

УДК: 615.825:614.8

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ МАЛОМОБІЛЬНИХ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

Суровцева Ірина Юріївна, к.іст.н., доцент кафедри соціології та соціальної роботи ДВНЗ «Приазовський державний технічний університет», м. Дніпро

ORCID: 0000-0002-7909-0103

Смолярчук Юлія Юріївна, здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти, ДВНЗ «Приазовський державний технічний університет», м. Дніпро

У статті досліджуються організаційно-методичні засади фізичної реабілітації маломобільних внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в умовах воєнного стану. Проведено аналіз функціональних порушень та реабілітаційних потреб цієї категорії: наслідків бойових травм, загострення хронічних захворювань, вікових змін, а також впливу тривалих переселень і перебування у непридатних житлових умовах. Розглянуто організаційні моделі надання допомоги: від стаціонарного лікування до мобільних мультидисциплінарних команд і участі громадського сектору, створення реабілітаційних просторів у місцях компактного проживання ВПО. Описано адаптацію методик фізичної терапії: адаптовані протоколи ЛФК та ерготерапії для роботи у шелтерах і центрах розміщення, застосування дистанційних (телереабілітаційних) методів, навчання членів родин і волонтерів елементам асистивної підтримки. Проаналізовано приклади практичних кейсів, зокрема досвід мобільних команд УЧХ в Одеській області щодо індивідуальних реабілітаційних програм постраждалим від інсультів, ампутацій та переломів. Виявлено основні бар'єри доступу до реабілітації: низьку поінформованість ВПО про їхні права на безкоштовну допомогу, брак кваліфікованих кадрів і ресурсів громад. Висновки підкреслюють необхідність розбудови комплексної системи реабілітації на засадах доступності, персоналізації та мультидисциплінарності; окреслено перспективні напрями подальших досліджень (удосконалення лікувальних протоколів, розширення телереабілітації, зміцнення ресурсного потенціалу громад).

Ключові слова: фізична реабілітація, маломобільні внутрішньо переміщені особи, воєнний стан, мобільні реабілітаційні команди, телереабілітація, реабілітаційна система.

Surovtseva I., Smoliarchuk Y. Organizational and methodological foundations of physical rehabilitation of low-mobility internally displaced persons under martial law

The article examines the organizational and methodological foundations of physical rehabilitation for low-mobility internally displaced persons (IDPs) under martial law. An analysis is conducted of functional impairments and rehabilitation needs of this population, including the consequences of combat-related injuries, exacerbation of chronic diseases, age-related changes, as well as the impact of prolonged displacement and residence in inadequate living conditions. Organizational models of service provision are considered, ranging from inpatient care to mobile multidisciplinary teams and the involvement of the civil society sector, including the establishment of rehabilitation spaces in areas of compact residence of IDPs. The study describes the adaptation of physical therapy methods, including modified protocols of therapeutic exercise and occupational therapy for implementation in shelters and temporary accommodation centers, the use of remote (telerehabilitation) approaches, and the training of family members and volunteers in basic elements of assistive support. Practical cases are analyzed, in particular, mobile teams of the Ukrainian Red Cross in Odesa region that provided individualized rehabilitation programs for individuals affected by strokes, amputations, and fractures. The main barriers to accessing rehabilitation services are identified, including insufficient awareness among IDPs of their right to free care, as well as a shortage of qualified personnel and resources. The conclusions emphasize the need to develop a comprehensive rehabilitation system based on accessibility, personalization, and multidisciplinary principles, promising areas for further research (improvement of treatment protocols, expansion of telerehabilitation, strengthening the resource potential of communities).

Keywords: *physical rehabilitation, low-mobility internally displaced persons, martial law, mobile rehabilitation teams, telerehabilitation, rehabilitation system.*

Постановка проблеми. Ескалація збройної агресії проти України зумовила безпрецедентну за масштабами вимушену міграцію населення, що детермінувало виникнення нових соціально-медичних викликів. За динамічними даними Міжнародної організації з міграції (МОМ), станом на середину 2022 р. чисельність внутрішньо переміщених осіб (ВПО) сягала 7,1 млн осіб [1], а згідно з показниками інформаційно-обчислювального

центру на квітень 2026 р., кількість офіційно зареєстрованих переселенців становить 4,6 млн осіб [2]. Важливою характеристикою цієї групи є значна частка маломобільних категорій населення.

