

Дослідження стану надання ментально-оздоровчих послуг для ветеранок та ветеранів:

Київська, Дніпропетровська та Кіровоградська
області

Виконавці: Рух VETERANKA та ГО “Вільний Вибір”

Регіони дослідження: Київська обл., Дніпропетровська обл., Кіровоградська обл.

Період польових робіт: 2025 р.

Обсяг вибірки: 26 глибинних інтерв'ю; 1 фокус-група



Виконавець

giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

VETERANKA

ВСТУП

Основною метою дослідження була оцінка поточного стану ментально-оздоровчих послуг для ветеранів та ветеранок у трьох областях: Київській, Кіровоградській та Дніпропетровській, та визначення шляхів його покращення. Це дослідження є розвідувальним та передбачає подальше масштабування і поглиблення.

Основні завдання дослідження:

- Змалювання наявного контексту. Визначити інфраструктуру психологічних послуг та означити ключових акторів цієї сфери в трьох областях. Нашою метою було виявлення ключових вузлів та якості взаємодії між надавачками та отримувачками¹ послуг в трьох областях дослідження, оскільки питання покращення наявного стану може бути поставлене лише після виявлення, яким цей стан речей є. У цьому блоці ми вивчали та порівнювали представленість психологічних послуг у трьох областях, а також потенційний попит на них — кількість в тій чи іншій області потенційних отримувачок послуг. Також нас цікавив маршрут отримувачок та поінформованість про нього — у який спосіб і наскільки репрезентовано існує інформація про послуги в цих областях, наскільки легко її знайти. Це також включало вивчення дотичних сторін, які можуть як обмежувати, так і уможливлювати звернення ветерана чи ветеранки за послугами.
- Оприявлення проблеми. Дослідити ключові чинники, які впливають на рішення ветерана чи ветеранки звернутися за послугами, а також виявити та категоризувати причини відмови чи небажання їх отримання. Виявити ключові причини відмови від терапії ще до її початку, а також уже на етапі отримання, аби мати змогу сформулювати рекомендації для надавачок та фасилітаторок. Ми концентрувалися на багатоманітні чинників, які охоплюють як матеріальний стан, стан поінформованості, так і персональні уявлення респонденток.
- Надання рекомендацій. Визначити ключові показники успішності отримання послуг та прослідкувати їхній взаємозв'язок з обмежувальними чинниками. Нашою ціллю було визначення факторів, які уможливлюють доступ до послуги та задоволення від її наявності, аби надалі цей позитивний досвід можна було запропонувати до масштабування.
- Визначення ключових напрямків для поглиблення дослідження та його масштабування. Оскільки це дослідження є розвідувальним і аналізує стан справ лише у трьох регіонах України, а проблема стосується всієї країни, його метою також є підготовка основи для подальших прицільних вивчень ключових питань та виявлених пробілів у даних і масштабування на всю країну.

Для реалізації покладених завдань та напрацювання широкої основи для подальшої дослідницької роботи було обрано поєднання кількісних та якісних методів дослідження, таких як глибинні інтерв'ю, фокус-групи та кабінетний аналіз. Фокус-групи мали на меті підсилити аналіз глибинних інтерв'ю, надаючи концентровані відповіді на ключові питання дослідження. Кабінетний аналіз застосовувався для збору даних

¹ **Примітка щодо термінології.** У звіті послідовно використовуються фемінітиви для позначення професій, ролей і учасниць дослідження (психологиня, психотерапевтка, ветеранка, фасилітаторка тощо). Це відповідає гендерному складу вибірки, у якій переважають жінки, та відображає принцип видимості жінок у професіях і військовій службі.

стосовно наявного контексту та ситуації з послугами в регіонах, також слугував основою для створення попереднього маршруту до послуги. Глибинні інтерв'ю є ключовим ресурсом для категоризації та деталізації викликів, бар'єрів та позитивних досвідів, вони допомагають змалювати ключових акторів системи надання психологічних послуг, а також словами самих ветеранів та ветеранок висловити потреби, очікування, бар'єри та можливості покращення. Кабінетне дослідження окреслює форму стану надання психологічних послуг, глибинні інтерв'ю в поєднанні з фокус-групою складають зміст цієї форми, надаючи їй людського голосу.

Підходи:

- *Кабінетний аналіз*: аналіз нормативних актів, державних програм, проєктів громадських організацій і донорських звітів.
- *Глибинні інтерв'ю*: 26 напівструктурованих розмов, розшифрованих і структурованих за тематичними блоками (досвід звернення, оцінка системи, специфіка роботи). Глибинні інтерв'ю проводилися онлайн. Рекрутинг учасниць та учасників дослідження для глибинних інтерв'ю проводила громадська організація «Жіночий ветеранський рух», громадська організація «Вільний вибір» та фахівчині простору «ПроЖИТИ»
- *Мапування стейкхолдерів*: визначення ключових акторів системи надання ментально-оздоровчих послуг та способів їхньої взаємодії.

Під час формування вибірки дослідження команда орієнтувалась на максимальне представлення ключових акторів системи надання послуг психічного здоров'я. Система надання ментально-оздоровчих послуг у рамках якісної частини дослідження складається за функціями з надавачок, отримувачок та фасилітаторок психічних послуг. Саме вони є трьома ключовими функціями в колі задоволення чи не задоволення послугами ветераном або ветеранкою. Це три частини одного механізму, в рамках якого є ветеран або ветеранка, які потребують послуги, є спеціалістки з ментально-оздоровчих послуг, які задовольняють потребу ветеранки або ветерана, а також — кейс-менеджерки, фахівчині супроводу, сімейні лікарки, проєктні менеджерки громадських організацій та інші — люди, роботою яких є взаємодія з ветеранами та ветеранками і покращення їхнього стану через фасилітацію їхнього звернення до надавачок. Отже, в кожному регіоні проводились глибинні інтерв'ю саме з представницями цих трьох груп. Ветеранки та ветерани мали більшу репрезентацію в глибинних дослідженнях, як ключовий бенефіціар, а також, оскільки мають стосовно досліджуваного питання три різні ключові характеристики: ветерани та ветеранки, які отримують послуги; ветерани та ветеранки, які отримували послуги та припинили; і ветерани та ветеранки, які не зверталися за послугами. Ці три досвіди прокладають межу в дослідженні й саме тому були розділеними, а для кожного з типів розроблений окремий гайд.

