



Соціальна робота

УДК 364

DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.18488896>

**Участь соціального працівника у маршрутах реабілітації поранених:
досвід медичних і сімейних команд**

Сахарук Юрій Петрович

аспірант кафедри соціології та соціальної роботи
Національний університет «Львівська політехніка»
<https://orcid.org/0009-0007-1821-9747>

Прийнято: 12.12.2025 | Опубліковано: 29.12.2025

***Анотація:** Мета статті* полягає у концептуалізації ролі соціального працівника в маршрутах реабілітації поранених військовослужбовців, з урахуванням нормативних підходів, міждисциплінарної командної взаємодії та сімейно орієнтованих практик. У фокусі – структура реабілітаційної траєкторії в умовах повномасштабної війни, з аналізом взаємодії медичних, соціальних та родинних акторів.

Методи дослідження включали якісний контент-аналіз нормативно-правової бази, вторинну інтерпретацію емпіричних результатів сучасних досліджень (2020-2025 рр.), скопінг-огляди практик соціальної роботи в реабілітації, а також аналітичне моделювання участі соціального працівника на кожному етапі маршруту – від гострого стаціонарного періоду до соціальної реадaptaції в громаді.

Результати. У статті здійснено міждисциплінарний аналіз участі соціального працівника в маршрутах реабілітації поранених



військовослужбовців у контексті повномасштабної війни та трансформації системи охорони здоров'я й соціального захисту. Дослідження фокусує увагу на взаємодії медичних, соціальних і сімейних команд, що забезпечують безперервність реабілітаційного процесу від гострого стаціонарного етапу до довготривалої соціальної реадaptaції й включення в життя громади. Представлено структурну типологізацію участі соціального працівника в маршруті реабілітації: первинна соціальна оцінка в стаціонарі, планування реабілітаційних цілей у складі мультидисциплінарної команди, координація протезно-реабілітаційних сервісів, навігація системою соціальних послуг у громаді, довготривалий кейс-менеджмент і підтримка сімейних команд. Визначено, що соціальний працівник виступає ключовою ланкою, яка поєднує біомедичну логіку реабілітації з соціальними вимірами відновлення – житлом, працею, освітою, правовим супроводом, участю у ветеранських і громадських спільнотах. Доведено, що ефективність маршруту залежить від якості нормативної інтеграції медичної та соціальної систем, інституційної спроможності громад, доступності спеціалізованих реабілітаційних центрів, а також готовності сімей виконувати роль щоденних реабілітаційних команд.

Висновки. Проаналізовано бар'єри, що ускладнюють реалізацію узгоджених маршрутів: фрагментарність сервісів, нерівномірність регіональної доступності, перевантаження родин, обмеженість моделей тривалого супроводу. Розглянуто перспективи розвитку участі соціальних працівників у реабілітації поранених через упровадження кейс-менеджменту, розширення практик мультидисциплінарних та сімейно орієнтованих команд, використання цифрових інструментів і підвищення кваліфікації фахівців, задіяних у реабілітаційних маршрутах.



Ключові слова: соціальний працівник, реабілітація поранених, ветерани, психосоціальна підтримка, сімейні команди, мультидисциплінарна команда, кейс-менеджмент.

Social worker participation in the rehabilitation routes of the wounded: the experience of medical and family teams

Saharuk Yuriy Petrovych

Postgraduate student of the Department of Sociology and Social Work

National University "Lviv Polytechnic"

<https://orcid.org/0009-0007-1821-9747>

Abstract: *The purpose of the article is to conceptualize the role of a social worker in the rehabilitation routes of wounded servicemen, taking into account normative approaches, interdisciplinary team interaction and family-oriented practices. The focus is on the structure of the rehabilitation trajectory in conditions of full-scale war, with an analysis of the interaction of medical, social and family actors.*

The research methods included qualitative content analysis of the regulatory framework, secondary interpretation of empirical results of modern research (2020-2025), scoping reviews of social work practices in rehabilitation, as well as analytical modeling of social worker participation at each stage of the route – from the acute inpatient period to social readaptation in the community.