Актуальність дослідження фізичної реабілітації цієї категорії населення зумовлена різким зростанням первинної інвалідизації та ускладненням клінічного перебігу існуючих патологій. Зафіксовані дані щодо поранень цивільного населення (щонайменше 9132 особи на початок 2024 р.) свідчать не лише про прямі фізичні ушкодження, а й про формування довготривалого дефіциту функціональної здатності організму [14]. У цьому контексті фізична реабілітація перетворюється з допоміжної медичної послуги на критично необхідний інструмент збереження людського капіталу та забезпечення соціальної стійкості.

Проблема посилюється специфічними умовами перебування ВПО в місцях компактного розселення (школах, гуртожитках, евакуаційних пунктах), архітектурне середовище яких переважно не відповідає принципам універсального дизайну. Кумулятивний вплив тривалої гіподинамії, вимушеної нерухомості та дефіциту регулярного фахового моніторингу створює умови для незворотного погіршення функціонального стану маломобільних осіб. Таке синергічне поєднання медичних та середовищних факторів вимагає негайного перегляду організаційно-методичних підходів до реабілітаційного супроводу, переносючи акцент зі стаціонарного лікування на адаптивні моделі допомоги безпосередньо в місцях перебування постраждалих.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Огляд сучасної наукової літератури з проблеми організаційно-методичних засад фізичної реабілітації маломобільних внутрішньо переміщених осіб у період воєнного стану свідчить про міждисциплінарний характер досліджуваної тематики та її активну розробку в контексті трансформації системи охорони здоров'я України.

Передусім, теоретичні основи функціонування мультидисциплінарних команд у реабілітації ґрунтуються на положеннях організаційної теорії командної роботи. Зокрема, S. Mohman, S. Cohen та A. Mohrman обґрунтовують, що ефективність команд залежить від поєднання взаємодоповнювальних компетентностей, спільної мети та колективної відповідальності учасників, що є концептуально важливим для формування реабілітаційних команд у складних умовах [13]. Ці підходи отримують розвиток у сучасних дослідженнях, де підкреслюється роль мультидисциплінарної взаємодії як ключового чинника ефективності реабілітаційного процесу, зокрема в умовах обмежених ресурсів та кризових ситуацій [5; 12].

Аналіз міжнародних досліджень, зокрема публікації у Bulletin of the World Health Organization, засвідчує, що в умовах збройних конфліктів відбувається суттєва трансформація системи реабілітації, яка зміщується від стаціонарно орієнтованих моделей до мобільних, гнучких форм надання допомоги [14], що зумовлено необхідністю забезпечення безперервності реабілітаційного процесу в умовах переміщення населення, руйнування інфраструктури та обмеженого доступу до спеціалізованих закладів. У цьому контексті особливого значення набувають інноваційні підходи, зокрема використання дистанційних технологій та телереабілітації, що дозволяють розширити доступ до послуг [7].

В українському науковому дискурсі значна увага приділяється аналізу соціальних наслідків вимушеної міграції. Дослідження аналітичного центру Cedos демонструє масштабність внутрішнього переміщення населення та його вплив на фізичний і психоемоційний стан осіб [1]. Дані інформаційно-аналітичних ресурсів державних органів підтверджують значну кількість внутрішньо переміщених осіб, серед яких суттєву частку становлять маломобільні групи, що потребують комплексної реабілітаційної підтримки [2]. Аналітичні дослідження,

присвячені наслідкам війни, підкреслюють комплексний характер потреб постраждалих, включаючи фізичні травми, хронічні захворювання та психосоціальні розлади, що потребують інтегрованого підходу до реабілітації [6]. При цьому виявляються системні бар'єри, зокрема недостатність ресурсів, кадровий дефіцит та нерівномірний доступ до послуг у різних регіонах. У цьому контексті дослідження О. Кравченко та К. Чупіної висвітлює практичний досвід організації соціально-психологічної реабілітації внутрішньо переміщених осіб, акцентуючи на необхідності інтеграції фізичних, психологічних та соціальних компонентів допомоги [3].

Важливим аспектом сучасних досліджень є аналіз діяльності громадських та міжнародних організацій у сфері реабілітації. Зокрема, практичні результати роботи мобільних реабілітаційних команд Українського Червоного Хреста засвідчують ефективність виїзних форм допомоги, які дозволяють охопити маломобільні категорії населення, що не мають можливості самостійно звернутися до медичних закладів [4]. Подібні ініціативи підтверджують доцільність впровадження мобільних мультидисциплінарних моделей у національну систему реабілітації.

Метою дослідження є обґрунтування організаційно-методичних засад фізичної реабілітації маломобільних внутрішньо переміщених осіб у воєнний період.