Під час запрошення до інтерв'ю або дискусії потенційних учасниць та учасників інформували про мету, завдання дослідження, використання його результатів, захист даних, теми та питання, які порушуватимуться. Крім цього, проводилось повторне інформування перед початком кожного глибинного інтерв'ю. Для забезпечення конфіденційності в рамках проведення дослідження дані для аналізу були доступні лише дослідницькій команді. Записи інтерв'ю були знищені одразу після опрацювання

інформації, а з транскриптів було видалено всю особисту інформацію, за допомогою якої можна було б ідентифікувати учасників та учасниць дослідження.

Типи респондентів та респонденток глибинних інтерв'ю:

- 10 ветеранок: Київська область — 5 ветеранок і 1 діюча військова, Кіровоградська область — 3 ветеранок, Дніпропетровська — 1 ветеранка;
- 5 ветеранів: Кіровоградська область — 3, Дніпропетровська — 2;
- 7 практикуючих психологинь і психотерапевток: Київська область — 3, Кіровоградська — 1, Дніпропетровська — 3;
- 4 фасилітаторки від громадського сектору: Київська область — 1, Кіровоградська область — 1, Дніпропетровська область — 2.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОБМЕЖЕННЯ

З огляду на перелік завдань та застосованих підходів, це дослідження має певні обмеження і не є стовідсотково репрезентативним стосовно ситуації в трьох областях України. Його результатами є рекомендації та перелік виявлених проблем, але аж ніяк не надання точних статистичних даних стосовно роботи системи надання психологічних послуг і можливостей ветеранів та ветеранок їх отримати.

Перелік методологічних обмежень, які варто враховувати під час інтерпретації результатів:

- **Нерівномірність регіонального охоплення.** Найбільша частина глибинних інтерв'ю зібрано у Київському регіоні, що може частково посилювати його вагу в узагальненнях.
- **Добровільний характер участі.** Інтерв'ю базувалися на самооцінках і готовності респондентів і респонденток ділитися досвідом, тому результати відображають насамперед мотивовану частину аудиторії.
- **Гендерна нерівномірність вибірки.** Близько 85% учасників — жінки (ветеранки або діючі військовослужбовиці), тож результати відображають переважно жіночу перспективу досвіду звернення по допомогу. Залучені ветерани слугують більше для можливості порівняння досвідів, але їхня кількість точно не дає можливості однозначно висловлюватись про досвід саме ветеранів. Ця гендерна нерівномірність є результатом рішення дослідницької команди, з огляду на специфіку проєкту — особливий фокус на потреби ветеранок, у межах якого дослідження створювалось.
- **Обмежене залучення державного сектору.** Частина фахівчинь із державних установ не змогли взяти участь через бюрократичні або службові обмеження, тому дані про цей сегмент системи є частковими.
- **Відсутність залучення військового сектору надання психологічних послуг.** Інтерв'ю проводилися у 2025 році, під час активної фази війни, а отже відкритий та повний доступ до надавачок психологічних послуг у військових частинах та шпиталях є неможливим. Отже, велика частина системи не має репрезентації в цьому дослідженні, що унеможливорює його повноцінність, і присутня лише у зверненнях до неї, як до проблеми, у низці глибинних інтерв'ю.
- **Сіра зона офіційності.** Далеко не всі терапевтки, психологині, психіатрині та інші надавачки ментально-оздоровчих послуг внесені до Реєстру суб'єктів надання послуг із психологічної допомоги для ветеранів і членів їх сімей. За даними Міністерства у справах ветеранів: у Дніпропетровській області зареєстровано 9 надавачок послуг, у Київській та Кіровоградській — по 2 фахівчині². Утім, у реальності їх значно більше, але оскільки надавачки можуть бути водночас і співробітницями державних та комунальних закладів, і надавати послуги приватно, і через фасилітацію ГО та БФ, реальну кількість надавачок визначити складно. Так само і ГО та БФ досить рідко публічно афішують кількість спеціалісток, з якими вони співпрацюють і їхні потужності. Це може бути

пов'язано як зі складністю оформлення людини в штат, так і з нерівномірністю залучення фінансування.

- **Нерівномірність вибірки для глибинних інтерв'ю через специфіку рекрутингу респонденток.** Оскільки рекрутингом респондентів і респонденток займались представники ГО та Фондів, які надають психологічні послуги ветеранам та ветеранкам — респондентки для інтерв'ю в більшості були тими, хто у той чи інший спосіб взаємодіяв з цими організаціями. А отже переважна більшість відповідей зазначає саме цей досвід пошуку і знаходження послуги, що може створювати викривлену картину, оскільки не всі ветерани та ветеранки є активними споживачами послуг громадського сектору і можуть зіштовхнутися з можливістю отримати психологічну послугу деінде, зокрема і в центрах соціальної допомоги і в медичних закладах.

Розділ I. Контекст системи ментально-оздоровчих послуг

Після початку повномасштабної війни система психологічної допомоги в Україні почала розвиватися хаотично, але швидко. З одного боку — з'явилися десятки програм від держави, донорів і громадських організацій; з іншого — відсутня єдина навігаційна рамка та стандарти якості.

Мапування трьох регіонів дослідження показує, що більшість організацій та установ, які надають ментально-оздоровчі послуги для ветеранів та ветеранок, зосереджені у великих містах (Київ, Дніпро, Кропивницький), тоді як у малих громадах прямий доступ залишається обмеженим. Водночас багатьма організаціями практикується саме онлайн психологічна підтримка, що розширює мапу їхньої залученості на всю Україну.

На рівні держави зберігається подвійна логіка: психологічна підтримка розглядається і як медична послуга, і як елемент соціальної адаптації, що створює адміністративні «сірі зони» — між МОЗ, Мінветом і місцевими програмами.

1.1 Основні актори системи підтримки

Загалом система психічної підтримки ветеранів і ветеранок складається з чотирьох основних груп акторів:

1. Державні установи

- центри психічного здоров'я при МОЗ, шпиталі ветеранів, комунальні центри реабілітації, військові медичні заклади;

2. Громадські організації та волонтерські ініціативи

- Такі як ГО «Вільний вибір», ГО «Жіночий ветеранський рух», ГО «ПроЖИТИ», «Біла Птаха», Veteran Hub, «Повернись живим», локальні ветеранські простори та інші;

3. Приватний сектор

- незалежні психологи/ні, психотерапевт/ки, психіатри/ні, що працюють індивідуально або в партнерстві з ГО та фондами;

4. Міжнародні партнери

- програми GIZ, IOM, WHO, які забезпечують супервізії, навчання, відбір фахівчинь і підтримують розвиток мережі допомоги.

