден
- 3 — Частково не згоден
- 4 — Важко сказати / нейтрально
- 5 — Частково згоден
- 6 — Переважно згоден
- 7 — Абсолютно згоден

1. Моя сім'я дійсно намагається мені допомогти.
2. У мене є друзі, з якими я можу поділитися радощами і труднощами.
3. Я отримую емоційну допомогу та підтримку від членів моєї сім'ї.
4. У мене є люди, до яких я можу звернутись, коли мені потрібно.
5. Мої друзі дійсно намагаються мені допомогти.
6. У мене є спеціальна людина (партнер, близький друг), яка підтримує мене.
7. Моя сім'я готова допомогти мені прийняти важливі рішення.
8. Можу розраховувати на своїх друзів, коли мені потрібна допомога.
9. У мене є люди, які щиро піклуються про моє благополуччя.
10. Можу поділитися своїми радощами та прикрощами з родиною.
11. Є хтось, хто допомагає мені почуватися цінним/цінною.
12. Мої друзі підтримують мої рішення.

Обробка результатів:

Підраховується загальна сума балів (від 12 до 84).

Також визначаються три субшкали (по 4 твердження в кожній):

Субшкала	Пункти
Підтримка з боку сім'ї	1, 3, 7, 10
Підтримка з боку друзів	2, 5, 8, 12
Підтримка з боку значущих інших	4, 6, 9, 11

Кожна субшкала варіюється від 4 до 28 балів.

Інтерпретація:

1–2.9 — низький рівень суб'єктивної соціальної підтримки

3–5 — середній рівень

5.1–7 — високий рівень підтримки

(інтерпретація за середнім балом кожної субшкали = сума балів ÷ 4)

Гайд для проведення індивідуальних консультацій з ветеранами

Формат: 5 сесій × 45–50 хвилин

Мета: Стабілізація психоемоційного стану, відновлення ресурсу, підтримка адаптації

Сесія 1. Встановлення контакту та вияв потреб

- Створення безпечного простору
- Пояснення мети і формату роботи
- Відкрите запитання: «Що вас турбує зараз найбільше?»
- Виявлення запиту: підтримка, емоції, сон, ізоляція, тривога тощо
- Вправа: «Коло ресурсів» (хто/що допомагає триматись?)

Сесія 2. Робота з емоціями

- Психосвіта: нормальність емоційних реакцій після бойових дій
- Вправа: шкала емоцій (оцінити інтенсивність)
- Прийоми саморегуляції: дихальні вправи (2–4–6)
- Вправа: «Назви – прийми – відпусти» (усвідомлення емоцій)

Сесія 3. Робота з тривогою та сном

- Визначення «внутрішніх тригерів» тривоги
- Вправа: техніка «Заземлення – 5–4–3–2–1»
- Побудова вечірнього ритуалу для сну
- Робота з руминаціями (надмірними думками)

Сесія 4. Підтримка мотивації та цілей

- Ресурсні питання: «Що давало вам силу раніше?», «Що хочете змінити зараз?»
- Вправа: «Мій ресурсний день» (уявне планування спокійного дня)
- Постановка короткострокової цілі на тиждень

Сесія 5. Підсумки та рекомендації

- Обговорення змін, які відчули за час консультацій
- Поради для підтримки стабільного стану

ПАМ'ЯТКА САМОДОПОМОГИ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ

🌸 Коли стає тривожно або важко – спробуйте:

1. Дихання по схемі 2–4–6

- Вдих – 2 секунди, затримка – 4, повільний видих – 6
- Повторити 5 разів



2. Заземлення – техніка «5–4–3–2–1»

- 5 речей, які бачу
- 4 речі, які можу торкнутись
- 3 звуки навколо
- 2 запахи
- 1 приємна думка



3. Записати, що відчуваєш

- «Зараз я злось, бо...»
- «Мене це засмучує, тому що...»



4. Ресурсна карта

- Хто може підтримати? (люди)
- Що мені допомагає? (дії)
- Що дає надію? (цінності)



5. Сон

- Не пийте каву чи енергетики за 6 годин до сну
- Вечірній ритуал: тиша, душ, 30 хв без телефону



Пам'ятай:

Ти не зобов'язаний «триматися».
Просити про допомогу —
це сила, а не слабкість.

**Програма групового тренінгу для ветеранів
«Повернення до себе: підтримка, ресурс, єдність»**

Формат: 6 сесій × 1,5 години, 1 раз на тиждень

Кількість учасників: 10–15 осіб

Цілі: Зниження емоційного напруження. Підвищення рівня соціальної підтримки. Формування ресурсного мислення

Сесія 1. Знайомство та безпечний простір

- Ознайомлення з правилами (конфіденційність, повага, «можна мовчати»)
- Вправа: «Моє ім'я і що мене підтримує»
- Групове малювання: «Коло безпеки»
- Завершення: коло коротких вражень

Сесія 2. Психосвіта: що таке стрес і як він впливає

- Коротка інформація: як стрес проявляється у тілі, емоціях, думках
- Вправа: «Тіло каже» (ідентифікація фізичних відчуттів)
- Дихальні вправи
- Завершення: підтримка з групи (словесне підкріплення)

Сесія 3. Впізнаємо і приймаємо емоції

- Вправа: «Колесо емоцій» — хто що відчуває зараз
- Техніка: «Назви – прийми – дозволь бути»
- Вправа в парах: «Я переживаю...» + активне слухання

Сесія 4. Стосунки і довіра

- Вправа: «Мій досвід підтримки»
- Рольові вправи: як просити про допомогу / як реагувати на відмову
- Малювання: «Мій ресурсний простір»

Сесія 5. Відновлення цінностей і життєвих орієнтирів

- Рефлексія: що для мене важливо
- Вправа: «Мій життєвий компас»
- Планування: крок до цілі

Сесія 6. Завершення. Ритуал прощання

- Обговорення змін, які помітили
- Вправа: «Лист собі в майбутнє» (побажання, підтримка)
- Ритуал підтримки: коло вдячності
- Вручення пам'яток самопомоги