Results. *The article provides an interdisciplinary analysis of social worker participation in the rehabilitation routes of wounded military personnel in the context of a full-scale war and the transformation of the healthcare and social protection system. The study focuses on the interaction of medical, social and family teams that ensure the continuity of the rehabilitation process from the acute inpatient stage to long-term social readaptation and inclusion in community life. A structural typology*



of the social worker's participation in the rehabilitation route is presented: initial social assessment in the hospital, planning of rehabilitation goals as part of a multidisciplinary team, coordination of prosthetic and rehabilitation services, navigation of the social services system in the community, long-term case management and support of family teams. It is determined that the social worker acts as a key link that combines the biomedical logic of rehabilitation with the social dimensions of recovery – housing, work, education, legal support, participation in veteran and civic communities. It is proven that the effectiveness of the route depends on the quality of the regulatory integration of the medical and social systems, the institutional capacity of communities, the availability of specialized rehabilitation centers, and the willingness of families to fulfill the role of daily rehabilitation teams.

***The conclusions.** The barriers that complicate the implementation of agreed routes are analyzed: fragmentation of services, uneven regional accessibility, overload of families, limited models of long-term support. The prospects for the development of social workers' participation in the rehabilitation of the wounded through the implementation of case management, expansion of the practices of multidisciplinary and family-oriented teams, the use of digital tools and advanced training of specialists involved in rehabilitation routes are considered.*

***Keywords:** social worker, rehabilitation of the wounded, veterans, psychosocial support, family teams, multidisciplinary team, case management.*

Постановка проблеми. Маршрути реабілітації поранених військовослужбовців у повоєнній Україні поступово переходять від епізодичних медичних втручань до довготривалих траєкторій відновлення, де поєднуються клінічні, психологічні та соціальні елементи. Законодавче закріплення реабілітації у сфері охорони здоров'я задало біопсихосоціальну логіку, однак реальна координація між закладами охорони здоров'я, службами соціального захисту та сімейними командами залишається фрагментарною [4; 7]. У



повідомленнях Міністерства охорони здоров'я підкреслюється, що держава створює гідні умови для адаптації, реабілітації та самореалізації захисників, а також забезпечує пацієнтів, які проходять реабілітацію, допомогою соціального працівника [3; 6]. Попри це, практичні механізми участі соціального працівника в повному маршруті – від стаціонару до громади – залишаються недостатньо описаними й нерівномірно впровадженими в різних регіонах.

Потреба у чітко структурованих маршрутах реабілітації поранених зростає на тлі поєднання кількох критичних викликів: масштаб поранень і травм, тривалість бойових дій, зростання кількості осіб з інвалідністю внаслідок війни, а також ресурсні обмеження системи охорони здоров'я та соціального захисту [10; 16]. Моделі, орієнтовані лише на медичне лікування або короткострокову реабілітацію в межах закладу, не забезпечують стійкого повернення до повсякденного життя, професійної діяльності та сімейних ролей. Соціальний вимір відновлення – житло, праця, освіта, участь у громадському житті, доступ до послуг у громаді – потребує окремого професійного супроводу, де соціальний працівник виступає як координатор, навігатор і адвокат інтересів пораненого та його родини.

Моделі реабілітації, вибудовані виключно навколо медичних процедур, не демонструють очікуваної результативності в ситуаціях, де поранені й їхні сім'ї стикаються з комплексними соціальними наслідками травми – втратою доходу, зміною ролей, міграцією, зростанням доглядового навантаження [10; 11; 13]. Вони не забезпечують безперервності маршруту та не враховують центральної ролі сім'ї як щоденного середовища реабілітації. Зростає потреба в таких підходах, які поєднують медичну реабілітацію з соціальною роботою, інтегрують сімейні команди в проектування індивідуальної програми, враховують досвід спеціалізованих центрів протезування й реабілітації, що вже вибудували мультидисциплінарні формати допомоги.



Аналіз останніх досліджень і публікацій. Упродовж останніх років проблематика реабілітації військовослужбовців і ветеранів, а також соціальної підтримки постраждалих від війни послідовно виходить на передній план в українських і міжнародних дослідженнях. С. Базарний показує, що соціальна реабілітація військовослужбовців формує окремий напрям, де акцент переноситься з формального виконання процедур на відновлення соціального статусу, ролей і зв'язків пораненого, а також на роботу з його близьким оточенням [1]. Н. Назар у порівняльному аналізі розвитку соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні доводить, що інтеграція соціальних працівників у медичні команди забезпечує перехід від вузького медикалістського підходу до біопсихосоціальної моделі, орієнтованої на участь людини в життєвих ситуаціях [5].