Попри наявність різних секторів, що залучені до сфери психічного здоров'я ветеранів та ветеранок, **єдина координована система скерування досі не сформована**. Кожен із акторів — державний, громадський, приватний чи міжнародний — функціонує у

власній логіці, без узгоджених механізмів обміну інформацією, передачі клієнтів/ок і єдиних стандартів якості. У результаті отримувачі послуг змушені самостійно вибудовувати маршрут допомоги.

Водночас питання психічного здоров'я ветеранів і ветеранок є передусім **зоною відповідальності держави**, адже йдеться не лише про індивідуальне благополуччя, а й про **національну безпеку, обороноздатність та ефективність системи реінтеграції**. Саме тому в наступному розділі детальніше розглядаються ключові державні інституції, програми та нормативно-правові документи, які формують рамки функціонування системи надання ментально-оздоровчих послуг.

Громадські організації та фонди стали важливими провайдерами підтримки та простором першого контакту для ветеранів і ветеранок, однак їхня діяльність значною мірою залежить від зовнішнього фінансування і має локалізований характер. За даними мапи стейкхолдерів, більшість активних ГО сконцентровані у великих містах — Києві, Дніпрі, Кропивницькому — де функціонують ветеранські простори, хаби, групи взаємопідтримки та освітні програми. У менших громадах така інфраструктура є обмеженою або відсутньою, що створює нерівний доступ до послуг. У межах нашого **якісного дослідження**, роль громадського сектору розглядається не через кількісні показники його охоплення, а через **аналіз його функцій, взаємодії з державними інституціями та впливу на досвід отримувачів/ок послуг**. Таким чином, громадські ініціативи у звіті виступають не як окремий предмет аналізу, а як **оптика**, що дозволяє оцінити державну систему крізь призму практик «знизу» — тих, що реально працюють із ветеранами на місцях.

Приватний сектор залишається менш структурованим: кількість практикуючих фахівців/чинь у регіонах невідома, оскільки вони перетинаються з державною медичною системою, а лише незначна частина внесена до Реєстру суб'єктів надання психологічної допомоги ветеранам і членам їхніх сімей. У цьому контексті наше дослідження не мало на меті створити повну карту приватних практик або оцінити рівень їхньої підготовки, натомість воно якісно досліджує **їхню взаємодію з іншими акторами системи** — державними, громадськими, міжнародними — а також **ставлення до них з боку ключових бенефіціарів**, ветеранок і ветеранів. Такий підхід дозволяє побачити не лише структуру системи, а й механізми довіри, доступності та комунікації між її рівнями.

Міжнародні партнери — GIZ, IOM, WHO, USAID та інші — забезпечують методичну та фінансову підтримку, але їхня присутність має **непостійний, проєктний характер**. Припинення грантових програм або зміна пріоритетів донорів безпосередньо впливає на сталість сервісів. Саме тому цей компонент розглядається як допоміжний, а не системоутворювальний.

Виходячи з цього, у наступному розділі фокус зосереджено на **державному сегменті системи психічного здоров'я** — як на єдиному акторі, що має сталу інституційну відповідальність, ресурси та нормативні повноваження для забезпечення довгострокової доступності допомоги.

1.2 Державні установи та програми

Починаючи з 2022 року, в Україні діє ініціатива уряду України, спрямована на поліпшення психічного здоров'я населення, особливо в умовах війни та повоєнного відновлення — Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки³. Вона має на меті сформувати єдину систему психічного здоров'я. У 2024 році Кабінет Міністрів України затвердив **план заходів із реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року**⁴, який визначає напрями державної політики у цій сфері. Документ спрямований на розвиток системи психічного здоров'я на рівні громад, підвищення компетентності фахівців/чинь, упровадження єдиних стандартів якості допомоги та моніторинг її ефективності.

МОЗ України у межах цього плану розробляє **професійні стандарти для спеціалістів/ок у сфері психічного здоров'я** — психологів/инь, психотерапевтів/ок, клінічних психологів/инь, психіатрів/инь тощо — аби уніфікувати вимоги до кваліфікації та забезпечити надання якісних, доказових послуг.

З 2024 року в громадах почали з'являтися фахівці та фахівчині з супроводу ветеранів війни, які мають надавати первинне консультування та всебічну підтримку на шляху інтеграції у цивільне життя⁵.

У січні 2025 року Верховна Рада ухвалила Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я» (№ 4223-IX)⁶, який визначає нову нормативну рамку для розвитку державної політики у сфері ментального здоров'я та закладає принципи, за якими має функціонувати система надання допомоги — від психоедукації до психотерапії та реабілітації. Закон закріплює чітку класифікацію видів допомоги (психосоціальна, психологічна, психотерапія, психологічна реабілітація) та визначає суб'єктів, які можуть її надавати. Згідно із Законом № 4223-IX допомогу у сфері психічного здоров'я можуть надавати різні суб'єкти — як державні, так і недержавні — основних категорій надавачів послуг:

1. Заклади охорони здоров'я:

- державні, комунальні та приватні медичні установи, які мають відповідну ліцензію;
- центри психічного здоров'я та реабілітаційні установи (зокрема ті, що працюють із ветеранами і ветеранками);
- спеціалізовані шпиталі, клініки, центри психосоціальної підтримки.

2. Фахівці/чині з психічного здоров'я (фізичні особи)

- лікарі-психіатри/ні, психотерапевти/ки, клінічні психологи/ні, психологи/ні;

³

<https://www.kmu.gov.ua/news/ofis-pershoyi-ledi-moz-ta-partneri-zapuskayut-nacionalnu-programu-psichnogo-zdorovya-ta-psihosocialnoyi-pidtrimki>

⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/34-2025-%D1%80>

⁵

<https://mva.gov.ua/prescenter/category/86-novini/vidpovidi-na-kluchovi-pitannya-schodo-vprovadzhennya-u-gromadah-fahivtsiv-iz-suprovodu-veteraniv-viyni-ta-demobilizovanih-osib>

⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text>

- фахівці/чині, які надають психосоціальну допомогу (психологи/ні, соціальні працівники/ці, консультанти/ки, волонтери/ки, капелани/ки);
- спеціалісти/ки мультидисциплінарних реабілітаційних команд, які можуть включати медиків/инь, психотерапевтів/ок, реабілітологів/инь, соціальних працівників/ць тощо.

3. Суб'єкти соціальної сфери

- центри соціальних послуг, служби підтримки ветеранів і ветеранок, територіальні громади, які організують або фінансують психосоціальні послуги;
- центри соціальної підтримки, кризові центри, ветеранські простори, що надають первинну психологічну допомогу.