Виклад основного матеріалу дослідження. В чинному законодавстві термін «маломобільні групи населення» зустрічається лише в Законі України «Про регулювання містобудівної діяльності» та в Наказі Міністерства економіки України «Про затвердження форми звітності № 3-ПН «Інформація про попит на робочу силу (вакансії)» та Порядку її подання». Під цим терміном розуміються «особи, які відчувають труднощі при самостійному пересуванні, одержанні послуги, необхідної інформації або при орієнтуванні у просторі» [10; 8].

На сьогодні під маломобільними ВПО в переважній більшості джерел розуміють осіб з обмеженою рухливістю, які мають потребу у фізичній підтримці й реабілітації. Однак в Законі України «Про регулювання містобудівної діяльності» до маломобільних осіб також відносять «осіб з тимчасовим порушенням здоров'я, вагітних жінок, осіб з дитячими візками» [10].

До основних причин втрати мобільності належать в першу чергу наслідки патофізіологічних та медико-біологічних чинників, зокрема:

- травматичні ушкодження (в умовах воєнного стану домінуючу роль відіграють мінно-вибухові травми, вогнепальні поранення та складні переломи, що призводять до анатомічних дефектів або тривалої іммобілізації. Такі ушкодження супроводжуються значним больовим синдромом і вимагають тривалої терапії, а їх наслідки потребують інтенсивної реабілітації;

- нейрогенні розлади (ураження центральної та периферичної нервової систем (інсульт, спинномозкові травми, нейродегенеративні захворювання), що спричиняють парези, паралічі та порушення координації рухів;

- дегенеративно-дистрофічні зміни (вікові інволюційні процеси в опорно-руховому апараті, такі як остеоартроз, остеопороз та саркопенія (втрата м'язової маси), які є характерними для осіб похилого віку). Особи похилого віку серед ВПО зазвичай мають низький рівень активності, тому в умовах вимушеної міграції їхній стан швидко погіршується;

- соматичні захворювання в стадії декомпенсації (серцево-судинна та дихальна недостатність, що суттєво обмежують толерантність до фізичних навантажень і здатність до самостійного

пересування на значні відстані).

Окремо слід зазначити військово-побутові фактори, що негативно впливають на здоров'я ВПО. Тривала евакуація та проживання в умовах тимчасового розміщення (школи, гуртожитки, безпечні укриття) призводять до малорухливості через відсутність умов для систематичних фізичних занять, а загальний стрес і соціальна дезадаптація підсилюють м'язову атрофію і судинні порушення. Відсутність затишку, дистрес перебування в новому місці, обмежена доступність медичних і фізіотерапевтичних послуг закріплюють негативні наслідки травм та хвороб, ускладнюючи подальшу реабілітацію.

Також слід звернути увагу на різноманітні екологічно-середовищні та архітектурні бар'єри, які полягають у наявності архітектурних перешкод (сходи без пандусів, вузькі дверні отвори, відсутність ліфтів), що робить простір недоступним для осіб із дитячими візками, вагітних жінок та людей на кріслах колісних; недостатність звукового та візуального дублювання інформації суттєво обмежує орієнтацію у просторі осіб із сенсорними порушеннями (зору та слуху).

Таким чином, втрата мобільності є за своєю сутністю мультифакторним процесом, де первинне фізичне ушкодження або фізіологічний стан (вагітність, вік) посилюється агресивним зовнішнім середовищем, що вимагає розробки комплексних реабілітаційних стратегій для кожної з підгруп маломобільних ВПО.

У довоєнний час реабілітація людей з порушеннями функцій опорно-рухової системи в Україні здійснювалася переважно у стаціонарних та амбулаторних відділеннях (реабілітаційні центри, протезно-ортопедичні підприємства тощо). З початком війни і зростанням числа ВПО систему довелося трансформувати. Нині акцент робиться на реабілітацію в громаді - там, де люди зараз проживають.

Сучасна парадигма відновного лікування розглядає реабілітацію як багаторівневу систему, спрямовану на реінтеграцію особи в соціальне середовище шляхом максимального відновлення її автономності. Фундаментальною основою надання допомоги маломобільним ВПО є функціонування мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Найчастіше команда розглядається як сукупність осіб, які спільно здійснюють діяльність, спрямовану на створення продуктів або надання послуг, за результати якої вони несуть колективну відповідальність [13]. У більш узагальненому вигляді команда являє собою об'єднання фахівців із взаємодоповнювальними компетентностями, яких поєднують спільна мета, завдання та узгоджений спосіб діяльності, відповідальність за які має взаємний характер. Команди відзначаються значною різноманітністю та складністю організації: вони можуть формуватися як у межах однієї професійної галузі, так і на засадах міждисциплінарної взаємодії; функціонувати в умовах безпосередньої спільної роботи або бути просторово розосередженими; характеризуватися стабільністю складу чи, навпаки, його динамічною змінюваністю.