У дослідженні В. Близнюк та І. Терюханової окреслюється підхід, за яким впровадження МКФ в Україні висуває нові вимоги до ролі соціального працівника в системі охорони здоров'я: фахівець бере участь в оцінці обмежень життєдіяльності, плануванні індивідуальних програм реабілітації та координації між медичною й соціальною ланками [2]. Н. Фреймюллер та співавтори у скопінг-огляді соціальної роботи в реабілітаційних службах підтверджують тенденцію, згідно з якою участь соціального працівника в мультидисциплінарних командах підвищує структурованість маршруту, покращує планування виписки та перехід між рівнями допомоги, а також зміцнює зв'язок між пацієнтом, сім'єю та службами громади [9].

Л. Лорі та співавтори через якісний аналіз воєнно зумовлених потреб у реабілітації в Україні показують, що основні розриви виникають саме на стику медичної й соціальної підтримки: бракує координації між секторами, систематизованої інформації про послуги, чітких маршрутів переходу від стаціонару до громади [10]. Т. Семігіна, А. Качмарик і О. Карагодіна, аналізуючи соціальні потреби екскомбатантів, роблять висновок, що після завершення



лікування найгостріші запити стосуються житла, працевлаштування, психосоціальної підтримки та навігації в системі пільг і послуг [11]. Ці результати підсилюють уявлення про необхідність довготривалого професійного супроводу, у межах якого соціальний працівник виконує функції менеджера випадку для пораненого та його сім'ї.

Окрему групу становлять дослідження, зосереджені на психосоціальній реабілітації військових і осіб з інвалідністю внаслідок війни. М. Гринзовський та співавтори описують психосоціальні аспекти реабілітації поранених військовослужбовців Національної гвардії, наголошуючи на необхідності інтеграції медичних, психологічних і соціальних інтервенцій у межах єдиної програми [13]. Н. Онищенко, І. Ведмідь і А. Колосов інтерпретують психосоціальну допомогу як взаємопов'язану з соціальною реадaptaцією й доводять доцільність тривалого супроводу, спрямованого на відновлення автономії та участі в соціальних взаємодіях [12]. М. Пустовойт та співавтори демонструють, що принцип «від лікування до соціальної реінтеграції» передбачає послідовність фаз, де медична стабілізація доповнюється психологічною підтримкою й соціальною реабілітацією з фокусом на повернення до громади [15].

Праці О. Міхеєвої, А. Запiтецького та Н. Мирошниченко розширюють рамки, окреслені попередніми авторами, за рахунок аналізу інноваційних методів соціальної роботи в сфері реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок війни: у дослідженні фіксується використання цифрових платформ, дистанційних форматів супроводу, партнерств між державними й недержавними організаціями, включно з практиками спеціалізованих центрів протезування [8; 14]. Д. Завіршек та Дж. Кокс, досліджуючи соціальну роботу з людьми з інвалідністю в умовах війни, наголошують на правозахисному та адвокаційному вимірі професії, а також на підвищеній вразливості цієї групи через поєднання фізичних ушкоджень, психотравматичного досвіду та структурних бар'єрів [16].



Сукупність цих робіт окреслює багатовимірний контекст, у якому соціальний працівник діє на перетині медичної реабілітації, сімейних процесів і інституційної підтримки.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Аналіз наявних джерел засвідчує, що хоча нормативна база чітко визначає мультидисциплінарні реабілітаційні команди та можливість залучення соціальних працівників, а емпіричні дослідження детально описують потреби поранених, ветеранів і їхніх сімей, питання конкретної участі соціального працівника в маршрутах реабілітації – з урахуванням взаємодії медичних і сімейних команд – залишається недостатньо концептуалізованим. Бракує цілісного опису того, як фахівці соціальної роботи структурно вбудовуються в маршрут, які етапи беруть на себе, якими інструментами користуються для поєднання ресурсів системи охорони здоров'я, соціального захисту, громадських ініціатив і сімейного потенціалу.