4. Громадські організації, благодійні фонди, волонтерські ініціативи

- можуть бути офіційними надавачами послуг, якщо дотримуються стандартів якості та етичних норм;
- мають право укладати договори чи меморандуми з державними структурами для спільного надання допомоги.

5. Освітні та релігійні інституції (у частині психосоціальної підтримки)

- заклади освіти, що впроваджують програми психоедукації;
- капелани/ки та помічники/ці капеланів/ок у сфері охорони здоров'я, які забезпечують духовно-моральну підтримку та сприяють формуванню стійкості.

6. Органи місцевого самоврядування

- виступають організаторами, координаторами або замовниками послуг із психічного здоров'я;
- формують локальні мережі надавачів та фінансують програми підтримки ветеранів і ветеранських родин.

Документ має стати основою для створення інтегрованої мережі послуг, орієнтованої на потреби людини, із міжсекторальною взаємодією медичної, соціальної, освітньої систем і ветеранської політики. Уперше на рівні закону зафіксовано, що сфера психічного здоров'я охоплює ветеранів, військовослужбовців і членів їхніх сімей як окрему категорію отримувачів допомоги. Водночас закон передбачає, що місцеве самоврядування має впроваджувати власні програми підтримки психічного здоров'я, що надає підґрунтя для розвитку регіональних мереж і партнерства з громадським сектором.

Закон закріплює ключові принципи: людиноцентричність, рівний доступ до допомоги, травма-інформований підхід, конфіденційність, добровільність, право на вибір фахівця/чині та міждисциплінарну співпрацю. Для ветеранської спільноти це означає перехід від фрагментованих ініціатив до комплексної системи психічного здоров'я, де

психологічна допомога розглядається не як епізодична послуга, а як частина процесу реінтеграції та відновлення після служби.

Водночас дія більшості норм цього закону набуде чинності у 2026 році, а тому на момент проведення дослідження він слугує радше рамковим орієнтиром, ніж реально діючим механізмом. Це дозволяє оцінювати сучасний стан надання психологічних послуг у регіонах — Київській, Дніпропетровській і Кіровоградській областях — як перехідний, коли законодавча база вже оновлена, але інституційні та кадрові зміни ще тривають.

Загалом зі сторони держави функції з забезпечення надання ментально-оздоровчих послуг розподілені між МОЗ, Міністерством у справах ветеранів, Міністерством соціальної політики та військовими структурами.

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) — формує політику у сфері психічного здоров'я, затверджує стандарти, веде реєстри фахівців, відповідає за медичну допомогу, у тому числі психіатричну, і впроваджує Національну програму психічного здоров'я.

Міністерство у справах ветеранів (Мінвет) — координує систему психологічної допомоги та реабілітації ветеранів, адмініструє Реєстр надавачів послуг для ветеранів і членів їхніх сімей, компенсує вартість консультацій, затверджує форми індивідуальних планів супроводу.

Міністерство соціальної політики (Мінсоц) — забезпечує соціально-психологічну підтримку через мережу центрів соціальних послуг, програм адаптації, кризових і денних центрів; відповідає за інтеграцію людей у громади та соціальний захист ветеранів.

Військові структури (ЗСУ, НГУ, МВС, СБУ, ДСНС) — організовують внутрішні служби психологічного забезпечення, які діють під час служби або безпосередньо після демобілізації (військові психологи/ні, капелани/ки, реабілітаційні відділення шпиталів).

Додатково у системі можуть брати участь ще два рівні координації (хоч і не мають окремих міністерських мандатів):

- **Офіс Першої леді України**, який ініціював і курує Національну програму психічного здоров'я;
- **Органи місцевого самоврядування**, які впроваджують регіональні програми психічного здоров'я, створюють хаби, центри та місцеві маршрути підтримки ветеранів і ветеранок.

1.2 Типи послуг у системі

Станом на 2025 рік у трьох досліджених регіонах (Київська, Дніпропетровська, Кіровоградська області) діють такі основні типи послуг:

- **Психосоціальна підтримка** — групи взаємодопомоги, короткі консультації, психоедукаційні заходи (надають ГО, волонтерські центри, ветеранські простори);
- **Психологічна допомога** — короткострокові індивідуальні консультації, робота з адаптацією та кризами (центр соцпослуг, ветеранські хаби);
- **Психотерапія** — тривала індивідуальна робота з сертифікованими фахівцями/чинями (приватні практики, спеціальні програми для ветеранів і ветеранок);
- **Психологічна реабілітація** — програми інтенсивної відновної роботи після поранень або демобілізації (шпиталі, центри реабілітації, спеціальні заїзди в санаторіях тощо);
- **Психіатрична допомога** — клінічна робота з лікарями-психіатрами/инями, стаціонарне або амбулаторне лікування, медикаментозна підтримка.

У цьому дослідженні свідомо зроблено фокус на звернення ветеранок і ветеранів саме до фахових спеціалісток — психологинь, психотерапевток і психіатринь. Такий підхід зумовлений якісним характером дослідження, яке орієнтоване не на кількісне охоплення всіх форм підтримки, а на глибоке розуміння досвіду взаємодії з професійною допомогою. Вивчення цього рівня дозволяє зрозуміти, як функціонує система на її найбільш відповідальному рівні.

Первинна психологічна підтримка, групи взаємодопомоги чи кризові консультації залишаються важливими елементами екосистеми, однак вони мають короткостроковий, стабілізуючий характер і часто не передбачають глибокого терапевтичного втручання. Їхня структура, методологія та доступність суттєво різняться між громадами, що унеможливорює системне порівняння. Натомість робота із сертифікованими фахівчинями — психологинями, психотерапевтками, психіатринями — дозволяє простежити реальні механізми формування довіри, етичні стандарти, сталість контактів і професійну компетентність у роботі з ветеранами та ветеранками.

Саме ці фахівчині є ключовими ланками системи психічного здоров'я, адже працюють із найбільш складними станами — бойовою травмою, посттравматичним стресовим розладом, депресією, втратою сенсу, кризами адаптації. Вони здійснюють не лише відновлення психічного функціонування, а й супроводжують процес особистісної трансформації, який стає основою реінтеграції ветеранів і ветеранок у цивільне життя. Професіоналізм, супервізійна підтримка й системна підготовка цих спеціалісток визначають якість усієї системи психічного здоров'я — від її здатності працювати з травмою до спроможності підтримувати довготривале відновлення особистості.