Склад команди істотно варіює залежно від стадії реабілітаційного процесу, умов його реалізації та загального контексту надання допомоги. Функціональні ролі учасників команди значною мірою визначаються організаційною моделлю системи охорони здоров'я, а також доступністю локальних ресурсів у громади.

Водночас не кожна команда охоплює повний перелік можливих фахівців реабілітаційного профілю. Її структура та зміст професійних функцій окремих учасників демонструють суттєву варіативність залежно від рівня медичної допомоги (первинного, вторинного чи третинного), а також специфіки умов функціонування, зокрема ресурсного забезпечення (обмеженого чи достатнього) і зовнішніх факторів, таких як збройні конфлікти або надзвичайні ситуації природного характеру [12].

Формат мультидисциплінарної команди передбачає консолідацію зусиль фахівців різних профілів – фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, соціальних працівників та профільних лікарів – для розробки та реалізації індивідуальної програми реабілітації. Командний підхід дозволяє нівелювати фрагментарність допомоги, забезпечуючи всебічний вплив на стан маломобільних ВПО.

Мобільні мультидисциплінарні команди, що виїжджають у віддалені села й містечка, де відсутні спеціалізовані послуги, можуть організувати сеанси лікувальних вправ і надати консультації. Адже багато ВПО не можуть регулярно приїжджати до реабілітаційних закладів через транспортні або фінансові обмеження, загрозу безпеці чи погане самопочуття. Як приклад розглянемо діяльність мультидисциплінарних команд, які працюють на базі Гадяцької міської центральної лікарні Гадяцької міської ради, спрямована на вирішення двох взаємопов'язаних завдань, що мають критичне значення для осіб, які перенесли травматичний досвід переміщення:

По-перше, це відновлення фізичної спроможності. Пріоритетом є повернення навичок мобільності та здатності до самообслуговування, що досягається через цілеспрямований вплив на опорно-руховий апарат та серцево-судинну систему та є базовою умовою для подальшої побутової та професійної активності.

По-друге, психоемоційна корекція. Враховуючи високий рівень стресогенності факторів війни, відновлення психічних функцій є невід'ємною складовою. Стабілізація ментального стану пацієнта безпосередньо корелює з його мотивацією до виконання фізичних вправ та загальною швидкістю реабілітаційного прогресу [5].

Науковий дискурс останніх років підкреслює, що ізольоване застосування медико-біологічних методів без урахування психоемоційного стану та соціального контексту переселенців не забезпечує стійкої

реінтеграції особи в суспільство. Тому заслуговує на увагу пропозиція О.Кравченко щодо включення до мультидисциплінарних команд фахівців ресурсних центрів для ВПО [3]. Ресурсні центри володіють унікальним інструментарієм соціальної навігації та правової підтримки, що дозволяє оперативно вирішувати питання архітектурної доступності житла, забезпечення асистивними технологіями та доступу до державних соціальних гарантій. Таке розширення командного профілю трансформує реабілітаційний процес із суто клінічного в комплексний соціально-відновний захід.

Також видається науково перспективним включення до складу мультидисциплінарних команд студентів-стажерів спеціальності «Соціальна робота та консультування». Залучення майбутніх фахівців на етапі професійної підготовки до роботи з маломобільними ВПО має подвійний позитивний ефект, по-перше, це практична інтенсифікація допомоги (стажери можуть виконувати функції кейс-менеджерів, забезпечуючи постійний комунікативний зв'язок між пацієнтом та вузькопрофільними фахівцями, а також надаючи первинну психосоціальну підтримку в місцях тимчасового проживання), по-друге, професійна детермінація та підготовка кадрів (безпосередня участь у реабілітаційних заходах в умовах воєнного стану сприяє формуванню у майбутніх соціальних працівників специфічних компетенцій, необхідних для роботи з постраждалим населенням, що є критично важливим для майбутньої відбудови України).

З огляду на обмеження ресурсів сучасних громад, суттєво посилюється роль в діяльності мультидисциплінарних команд громадських організацій і благодійних фондів. Наприклад, Український Червоний Хрест розгорнув у регіонах України мобільні реабілітаційні команди (МРК). З липня 2025 р. такі МРК працюють на Одещині: за пів року вони здійснили 258 виїздів та надали реабілітаційні послуги 61 людині з наслідками

інсультів, ампутацій і тяжких переломів [4]. Пацієнтам після інсультів і ампутацій призначали індивідуальні вправи та видавали протези/ходунки, що дозволило багатьом повернути частину самостійності. За спостереженнями фахівців, раннє залучення до фізичної терапії, навіть у формі мобільних сеансів, скорочувало тривалість відновного періоду порівняно з традиційною системою.