Мета статті полягає в теоретичному обґрунтуванні та концептуалізації участі соціального працівника у маршрутах реабілітації поранених військовослужбовців в умовах війни, із фокусом на взаємодії медичних і сімейних команд, аналізі нормативних засад, емпіричних напрацювань і практичного досвіду спеціалізованих реабілітаційних центрів, а також окресленні ключових ролей і інструментів соціальної роботи, що забезпечують безперервність і цілісність реабілітаційного процесу.

Виклад основного матеріалу дослідження. У сучасних умовах повномасштабної війни маршрути реабілітації поранених військовослужбовців формують не лише медичну, а й широку соціальну повістку, де участь соціального працівника стає одним із ключових чинників безперервності допомоги. С. Базарний показує, що соціальна реабілітація військовослужбовців виокремлюється в самостійну технологію, яка доповнює медичні й психологічні



втручання та забезпечує відновлення соціального статусу, ролей і зв'язків пораненого [1, с. 67]. Нормативні кроки держави у сфері реабілітації, зокрема прийняття Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та підзаконних актів щодо організації мультидисциплінарних реабілітаційних команд, зафіксували логіку системного маршруту, що починається у закладі охорони здоров'я й продовжується в громаді [4; 7]. МОЗ України від 22.08.2023 повідомляє, що держава створює гідні умови для адаптації, реабілітації та самореалізації захисників, тоді як у спеціальній інформації МОЗ щодо забезпечення пацієнтів, які проходять реабілітацію, допомогою соціального працівника окреслюється послідовність дій із включення соціальної роботи до стандарту допомоги [3].

У дослідженні С. Базарного окреслюється підхід, за яким перехід від вузького розуміння допомоги як «повернення до служби» до ширшої моделі відновлення соціальних функцій та ролей, включно з сімейними, професійними й громадськими вимірами, задає нові вимоги до організації реабілітації [1]. Біопсихосоціальна модель реабілітації, на якій ґрунтується сучасне законодавство, потребує орієнтації не лише на відновлення функцій тіла, а й на відновлення участі людини в життєвих ситуаціях. Н. Назар у своїй порівняльній роботі розмежовує медикалістський та біопсихосоціальний підходи таким чином, що соціальний компонент набуває статусу рівнозначного медичному й психологічному [5]. В. Близнюк і І. Терюханова, аналізуючи впровадження МКФ, підтверджують тенденцію, згідно з якою соціальний працівник відповідає за оцінку обмежень життєдіяльності в ключових доменах, співвіднесення їх із ресурсами громади та організацію доступу до системи послуг і правових гарантій [2]. На підставі скопінг-огляду Н. Фреймюллер та співавторів робиться висновок, що роль соціального працівника в реабілітаційних командах поєднує координуючий і адвокаційний вектори, охоплюючи як індивідуальний супровід, так і роботу з сім'єю [9].



Н. Назар показує, що інтеграція соціальної роботи в медичні установи відбувається найбільш ефективно тоді, коли роль соціального працівника розглядається не як «додаткова опція», а як структурний компонент міждисциплінарної команди [5]. Як свідчать результати її порівняльного аналізу, зміна акценту з виключно клінічних завдань на поєднання медичних, психологічних і соціальних цілей забезпечує більшу стійкість реабілітаційних результатів, особливо на етапі повернення до громади [5]. В. Близнюк і І. Терюханова інтерпретують отримані ними дані як такі, що демонструють зростання значущості соціальних працівників у процесі оцінки обмежень життєдіяльності та планування індивідуальних програм реабілітації, а також посилення їхньої участі в мультидисциплінарних реабілітаційних командах у закладах охорони здоров'я [2].