Таким чином, фокус дослідження на рівні професійної допомоги є не лише методологічним вибором, а й аналітичним індикатором зрілості системи. Саме через аналіз взаємодії між ветеранами, ветеранками та фаховими надавачками послуг можна оцінити, наскільки існуюча модель психічного здоров'я відповідає сучасним викликам війни, потребам осіб з бойовим досвідом і потенціалу їхнього відновлення. Такий фокус

дозволяє точніше побачити, як саме ветеран або ветеранка доходить до фахівчині, які бар'єри долає і які чинники формують довіру до системи. Саме на цьому етапі — від усвідомлення потреби до звернення за допомогою — концентрується подальший аналіз маршруту ветерана та ветеранки.

Розділ II. Маршрут ветеранів та ветеранок до психотерапевток, психологинь та психіатринь

Дослідницька команда під час дослідження виходила з переконання, що психологічні послуги потрібні всім ветеранам та ветеранкам тою чи іншою мірою після звільнення зі служби, оскільки війна та умови служби в армії так чи інакше накладають відбиток на психіку і з великою ймовірністю є травматичними. Водночас підтверджена гіпотеза цього дослідження, що не всі ветерани та ветеранки готові звертатися за подібними послугами і не бачать у них необхідності, створювала потребу виявити причини небажання, а також можливості цю ситуацію змінити. Питання того, як саме ветеран або ветеранка ухвалює рішення звернутися по допомогу, є одним з ключових для розуміння того, як взаємодіяти та комунікувати з отримувачами/ками для покращення стану надання ментально-оздоровчих послуг. Якщо ж запит і потреба існують — варто дослідити можливості її отримання, та не суто в маркерах наявності чи відсутності послуги, а через шлях до неї — інформаційний, емоційний і логістичний. Отримані у ході дослідження дані (глибинні інтерв'ю та фокус-група) дозволяють відтворити типовий «маршрут отримувача/ки» — від перших сигналів потреби до завершення терапії або, навпаки, передчасного припинення участі.

2.1 Визнання запиту

Початком шляху все ж залишається розуміння і визнання запиту на послугу. Серед опитаних ветеранок та ветеранів цим тригером бажання звернутись були:

- проблеми в стосунках з родиною та близькими — відчуття емоційної віддаленості, конфлікти з партнерами чи дітьми, неможливість «повернутися» у сімейну роль після фронту;

«З ПТСР ніхто не звертається, ніхто, жоден з військових не сів і не сказав: ви знаєте, я отут, мабуть, у мене ПТСР. Ні. Вони взагалі не мислять такими категоріями. Вони намагаються, щоб було як раніше, як раніше не виходить. І тоді добре, що дехто знаходить психолога, тому що ті, хто не знаходить, вони йдуть більш звичним для них шляхом, а він веде в нікуди», — надавачка 2, Дніпро.

- відповідальність перед близькими — бажання «виправитись» не лише заради себе, а щоб не травмувати інших, проблеми з неконтрольованою агресією;

«У чоловіків, які основні, починається все з того, що є неконтрольовані вибухи агресії. І це лякає, тому що ця агресія, там де це спрямовано проти цивільних взагалі, вона напружує, але більше напружує, що такі неконтрольовані вибухи можуть бути спрямовані проти близьких, проти дружини, проти дітей, проти батьків, на ближче оточення», — терапевтка 1, Дніпро.

- алкоголізм;
- проблеми зі сном — неможливість заснути, жахи та флешбеки про службу;

- критичні стани або кризи — відчуття беззмістовності життя після служби, складний психоемоційний стан, з якого неможливо вибратися;

«Ти перебуваєш у стані, коли ти шукаєш вихід. Тобто, стан відчувається як те, що треба вирішувати, як нестерпний, тобто, ти ніде, ти завис між світами, ти не належиш до жодного з них, і тобі треба якось далі жити», — ветеранка 3, Київська область.

- складність життя в цивільному світі — максимальна відчуженість від соціальних взаємодій, страх вийти в супермаркет, відчуття відсутності підтримки, поваги та розуміння серед цивільного населення;

«Так сталося, що байдужість цивільного світу мене дуже підкосила. Коли ти щось робиш і розумієш, що там гинуть кожен день. А тут було все ок, і ніхто не знав даже про зону бойових дій. Це мене дуже-дуже підкосило психологічно. І я закрилась, уїхала в село, щоби не бачити цивільний світ», — ветеранка 2, Київська область.

- пошуки нового місця в світі — екзистенційні питання того, що робити після служби, як повернути чи віднайти себе;

«Особливо поранений в мене був військовий, який каже, я до цього тренував і був спортсменом, я не можу ані першого, ані другого.

У мене до цього була спортивна зала, я насолоджувався, я жив, тепер я не можу цього отримувати, не можу цього робити. Питання, що мені робити далі, як мені бути. Я хочу бути корисним, але я не можу робити те, що я робив до цього багато років», — надавачка 2, Дніпро.

- відчуття сорому та провини — у часи війни, що триває, багато ветеранів та ветеранок не можуть пробачити собі повернення в цивільне життя;

«А я просто соромилася, що я звільнилася у зв'язку з вагітністю. Ніби я не мала права вагітніти. Не мала права вибрати себе в ту хвилину і свою дитину. Що я мала зробити аборт. Що я взагалі не мала права займатися сексом під час служби. І для мене соромно було говорити навіть, що я колись служила. Соромно казати, що я ветеранка», — ветеранка 1, Київська область.

Часто рішення звернутися визрівало не після одного інциденту, а поступово — як реакція на накопичене відчуття відчуження, втоми, зневіри чи провини.

2.2 Перше звернення

Більшість опитаних ветеранок і ветеранів не звертаються безпосередньо до державних центрів або лікарів, а також не займаються прицілним пошуком спеціалістів на відповідних ресурсах. Жодна з респонденток не змогла назвати єдине офіційне джерело, яке б пояснювало, куди звертатися. За словами фасилітаторок — такої

системи досі не існує, зокрема фахівці з супроводу ветеранів, яких з 2024-го почало впроваджувати в громадах Міністерство у справах ветеранів⁷, часто не отримують від Міністерства чіткого переліку служб та ініціатив, куди можна спрямувати ветерана або ветеранку з подібним запитом.

«Я спілкувалася зі спеціалістами з супроводу ветеранів, вони не мають повної інформації. Вони мусять вишукувати цю інформацію — те, хто в якому регіоні надає оцю послугу, щоб дати цю інформацію ветеранам.

Навіть не отримати послугу, а отримати доступ до інформації про послугу, або отримати доступ до самої послуги. Це вимагає зусиль і люди часто кидають цей процес», — фасилітаторка 1, Кропивницький.