Подібні команди створюються й у інших областях за ініціативою громадських проєктів і НУО, що залучають локальних лікарів і волонтерів. Важливими кроками стали і створення мінімальних реабілітаційних просторів у місцях компактного проживання ВПО: у великих громадах організують кімнати для занять ЛФК, забезпечені терапевтичними тренажерами та необхідним обладнанням (параподіуми, сходи для ходьби, еластичні стрічки). В таких просторах часто залучаються і психологи, аби поєднувати фізичне відновлення з психосоціальною підтримкою.

Водночас реабілітація в умовах тимчасового розміщення потребує адаптації існуючих методик до обмежених ресурсів. В першу чергу необхідною є адаптація протоколів ЛФК та ерготерапії – клінічні програми спрощують – призначають базові вправи, не вимагаючи спеціального обладнання. Наприклад, розроблені комплекси дихальних вправ і м'якої ЛФК для хворих у ліжку можна проводити самостійно чи з невеликою допомогою асистента. Для групових занять у просторі шелтерів використовують підручні засоби: еластичні стрічки, гантелі-наповнені пляшки, невеликі м'ячі. Рекомендації з кожним кроком пояснюються пацієнтові й надаються письмові методички з ілюстраціями.

В останні роки зростає актуальність телереабілітації. В Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» під цим терміном розуміється «складова телемедицини, що забезпечує надання пацієнтам реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації шляхом телеконсультування (телевідеоконсультування) разом з обстеженням,

телеметрії та в інших формах, що не суперечать законодавству, за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій» [9].

Таблиця 1

Переваги та виклики телереабілітації у маломобільних ВПО

Переваги телереабілітації	Проблемні аспекти та обмеження
Забезпечення доступу до реабілітаційних послуг для маломобільних ВПО незалежно від їхнього місця перебування (зокрема у віддалених або тимчасових місцях проживання)	Обмежений доступ до цифрових технологій, інтернет-зв'язку та необхідного обладнання, особливо у сільській місцевості або місцях компактного проживання ВПО
Зменшення фізичного навантаження, пов'язаного з необхідністю пересування до закладів охорони здоров'я, що є критичним для осіб із порушеннями мобільності	Недостатній рівень цифрової грамотності серед пацієнтів та їхніх родин, що ускладнює використання телереабілітаційних сервісів
Оптимізація витрат часу та фінансових ресурсів (відсутність витрат на транспорт, супровід, тимчасову втрату працездатності)	Ризики порушення конфіденційності персональних та медичних даних при використанні онлайн-платформ
Можливість безперервного реабілітаційного процесу навіть в умовах переміщення, евакуації або нестабільної безпекової ситуації	Обмеженість повноцінного фізичного контакту між фахівцем та пацієнтом, що ускладнює проведення деяких видів втручань
Оперативність отримання консультацій та корекції реабілітаційних програм у режимі реального часу	Відсутність стандартизованих протоколів телереабілітації, адаптованих до умов воєнного стану та потреб ВПО
Можливість оцінювання функціонального стану пацієнта в його реальному середовищі проживання, що підвищує індивідуалізацію втручань	Потреба у додатковому навчанні фахівців із фізичної реабілітації щодо використання цифрових інструментів та дистанційних методик
Залучення членів родини або доглядальників до процесу реабілітації, що підсилює ефективність підтримки	Психологічні бар'єри (недовіра до дистанційних форм допомоги, низька мотивація до самостійного виконання вправ)
Підвищення гнучкості реабілітаційного процесу (можливість адаптації графіку занять до умов проживання у шелтерах чи центрах розміщення)	Нестабільність електропостачання та інтернету в умовах воєнного стану, що порушує регулярність занять
Зниження ризику ускладнень, пов'язаних із тривалою іммобілізацією, за рахунок регулярного дистанційного контролю	Обмежені можливості використання спеціалізованого реабілітаційного обладнання в домашніх або тимчасових умовах

Наразі в Україні за наявності мобільного зв'язку чи інтернету активно практикується віддалений супровід фізіотерапевтом чи соціальним працівником. Через відеозв'язок фахівець може спостерігати,

як пацієнт виконує вправи, і коригувати техніку. Телемедичні консультації використовуються для контролю прогресу та надання рекомендацій у пацієнтів, котрі мешкають у віддалених селах. Такий формат, хоч і має обмеження (недоліки зв'язку, потреба у гаджетах), активно заохочується як компонент телемедицини для реабілітації та супроводження маломобільних ВПО соціальним працівником.