Н. Фреймюллер та співавтори у своєму скопінг-огляді узагальнюють практики соціальної роботи в реабілітаційних службах і показують, що участь соціального працівника у мультидисциплінарній команді впливає як на структурованість маршруту, так і на кінцеві результати реабілітації [9]. На матеріалі цього огляду описується механізм, де виділяються блоки практик: оцінка соціальної ситуації й потреб, планування виписки та переходу між рівнями допомоги, координація між службами, робота з сім'єю та неформальною мережею підтримки, адвокація прав пацієнта [9]. Н. Онищенко, І. Ведмідь і А. Колосов інтерпретують психосоціальну допомогу як невід'ємну частину ширшого процесу соціальної реадптації; за підсумками їхнього дослідження формулюється висновок про доцільність моделі тривалої психосоціальної підтримки, що поєднує клінічний і соціальний компоненти [12].

Узагальнення змісту зазначених підходів дало можливість виділити основні ролі соціального працівника на різних етапах маршруту реабілітації



пораненого, які реалізуються у взаємодії медичних і сімейних команд (табл. 1).

Таблиця 1

Ключові ролі соціального працівника в маршруті реабілітації пораненого військовослужбовця

Етап маршруту	Зміст участі соціального працівника
Гострий медичний етап (стаціонар)	Первинна оцінка соціального статусу й потреб сім'ї; інформування про наявні соціальні гарантії; контакт із родиною та її залучення до планування наступних кроків реабілітації.
Рання реабілітація в закладі охорони здоров'я	Участь у мультидисциплінарній команді; формулювання цілей соціальної реабілітації; підбір соціальних послуг і програм підтримки; підготовка до виписки й переходу на амбулаторний або спеціалізований рівень.
Спеціалізована реабілітація та протезування	Координація взаємодії між медичною командою, протезно-ортопедичними службами, центрами фізичної та професійної реабілітації; супровід сім'ї в питаннях адаптації до нових потреб і змін ролей.
Перехід до громади та соціальна реадптація	Навігація по системі соціальних послуг; організація доступу до програм працевлаштування, навчання, житлових та інших ресурсів; посередництво між пораненим, сім'єю та місцевими інституціями.
Довготривала підтримка та участь у житті громади	Підтримка участі у спільнотах ветеранів та групах самопомоги; робота із сімейними та побутовими конфліктами; адвокація прав осіб з інвалідністю внаслідок війни та їхніх родин на рівні громади.

Джерело: узагальнено за [1; 2; 5; 8-12; 14-16].

Аналіз представлених етапів дозволяє побачити, що участь соціального працівника не обмежується «точкою входу» в систему, а простягається вздовж усього маршруту, підтримуючи безперервність допомоги та запобігаючи розривам між медичними, психологічними й соціальними сервісами. На ранніх етапах, як свідчать результати скопінг-огляду Н. Фреймюллер та емпіричних робіт щодо поранених військових, домінує завдання швидкої орієнтації пораненого та його сім'ї в нових умовах, тоді як у фазі переходу до громади переважають функції навігації, координації та супроводу змін життєвих планів [9]. У довготривалій перспективі соціальний працівник, за спостереженнями Т. Семігіної й колег, допомагає пораненому інтегруватися в



місцеві спільноти, підтримує участь у громадському житті та мінімізує ризики соціальної ізоляції й вторинної травматизації [11, с. 3008].

Л. Лорі та співавтори доводять через якісний аналіз, що в Україні існують суттєві розриви між медичною допомогою та подальшими етапами соціальної реадaptaції поранених і постраждалих від війни. На матеріалі інтерв'ю та документального аналізу описується комплекс бар'єрів: обмежена інформованість про програми реабілітації та соціального захисту, нерівний доступ до послуг у різних регіонах, недостатня координація між секторами охорони здоров'я й соціального захисту, надмірна складність бюрократичних процедур [10]. У доповнення цього Т. Семігіна, А. Качмарик і О. Карагодіна на підставі вибірки українських екскомбатантів роблять висновок, що після завершення лікування основні запити пов'язані з працевлаштуванням, відновленням сімейних стосунків, розв'язанням житлових питань і доступом до психосоціальної підтримки [11]. Низка робіт узгоджено показує, що саме на перехресті медичних наслідків поранення й довготривалих соціальних викликів постає потреба в соціальному працівникові як навігаторі та фасилітаторі взаємодії між індивідом, сім'єю та інституціями [9-12].