Тому маршрути формуються стихійно, через кілька каналів:

- шпиталі, військові частини або команди психологів при підрозділах — часто є примусовими та такими, яких неможливо уникнути в рамках служби, у той же час є негативним досвідом, після якого мотивація звертатися за послугами в цивільному житті знижується максимально;

«Є певна недовіра. І це пов'язано з тим, що якість надання психологічних послуг прямо в лавах Збройних Сил України, м'яко кажучи, вона бажає бути набагато кращою. Тому що там теж дуже багато такої формальщини. І тоді складається розуміння, що психолог, ну що — пішов, він тебе протестував, нічого не сказав, іди далі. Все», — терапевтка 1, Дніпро.

«Наприклад, в тому ж самому шпиталі перша зустріч — це заповнення п'яти опитувальників тестів і купа бумажок. Ну, то кажуть, окей, ми понаписували, на заповнення цих документів йде близько години часу.

Без заповнення цих документів психолог у шпиталі не має права надавати послугу, тому що там інформована згода, план реабілітації, там тестування на наявність гострого стресового розладу, там тестування на наявність посттравматичного стресового розладу. То от цей момент, як мені здається, він перешкоджає. Це в першу чергу, коли ми говоримо про державну структуру.

Можливо, тут, аби це було інтегровано в інтерв'ю перше, то, можливо, і на це давалися, наприклад, не одна зустріч, а дві. Перша взагалі — на загальне знайомство, на побудову довіри. Друге, на ось уже таке більш глибоке інтерв'ю з метою діагностики», — фасилітаторка 1, Кропивницький.

- громадські організації, ветеранські ініціативи, волонтерські чати — цей варіант часто використовувався тими, хто є частиною волонтерської спільноти і має доступ та контакти організацій та ініціатив;

«Якби зараз шукала — спочатку спитала в чаті волонтерського руху, потім би на сайт Мінвету пішла. Моніторю я різні джерела, але в першу чергу, звісно, що в чаті, так швидше, бо згромадження своїх людей, які в темі, не треба пояснювати, що це має бути психолог для військового, чи для ветерана», — ветеранка 6, Київська область.

«Я працюю в [назва ГО]. Мої дівчата його створювали, його очолює моя посестра, з якою ми служили. Всіх дівчат я прекрасно знаю. І завдяки їм, тому що вони мене витягали. [...] Вони мене витягли, вони надали мені можливість обрати психологічну допомогу. Не нав'язливо, але пропонували. Так я прийшла», — ветеранка 3, Київська область.

Окрім цього, це також поширена точка входу для тих, хто бере участь в активностях різних ветеранських спільнот — відвідують зустрічі-мережування, їздять на ретрити, беруть участь у різних програмах реабілітації та реінтеграції та/чи є частиною спільноти з доступом до ветеранських чатів.

«У мене є одна ветеранка, яка, як на мене, дуже круто тримається за рахунок того, що вона бере участь в дуже багатьох ініціативах, і в театрі для ветеранів, я просто бачу, як саме середовище ветеранів також кудись рухає. Не в напрямку там алкоголю, наркотиків, замовчування, а навпаки — до проживання, до терапії, і це на неї сприятливо впливає. По факту, ось це сприятливе ветеранське середовище для них є найбільш терапевтичне», — терапевтка 3, Київська область.

Часто пошук відбувається також через координаторок програм підтримки, які за час участі ветерана або ветеранки в певних програмах мають з ними особистий контакт і можуть повпливати на рішення звернутись.

- рекомендації побратимів, посестер чи колег по службі — позитивний досвід людей з найближчим досвідом до того, який переживає ветеран чи ветеранка, стають вагомим аргументом, якщо до цього були сумніви чи навіть жодних думок стосовно психотерапії чи звернення до психіатра. Вони радять фахівчинь, своїм досвідом показують, як їм легше;

«Вони дізнаються про мене від тих, з ким я працювала, або від організацій, які мене винаймали», — терапевтка 2, Дніпро.

- невійськові медичні заклади — лікарі іншого фаху можуть порадити звернутися та спрямувати до конкретних спеціалістів, або навпаки підсилити стигму чи стереотип за браком психоедукації;

«Штату психологів бракує в амбулаторіях, наприклад, коли ти можеш піти до сімейного лікаря, а поряд там буде психолог. Також бракує певної едукації для сімейних лікарів. Особливо, якщо психіатр призначає антидепресанти, те, що я стикнулася — сімейний лікар каже: “Нащо? Вони зроблять з тебе овоча”. Тобто, ну, це реально?» — фасилітаторка 1, Кіровоградська область.

- роботодавці, які підтримують звернення по допомогу — на новій цивільній роботі керівник чи керівниця спрямовують ветерана чи ветеранку до надавачок, висловлюючи через це турботу про колегу;

В інтерв'ю респонденти неодноразово повторювали, що найкраще «спрацьовує» рекомендація від довіреної особи, яка вже має власний позитивний досвід:

«Вона вже зі мною говорила, і вже набирає “Вільний вибір”. І вона, поки я не поговорила, не відстала від мене. Вона розуміла, що я просто реву»,
— ветеранка 1, Київська область.

- інформаційні ресурси онлайн — до них так чи інакше звертаються ветерани та ветеранки, утім в рамках цього дослідження респонденти згадували про них побіжно, не як першу точку дотику. Лише один ветеран, який не звертався, вказав інтернет як можливу першу точку входу.

«Першим, куди б я звернувся, було б в інтернеті. Військовий психолог, знайти. Зробив би запит, і вже з цього б виходив, шукав такого плану», — ветеран, Кіровоградська область, не звертався.

Водночас оскільки досвіду звернення не було, підтвердити, спростувати чи навести приклади того, наскільки робочим є цей шлях, у межах цього дослідження неможливо.

Отже, з урахуванням обмежень у вибірці, вказаних у вступі, можна стверджувати, що саме неформальні рекомендації створюють «ворота довіри», які часто замінюють офіційну навігацію системою. Найчастіше після порад посестер чи побратимів, представників чи представниць волонтерських організацій, роботодавців — ветерани та ветеранки вже отримують контакти центрів підтримки чи конкретної фахівчині. Без цього кроку більшість ветеранів і ветеранок узагалі не доходять до фахівчинь. Тобто рекомендація і стимулювання зі сторони власного кола довіри уможлиблює обхід всіх наступних етапів системи до звернення до надавачки — пошук фахівця, пошук фінансування та можливостей відвідування — всі ці питання вирішуються у розмові з людиною, яка порадила звернутись. Ветерану або ветеранці залишається лише звернутись за наданим контактом і домовитись про зустріч.