Ще більш перспективним напрямом є інтеграція технологій віртуальної реальності (VR) у протоколи фізичної реабілітації маломобільних ВПО, що відкриває нові можливості для подолання функціональних обмежень в умовах дефіциту спеціалізованого обладнання [7]. Використання імерсивного середовища дозволяє створювати контрольовані симуляції, що стимулюють нейропластичність та прискорюють відновлення рухових навичок. Для осіб, які перебувають у пунктах тимчасового розміщення, VR-терапія стає мобільним та високоефективним інструментом, що нівелює негативний вплив монотонного середовища та обмеженого простору на динаміку одужання.

Науково-методичний аспект застосування VR-технологій базується на принципі біологічного зворотного зв'язку, де пацієнт у віртуальному просторі виконує вправи, спрямовані на тренування координації, рівноваги та дрібної моторики, що особливо актуально для маломобільних ВПО з наслідками мінно-вибухових травм або неврологічних розладів, оскільки гейміфікація реабілітаційного процесу суттєво підвищує рівень внутрішньої мотивації та комплаєнсу (дотримання рекомендацій). Така віртуальна стимуляція дозволяє безпечно відпрацьовувати побутові сценарії самообслуговування перед переходом до реальної рухової активності.

Окрім фізичного відновлення, віртуальна реальність виконує важливу психотерапевтичну функцію, забезпечуючи ефект дистракції – відволікання від больових відчуттів та симптомів посттравматичного

стресового розладу (ПТСР). Створення віртуальних просторів із рекреаційним контентом сприяє зниженню рівня тривожності та депресивних станів, які часто супроводжують маломобільність у вимушених переселенців.

Оскільки маломобільні ВПО залежать від допомоги доглядальників (близьких чи волонтерів), одним із пріоритетів є їхнє навчання. Під час тренінгів з формування базових навичок догляду практикуючі реабілітологи демонструють вправи та відпрацьовують їх разом із родичами щодо перенесення пацієнта з ліжка, підтримки при ходьбі, здійснення елементарного масажу для зняття спастики і набряків. Навчання значно розширює можливості відновлення, адже пацієнт отримує щоденну підтримку поза межами формальних лікувальних сеансів.

Ще одним напрямом, який активно розвивається в останні роки стало залучення соціальних працівників до системи підготовки з основ фізичної реабілітації, що зумовлено трансформацією ролі цього фахівця в умовах воєнного стану. Соціальний працівник сьогодні виступає не лише посередником у наданні державних послуг, а й ключовою фігурою, яка забезпечує безперервність реабілітаційного процесу в місцях компактного проживання ВПО. Так, наприклад, ВООЗ розробляє набори для маломобільних осіб на основі оцінки потреб у реабілітації в Україні. Набори містять різні предмети, пов'язані з наданням допомоги при травмах – інвалідні візки, милиці, ходунки, мобільні туалети та душеві крісла, абсорбуючі вироби тощо [14]. В цьому контексті особливого значення набуває посередницька та координаційна роль соціального працівника як ланки, що зв'язує міжнародні гуманітарні стандарти з індивідуальними потребами ВПО. Зокрема соціальний працівник виконує функцію первинного моніторингу та верифікації потреб, а також координації розподілу цільових наборів. Відповідно соціальний працівник

може виступати не лише реєстратором потреб, а й активним менеджером реабілітаційного процесу. Його діяльність із координації надання технічних засобів дозволяє нівелювати середовищні бар'єри та створює необхідні умови для переходу від пасивного перебування в пунктах тимчасового розміщення до активної фізичної терапії та соціальної інтеграції. Соціальний працівник не лише координує отримання засобів від міжнародних організацій (наприклад, ВООЗ), а й забезпечує безперервний контроль за їхньою цільовою та ефективною експлуатацією поза межами медичного закладу. Такий підхід забезпечує перехід від формального забезпечення інвентарем до створення повноцінного реабілітаційного середовища. Лише професійно супроводжуване використання засобів мобільності гарантує відновлення здатності до самообслуговування та мінімізує тривалість перебування ВПО у стані функціональної залежності, що є пріоритетним завданням соціальної та медичної політики держави в період воєнного стану.

Варто звернути увагу на тому, що професійна компетенція соціального працівника має виходити за межі суто адміністративної чи побутової допомоги. Набуття ними навичок асистивної підтримки та базової кінезіотерапії є критично важливим з огляду на дефіцит профільних фізичних терапевтів у віддалених регіонах та пунктах тимчасового розміщення. Соціальний працівник, перебуваючи в постійному контакті з маломобільною особою, здатен здійснювати щоденний моніторинг функціонального стану та забезпечувати дотримання пацієнтом призначеного реабілітаційного плану.