М. Гринзовський та співавтори, аналізуючи психосоціальні аспекти реабілітації поранених військовослужбовців Національної гвардії України, акцентують, що ефективна реабілітація потребує поєднання медичних, психологічних і соціальних втручань у межах єдиної технології [13, с. 2100]. У роботі наводяться емпіричні дані про переживання травматичного досвіду, порушення самооцінки, зміну статусових позицій, напругу у сімейних відносинах; за підсумками автори формулюють висновок про доцільність технології формування психологічних навичок, спрямованої на відновлення функціонування в повсякденному житті. У такій конфігурації медична команда відповідає за стабілізацію фізичного стану та лікування наслідків поранення, тоді як соціальний працівник бере участь у плануванні змін



життєвих ролей, узгодженні очікувань усередині сім'ї, залученні зовнішніх ресурсів громади.

М. Пустовойт та співавтори у статті про перехід «від лікування до соціальної реінтеграції» показують, що комплексна медико-психологічна підтримка ветеранів має розглядатися як послідовність пов'язаних фаз, а не як разове втручання [15]. Виходячи з підходу цих авторів, реабілітаційний процес охоплює зміну фізичного стану, структури соціальних зв'язків, професійних перспектив і життєвих планів; відповідно, виникає потреба одночасного розв'язання медичних, психологічних і соціальних завдань. За такої логіки, соціальний працівник виступає зв'язувальною ланкою, яка допомагає структурувати шлях від шпиталю до громади, мінімізуючи ризики «випадіння» людини з поля зору служб і формуючи підґрунтя для тривалої підтримки сімейної й професійної ролі ветерана.

Н. Онищенко, І. Ведмідь і А. Колосов у своїй концепції психосоціальної допомоги формулюють важливе методологічне положення: психологічна реабілітація і соціальна реадаптація мають розглядатися як взаємопов'язані компоненти єдиного процесу [12, с. 157]. Автори інтерпретують отримані дані як такі, що свідчать про здатність тривалої психосоціальної підтримки створювати умови для відновлення автономії, здатності до саморегуляції та залученості в соціальні взаємодії; водночас наголошується, що такі програми потребують чіткої організації та міжвідомчої взаємодії [12]. Участь соціального працівника в цих програмах окреслюється як системоутворювальний елемент, який забезпечує індивідуалізацію плану допомоги, врахування потреб сім'ї та координацію з місцевими інституціями соціального захисту.

О. Міхеєва, А. Запитецький та Н. Мирошниченко демонструють, що практичний вимір соціальної роботи в сфері реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок війни набуває інноваційних форм, пов'язаних із використанням



цифрових сервісів, дистанційних форматів підтримки та розширенням партнерств між державними й недержавними суб'єктами. У їхньому дослідженні описуються різні формати взаємодії – від застосування онлайн-платформ для комунікації й моніторингу стану до впровадження груп підтримки для родин, залучення волонтерських та громадських організацій до організації побуту, навчання, відновлення професійних навичок [14, с. 449]. Рекомендації авторів узгоджуються з практикою спеціалізованих центрів протезування та реабілітації, таких як «Суперх'юманс Центр», де поєднуються медичні, технологічні та соціальні компоненти допомоги, а соціальний працівник має можливість опиратися на широку мережу партнерів [8].

Д. Завіршек та Дж. Кокс, аналізуючи соціальну роботу з людьми з інвалідністю в контексті війни, вказують на підвищену вразливість цієї групи, зумовлену поєднанням фізичних ушкоджень, психотравматичного досвіду та системних бар'єрів у доступі до послуг. На матеріалі їхнього дослідження описується модель, де соціальні працівники виконують правозахисну та адвокаційну функції, опрацьовуючи питання доступності послуг, недискримінації та включення в життя громади [16, с. 445]. Для українського контексту це узгоджується з висновками Л. Лорі та співавторів про необхідність мультидисциплінарних та мультисекторальних відповідей на комплексні виклики, що постають перед пораненими та їхніми сім'ями [10]. У такій конфігурації сімейні команди – як сукупність родини, неформальної мережі підтримки та професійних помічників – розглядаються як середовище повсякденної реабілітації, тоді як соціальний працівник виступає фасилітатором і модератором цього процесу.