Варто уточнити, що йдеться не про першу психологічну підтримку, а про повноцінну психологічну реабілітацію. Оскільки перша психологічна підтримка може бути надана як в соціальних центрах, так і в медичних закладах іншого спрямування як швидка реакція на потребу і не передбачає тривалого контакту, стабілізації та реабілітації, і оскільки шляхи її отримання досить широкі, як уже було зазначено вище, для розвідувального дослідження пошуком шляхів її отримання було вирішено знехтувати.

2.3 Перший контакт: перевірка компетентності та безпеки

Згідно з результатами інтерв'ю як з ветеранками, так і з фасилітаторками і надавачками можна стверджувати, що перші хвилини або перша зустріч із фахівчиною визначають, чи залишиться людина в терапії.

Серед ключових факторів побудови довіри і виникнення бажання продовжувати можна виділити наступні:

- Професійна витримка надавачки: респондентки описують це як певного роду «швидкий тест на витримку» — перевірку зі сторони ветеранів та ветеранок

того, чи витримає фахівчиня їхній досвід. Оскільки переважно фахівчині є цивільними людьми, а військові часто вже мають негативний досвід психологічних послуг у військовій частині чи шпиталі, їхня віра в те, що ці сеанси з фахівчинями щось дадуть, досить низька. За їхніми словами:

«Якщо штатний психолог в армії чудить хрін, то зрозумів, що на громадянці взагалі немає сенсу навіть звертатися», — ветеран, Кіровоградська область, не звертався.

Також ветерани та ветеранки можуть навіть жаліти цивільних фахівчинь з думкою, що їхня історія може їх травмувати. Утім, якщо вони все ж наважуються попри це — першим кроком часто йде якраз перевірка на можливість витримати якусь жахливу історію з їхнього досвіду. У ці моменти надавачки радять стримуватися, не виявляти емоцій, які могли би сигналізувати про слабкість в очах отримувачки. На важкі епізоди варто реагувати без шоку чи моралізування.

«Кожен раз під час такої праці, так, ніяких зайвих емоцій, ніяких, борони боже, там, знаєте, плачів, іще чогось. Ти маєш вислухати, ти маєш вистояти, бо інакше він потім не звернеться. Він не може жаліти психолога. Він має бути впевнений, що той витримає», — терапевтка 2, Дніпро.

- Безпечність простору. Можливість вільно висловлюватися, не боячись осуду чи поширення особистої історії, є важливим маркером побудови довіри. Респондентки часто згадують, що для них оця можливість виговоритись і бути почутою в нейтральній атмосфері, без засуджень, без зайвих запитань чи сумнівів в адекватності їхніх умовиводів та думок, була чи не ключовою перевагою терапії. Це те, що дарувало спокій і можливість відпочити від тиску реінтеграції в цивільне життя з великими очікуваннями зі сторони родини чи суспільства.

«Перше, це виплакаться, виговоритись. Тому що мені... Щас буду плакати. Я не хочу ділитися цією інформацією з рідними, тому що, щоб не було це... О, її треба спасати! Я не сказала своїм батькам, що я в терапії зараз, що я на антидепресантах, так, щоб не було це... Пиздець, що з тобою? Такого, знаєте, суперпереживательного.

Тому ти можеш щиро відверто розказувати про свої думки. І навіть деякі речі, які я взагалі ніколи в житті вголос не сказала, я можу поговорити з терапевтом, і не буде, ти що, йобнулась? Та успокойся», — ветеранка 1, Київська область.

- Чіткий план роботи та прозорість. Ще одним фактором, який був згаданий під час глибинних інтерв'ю, була зрозумілість процесу і його тривалості. Неодноразово згадувалось, що саме пояснення того, чому важливо продовжувати, як виглядатиме процес терапії, які є варіанти, а також детальний опис можливих захисних реакцій — допомагали витримувати періоди сумнівів у тому, чи варто продовжувати, і створювали віру в те, що цей процес не нескінченний і має принести суттєві зміни на краще.

«Для військових дуже важливо відчувати в тобі, зрозуміти, що перед тобою фахівець. І тому, коли я використовую цю нашу звичну нормалізацію, я обов'язково пояснюю, тобто проводжу психоедукацію, стосовно того, що відбувається, і чому те, що

відбувається, це є нормальним. І пояснюю, як ми з цим будемо справлятися. Оце дуже важливо, саме з військовими», — терапевтка 1, Дніпро.

Для багатьох ветеранок цей перший досвід визначає, чи повернуться вони вдруге: навіть один неетичний чи формальний контакт формує відразу до терапії надовго. У цьому контексті варто згадати і про те, що не всі ветеранки якісно проінформовані про можливість зміни терапевтки, якщо вона їм не підійшла. Особливо тим, кому було важко наважитись на звернення — після невдалого разу кількість сумнівів лише збільшується. Водночас обізнаність про таку можливість і розуміння, що це — нормально, підвищує шанси, що ветеранка залишиться в терапії, а терапія зможе їй допомогти.

«Я їй дуже вдячна, що вона мене реально з темряви витягла, допомогла. Тому що попередні спроби роботи з психологами були дуже негативні», — ветеранка 6, Київська область.

Розділ III. Порівняння регіональних особливостей системи надання ментально-оздоровчих послуг ветеранам та ветеранкам

Система надання психологічної допомоги у трьох регіонах дослідження — Київській, Дніпропетровській та Кіровоградській областях — демонструє суттєві відмінності за рівнем розвиненості інфраструктури, роллю громадських ініціатив та ступенем довіри ветеранів і ветеранок до фахівчинь.

3.1 Контекст регіонів дослідження

Для якісного розуміння ситуації важливо окреслити масштаб ветеранської спільноти у досліджених областях та доступність даних про неї. За офіційною інформацією Міністерства у справах ветеранів України, станом на **15 вересня 2025 року** до Єдиного державного реєстру ветеранів війни внесено дані про **782 350 ветеранів**, яким статус надано після 2022 року. Водночас Міністерство зазначає, що **наразі відсутня технічна можливість формування звітів у розрізі населених пунктів**, що ускладнює планування регіональних програм підтримки.

Серед трьох досліджених регіонів найповніші відкриті дані мають **Дніпропетровська та Кіровоградська області**, тоді як по **Київській області** окремої актуальної статистики немає — це показує загальну проблему відсутності системного моніторингу й обліку на місцях, попри концентрацію значної кількості ветеранів у столичному регіоні.