Проте існують значні бар'єри на шляху реабілітації. Зокрема, під час круглого столу у Сумах експерти виявили, що багато ВПО та людей з інвалідністю взагалі не знають про свої права на реабілітацію [11]. Дослідження БФ «Право на захист» теж засвідчило, що понад половина опитаних не усвідомлюють, що реабілітацію можна отримати без

направлення МСЕК та безоплатно в рамках медгарантій. Іншим викликом є брак в громадах підготовлених реабілітологів, здатних працювати з постраждалими від війни. Також позначаються ресурсні обмеження – відсутність обладнання в амбулаторіях, недофінансування програм. Поєднання цих бар'єрів призводить до затримок у початку відновного лікування та зниження його якості [6].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Сучасні потреби у фізичній реабілітації маломобільних ВПО значно перевищують можливості стандартної системи охорони здоров'я, тому ефективною є інтеграція державних і недержавних ресурсів. Побудова мережі мобільних мультидисциплінарних команд, що працюють у громадах, є одним із ключових напрямків – вони забезпечують доступність реабілітації людям, які не можуть приїхати до стаціонару. Для подальших досліджень актуальними залишаються питання оптимізації методик адаптивної фізичної реабілітації. Зокрема, варто систематично оцінювати ефективність телереабілітації в Україні і розробляти стандартизовані протоколи ЛФК для використання в шелтерах. Перспективними є дослідження економічної ефективності мультидисциплінарних підходів та впровадження цифрових технологій моніторингу пацієнтів. Збір статистики успішних кейсів дозволить уточнити оптимальну стратегію розбудови реабілітаційної системи для маломобільних ВПО.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вимушена міграція і війна в Україні. *Cedos*. URL: <https://cedos.org.ua/researches/vymushenamigracziya-i-vijna-v-ukrayini-24-berезnya-10- chervnya-2022/> (дата звернення 07.04.2026).
2. Внутрішньо переміщені особи. *Дашборд ІОЦ*. URL: <https://www.ioc.gov.ua/analytics/dashboard-vpo> (дата звернення 07.04.2026).
3. Кравченко О. О., Чупіна К. О. Соціально-психологічна реабілітація ВПО: з досвіду Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини. *Габітус*. 2022. №41. С. 251-254. URL: <https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/16176/1/44.pdf>
4. Майже 260 виїздів – перші підсумки роботи мобільних

реабілітаційних команд Українського Червоного Хреста на Одещині. URL: <https://redcross.org.ua/news/2025/12/135076/> (дата звернення 07.04.2026).

5. Мультидисциплінарна команда в реабілітації. URL: <https://hmcl.org.ua/news/1717588565/> (дата звернення 07.04.2026).

6. Наслідки російсько-української війни для постраждалих: дослідження оцінка впливу, очікування щодо відшкодування та доступ до інструментів відновлення прав. URL: https://r2p.org.ua/storage/documents/c7e13e5941e9c3e4d6abdb125ee92111a6511b93_original.pdf (дата звернення 07.04.2026).

7. Новітні технології в реабілітації при складних травмах та станах. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/emerging-technologies-in-rehabilitation-for-complex-injuries-and-conditions-uk/> (дата звернення 07.04.2026).

8. Про затвердження форми звітності № 3-ПН «Інформація про попит на робочу силу (вакансії)» та Порядку її подання»: Наказ Міністерства економіки України від 12.04.2022 р. № 827-22. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0565-22/ed20220412#n24> (дата звернення 07.04.2026).

9. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 р. №1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/1053-20/ed20230907#n24> (дата звернення 07.04.2026).

10. Про регулювання містобудівної діяльності: Закон України від 17.02.2011 р. № 3038-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3038-17/ed20200212#n1850> (дата звернення 07.04.2026).

11. Проблемні питання у забезпеченні права на реабілітаційну допомогу у сфері охорони здоров'я для цивільних осіб обговорили на круглому столі в Сумах. URL: <https://r2p.org.ua/page/problemni-pytannia-u-zabezpechenni-prava-na-reabilitatsiinu-dopomohu-u-sferi-okhorony-zdorovia-dlia-tsyvilnykh-osib-obhovoryly-na-kruhlomu-stoli-v-sumakh> (дата звернення 07.04.2026).

12. Реабілітаційні команди. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/rehabilitation-teams-uk/> (дата звернення 07.04.2026).

13. Mohman S. A., Cohen S. G., Mohrman A. M. Sr. Designing Team-Based Organizations. San Francisco: Jossey-Bass.1995. 389 p.