Т. Семігіна, А. Качмарик і О. Карагодіна, досліджуючи досвід українських екскомбатантів, показують, що найгостріші потреби після завершення активної фази лікування пов'язані з пошуком житла, працевлаштування, доступу до психологічної допомоги, підтримки у



вирішенні юридичних питань, навчанні орієнтації в системі пільг і послуг. Як зауважують авторки, відсутність чітко структурованих маршрутів соціальної реабілітації й недостатня видимість соціальних працівників у цій сфері призводять до того, що значна частина тягаря адаптації лягає на самих ветеранів і їхні сім'ї [11, с. 3009]. Узагальнене емпіричне поле свідчить, що саме моделі кейс-менеджменту, де соціальний працівник супроводжує сім'ю протягом тривалого часу, а не лише на етапі перебування в медичному закладі, мають найбільший потенціал зменшувати ці ризики [9-12; 15].

Нормативне оформлення мультидисциплінарних реабілітаційних команд в Україні, зафіксоване у постанові Кабінету Міністрів № 1268, задає рамки для участі різних фахівців у плануванні та реалізації індивідуальних програм реабілітації [7]. У тексті цього документа розмежовується відповідальність між медичними працівниками, фахівцями з фізичної терапії, психологами, соціальними працівниками та іншими спеціалістами, що забезпечує інституційні підстави для міжпрофесійної взаємодії [7]. У повідомленнях МОЗ України щодо створення гідних умов для адаптації, реабілітації та самореалізації захисників, а також щодо забезпечення пацієнтів соціальними працівниками, виділяється тенденція до розширення соціального компонента реабілітації як обов'язкового елемента системи [3]. Водночас, як показують аналітичні й емпіричні матеріали, фактична реалізація цих положень істотно залежить від кадрового забезпечення, фінансових ресурсів та управлінських рішень на рівні конкретного закладу й громади [2; 10; 14].

Висновки. Синтез наведених результатів дозволяє розглядати участь соціального працівника у маршрутах реабілітації поранених як системну багаторівневу практику, що поєднує індивідуальну роботу з пораненим, підтримку сімейних команд і взаємодію з медичними та соціальними інституціями. Участь медичної команди забезпечує клінічну частину маршруту,



тоді як соціальний працівник разом із сім'єю відповідає за переклад медичних результатів у новий життєвий порядок, де враховуються потреби в житлі, праці, освіті, соціальних зв'язках і громадській участі. Виявлені в дослідженнях прогалини – фрагментарність сервісів, нерівний доступ, перевантаження сімей, недостатність довготривалої підтримки – окреслюють поле для подальшого розвитку соціальної роботи в реабілітації, удосконалення нормативних механізмів та посилення інституційної спроможності громад. У підсумку роль соціального працівника в маршрутах реабілітації поранених постає не лише як професійна функція, а як структурний компонент системи відновлення, у якій медичні й сімейні команди діють узгоджено, забезпечуючи пораненому можливість повернення до максимально можливої участі в житті суспільства. Перспективним напрямом постає розроблення емпірично верифікованих моделей кейс-менеджменту, де соціальний працівник системно супроводжує пораненого й сім'ю на всіх етапах маршруту, з порівнянням результатів у різних регіонах і форматах організації допомоги. Необхідно поглибити аналіз взаємодії медичних і сімейних команд, включно з оцінкою навантаження на родину та ефективності сімейно орієнтованих інтервенцій.

Список використаних джерел

1. Базарний, С. В. Соціальна реабілітація військовослужбовців. Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету:[збірник]. Одеса: Видавничий дім, 2020. с. 152
https://docs.mgu.edu.ua/docs/aspirantura/150520_konf_zbirnik32.pdf#page=152
2. Близнюк В. В., Терюханова І. М. Роль соціального працівника в системі охорони здоров'я в контексті впровадження МКФ в Україні. Ukrainian Society (Суспільство). 2024. № 1-2 (88-89). С. 103-117. DOI: 10.15407/socium2024.01-02.103.



https://www.researchgate.net/publication/387112598_The_role_of_the_social_worker_in_healthcare_in_the_context_of_the_implementation_of_the_ICF_in_Ukraine