14. Rehabilitation in a war zone. *Bull World Health Organ.* 2022. Nov 1.100(11). Pp. 658–659.

REFERENCES

1. Cedos (2022). Vymushena mihratsiia i viina v Ukraini [Forced migration and war in Ukraine]. Retrieved from:

<https://cedos.org.ua/researches/vymushenamigracziya-i-vijna-v-ukrayini-24-ber-eznya-10-cherვნya-2022/> [in Ukrainian].

2. Information and Analytical Center. (n.d.). Vnutrishno peremishcheni osoby [Internally displaced persons dashboard]. Retrieved from: <https://www.ioc.gov.ua/analytics/dashboard-vpo> [in Ukrainian].

3. Kravchenko, O., & Chupina, K. (2022). Sotsialno-psykhologichna reabilitatsiia VPO: z dosvidu Umanskoho derzhavnoho pedahohichnoho universytetu imeni Pavla Tychyny [Socio-psychological rehabilitation of internally displaced persons: Experience of Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University]. *Habitus*, 41, 251–254 [in Ukrainian].

4. Ukrainian Red Cross Society (2025). Maizhe 260 vyizdiv – pershi pidsumky roboty mobilnykh reabilitatsiinykh komand Ukrainskoho Chervonoho Khresta na Odeshchyni [Nearly 260 visits: First results of mobile rehabilitation teams in Odesa region]. Retrieved from: <https://redcross.org.ua/news/2025/12/135076/> [in Ukrainian].

5. Khmelnytskyi Medical Center (n.d.). Multydystsyplinarna komanda v reabilitatsii [Multidisciplinary team in rehabilitation]. Retrieved from: <https://hmcl.org.ua/news/1717588565/> [in Ukrainian].

6. Right to Protection (n.d.). Naslidky rosiisko-ukrainskoi viiny dla postrazhdalych: doslidzhennia otsinka vplyvu, ochikuvannia shchodo vidshkoduvannia ta dostup do instrumentiv vidnovlennia prav [Consequences of the Russian-Ukrainian war for affected populations: Impact assessment, expectations for compensation, and access to recovery tools]. Retrieved from: https://r2p.org.ua/storage/documents/c7e13e5941e9c3e4d6abdb125ee92111a6511b93_original.pdf [in Ukrainian].

7. Physio-Pedia. (n.d.). Novitni tekhnolohii v reabilitatsii pry skladnykh travmakh ta stanakh [Emerging technologies in rehabilitation for complex injuries and conditions]. Retrieved from: <https://langs.physio-pedia.com/uk/emerging-technologies-in-rehabilitation-for-complex-injuries-and-conditions-uk/> [in Ukrainian].

8. Ministry of Economy of Ukraine (2022). Pro zatverdzhennia formy zvitnosti № 3-PN «Informatsiia pro popyt na robochu sylu (vakansii)» ta Poriadku yii podannia [On approval of reporting form No. 3-PN «Information on labor demand (vacancies)» and the procedure for its submission] (Order No. 827-22, April 12, 2022). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0565-22/ed20220412#n24> [in Ukrainian].

9. Verkhovna Rada of Ukraine (2020). On rehabilitation in the healthcare sector (Law of Ukraine No. 1053-IX, December 3, 2020). Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/1053-20/ed20230907#n24> [in Ukrainian].

10. Verkhovna Rada of Ukraine (2011). Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia [On regulation of urban development activities] (Law of Ukraine No. 3038-VI, February 17, 2011). Retrieved from:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3038-17/ed20200212#n1850> [in Ukrainian].

11. Right to Protection. (n.d.). Problemni pytannia u zabezpechenni prava na reabilitatsiinu dopomohu u sferi okhorony zdorovia dlia tsyvilnykh osib obhovoryly na kruhlomu stoli v Sumakh [Problematic issues in ensuring the right to rehabilitation assistance in healthcare for civilians discussed at a round table in Sumy]. Retrieved from: <https://r2p.org.ua/page/problemni-pytannia-u-zabezpechenni-prava-na-reabilitatsiinu-dopomohu-u-sferi-okhorony-zdorovia-dlia-tsyvilnykh> [in Ukrainian].

12. Reabilitatsiini komandy [Rehabilitation teams]. Retrieved from: <https://langs.physio-pedia.com/uk/rehabilitation-teams-uk/> [in Ukrainian].

13. Mohman, S. A., Cohen, S. G., & Mohrman, A. M. Sr. (1995). Designing Team-Based Organizations. San Francisco: Jossey-Bass. [in English]

14. Rehabilitation in a war zone. (2022). Bulletin of the World Health Organization, 100(11), 658–659 [in English].

Стаття надійшла до редакції / Received 08.04.2026

Прийнята до друку / Accepted 24.04.2026