3. В Україні створюють гідні умови для адаптації, реабілітації та самореалізації захисників. Міністерство Охорони Здоров'я України, 22.08.2023. <https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-stvorjuyut-gidni-umovi-dlja-adaptacii-reabilitacii-ta-samorealizacii-zahisnikiv>

4. Закон України Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

5. Назар Н.І. Розвиток соціальної роботи у сфері здоров'я в Канаді та Україні: порівняльний аналіз (Дисертація доктора філософії). Національний університет "Львівська політехніка", 2022. с. 3 <https://lpnu.ua/sites/default/files/2022/radaphd/20805/disernazar.pdf>

6. Пацієнтів, які проходять реабілітацію, забезпечать допомогою соціального працівника <https://moz.gov.ua/uk/pacientiv-jaki-prohodjat-reabilitaciju-zabezpechat-dopomoguju-socialnogo-pracivnika>

7. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України № 1268. <https://zakon.rada.gov.ua/go/1268-2021-%D0%BF>

8. Супер'юманс Центр – Всеукраїнський сучасний центр з протезування, реконструктивної хірургії та реабілітації постраждалих від війни <https://superhumans.com/>

9. Freymüller N., Knoор T., Meyer-Feil T. Social work practice and outcomes in rehabilitation: a scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2024. Vol. 5. Article 1348294. DOI: 10.3389/fresc.2024.1348294. <https://www.frontiersin.org/journals/rehabilitation-sciences/articles/10.3389/fresc.2024.1348294/full>

10. Lawry L. L. та ін. A qualitative assessment of war-related rehabilitation needs and gaps in Ukraine. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2025. Vol. 44.



Article 175. DOI: 10.1186/s41043-025-00912-4.
<https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-025-00912-4>

11. Semigina T., Kachmaryk A., Karagodina O. Analysing Social Needs of the Ukrainian Ex-Combatants: Looking on The Lived Experience. *Traektoriâ Nauki = Path of Science*. 2021. Vol. 7, No. 6. P. 3001-3011. DOI: 10.22178/pos.71-4
<https://pathofscience.org/index.php/ps/article/view/951>

12. Onishchenko N., Vedmid I., Kolosov A. Psychosocial assistance within social rehabilitation process: prospects for recuperation and reintegrative outcomes. *Brazilian Journal of Education, Technology and Society (BRAJETS)*. 2023. Vol. 16, Special Issue 2. P. 155-164. DOI: 10.14571/brajets.v16.nse2.155-164.
<https://brajets.com/brajets/article/view/1406>

13. Hrynzovskyi M. S. та ін. Psychosocial aspects of rehabilitation of the National Guard of Ukraine soldiers injured in combat. *Wiadomości Lekarskie*. 2024. Vol. 77, No. 10. P. 2098-2103. <https://www.wiadomoscilekarskie.pl/pdf-194770-117377>

14. Mikheieva O., Zapitetskyi A., Myroshnichenko N. Innovative Methods and Experience of Social Work in Ukraine in the Field of Rehabilitation of Persons with Disabilities Resulting from War. *International Journal on Culture History and Religion (IJCHR)*. 2025. Vol. 7, Special Issue 1.2. P. 444-465. DOI: 10.63931/ijchr.v7iSI1.2.508.

https://www.researchgate.net/publication/396780391_Innovative_Methods_and_Experience_of_Social_Work_in_Ukraine_in_the_Field_of_Rehabilitation_of_Persons_with_Disabilities_Resulting_from_War

15. Pustovoyt M. M., Romash I., Romash I., Vynnyk M. I., Dzivak K. V., Syniuk I. I., Matushevskyi B. M. From treatment to social reintegration: principles of medical and psychological support of veterans (on example of the Russian-Ukrainian war). *Mental Health: Global Challenges Journal*. 2024. Vol. 7, No. 1. DOI: 10.56508/mhgcj.v7i1.196. <https://mhgcj.org/index.php/MHGCJ/article/view/196>



16. Zaviršek D., Cox J. Navigating Minefields: Social Work with People with Disabilities in the Context of War. *Journal of Human Rights and Social Work*. 2024. Vol. 9. P. 441-452. DOI: 10.1007/s41134-024-00329-9 <https://link.springer.com/article/10.1007/s41134-024-00329-9>