- **Кіровоградська область:** за даними обласної адміністрації, станом на **1 жовтня 2024 року**⁸ тут обліковується **42 617 ветеранів**, з них **8 028 жінок**. Серед них:
 - учасників бойових дій — **30 844 особи** (жінок — 950);
 - учасників війни — **2 886 осіб** (жінок — 2 345);
 - осіб з інвалідністю внаслідок війни — **3 110 осіб** (жінок — 105);
 - членів сімей загиблих (померлих) ветеранів і захисників — **5 770 осіб** (жінок — 4 626);
 - постраждалих учасників Революції Гідності — 5 осіб;
 - осіб з особливими заслугами перед Батьківщиною — 2 (жінки — 2).

⁸ <https://oda.kr-admin.gov.ua/files/uploads/pdf/public/proekt/25112024.pdf>

- **Дніпропетровська область:** станом на **1 квітня 2024 року**⁹ кількість ветеранів війни та прирівняних до них осіб становить **109 253**, серед них:
 - ветеранів війни — **88 887 осіб**;
 - членів сімей загиблих (померлих) ветеранів — **8 591 особа**;
 - членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України — **5 198 осіб**.

Відсутність порівнюваних даних по Київській області при тому, що саме Київ концентрує найбільшу кількість ветеранських і волонтерських ініціатив, демонструє нерівномірність обліку та планування державних і регіональних програм. Це також впливає на доступність ментально-оздоровчих послуг і на розуміння реальних масштабів запиту на фахову психологічну допомогу.

Саме тому в цьому розділі регіональний аналіз ґрунтується не стільки на кількісних показниках, а передусім на **якісних інтерв'ю з ветеранами, ветеранками та фахівчинями** у кожному з трьох регіонів. Такий підхід дозволяє побачити контексти областей — як формується довіра, які бар'єри залишаються неподоланими, та яким чином державні, громадські й волонтерські структури доповнюють або замінюють одна одну в наданні допомоги.

3.2 Київська область

Київська область характеризується високою концентрацією програм підтримки, ветеранських просторів і волонтерських ініціатив, однак відсутність чіткої державної маршрутизації змушує ветеранок і ветеранів покладатися на «сарафанне радіо» та коло довіри. Для більшості саме неформальні зв'язки стають точкою входу в терапію.

«Моя керівниця відправила мене, ну як не відправила, вона порадила мені піти, так наполегливо. І я прийняла рішення, що я піду. Це на першу терапію.», — ветеранка 1, Київська область.

Таким чином, навіть у столиці та приміських громадах рішення звернутися за допомогою відбувається завдяки соціальному оточенню, а не системному інформуванню. Доступ до допомоги суттєво спрощується для тих, хто включений у волонтерські чи ветеранські спільноти:

«Керівниця благодійного фонду, де я працюю, мене підбрала, як маленьке цуценятко на вулиці, і для мене це також був момент терапії, тому що вони прийняли навіть з моїми сльозами», — ветеранка 2, Київська область.

Водночас навіть у Київській області зберігається сильна недовіра до державної медицини та недостатнє розуміння маршруту до фахівчинь. Цю фрагментарність підтверджують і фахівчині з Києва, які вказують на перевантаженість державних структур і нестачу військових психологів:

⁹ <https://share.google/7OVcNVzHQM4QJXtEL>

«До справді хороших спеціалістів або до структур немає місця, бо дуже велика черга... Система не працює як злагоджений годинник. І тому дуже легко нараватися на якусь не дуже якісну допомогу, навіть у межах медичної системи», — терапевтка 3, Київська область.

За словами респонденток та за даними мапування — Київ демонструє найбільшу кількість фахівчинь і програм, але при цьому залишається розрив між якістю, стандартизацією й доступом.

3.3 Дніпропетровська область

У Дніпропетровській області за роки війни сформувався потужний осередок громадських ініціатив — Veteran Hub, ГО «Кризово-психологічна допомога Дніпра», програма «ПроЖИТИ», «Титани ЮА» — які взяли на себе основну функцію первинної підтримки та перенаправлення ветеранів.

Надавачки послуг відзначають, що основний потік звернень іде через рекомендації побратимів або з ветеранських спільнот:

«Перший канал це те, що називається ОБС, "Одна бабушка сказала". І це те, що передають ті, хто вже в мене був, вони рекомендують звертатися», — надавачка 1, Дніпро.

Попри достатню кількість пропозицій, якісна допомога зі сторони державних закладів залишається обмеженою. Респонденти неодноразово вказували на формальність державних підходів і на досвід ретравматизації в медичних закладах:

«Нас всіх заганяли через відділення психосоматики. Воно називається дуже добре, відділення психосоматики. Насправді це дурка. Там в палаті ґрати, камери спостереження... Людей під примусом лікують однаково, без урахування індивідуального досвіду», — ветеранка 6.

Ветеранки й терапевтки з Дніпра підкреслюють неповноцінність реабілітаційних програм в ребцентрах чи госпіталях, адже вони тільки встигають почати працювати, як вже виписують отримувачку:

«Тебе витягають із твого колу захисного і лишають абсолютно з оголеними нервами і всім решта. І все. І далі людина, як хоче, так собі і заростає знову шаром захисним», — ветеранка 6, Київська область.

Також є проблема для маломобільних ветеранів та ветеранок:

«Я наразі задумалася про ветеранів/ветеранок маломобільних, і тут я думаю, чи можлива онлайн допомога, або офлайн, але на дому. Чи взагалі це можливо, чи є запити взагалі. Бо чомусь останнім часом я подумала, ну добре, якщо людина може ходити, але низька ампутація, є висока ампутація, є простріляні ноги, є людина, яка пересувається або в хаті, або тільки в дворі біля дому. Як їм бути? І ось це питання мене після того, як останнім часом я познайомилася із такими військовими, то мені стало цікаво, а як їм отримати психологічну

допомогу, якщо вони в хаті, де є ще люди рідні й не дуже вони можуть говорити. Тобто як навіть транспортувати таку людину у простір, задля того, щоб працювати?» — терапевтка 1, Дніпро.

Водночас саме тут діють найефективніші моделі спільнотного залучення ветеранів. Фасилітаторка регіону розповідає про програму «Титани ЮА», яка поєднує психологічну підтримку, юридичний супровід і роботу за принципом «ветерани для ветеранів»:

«Це найкраще, що я бачила. Коли спільнота допомагає таким же людям зі своєї спільноти — це діє», — фасилітаторка 1, Дніпро.

Отже, Дніпропетровщина демонструє сильний горизонтальний рівень підтримки, але водночас має лакуни саме в державній системі підтримки, попри те, що за свідченнями респонденток — інформації достатньо, а от якість саме від держави — під питанням.

«Чудово, тому що в нас є чітка інформація про те, куди звертатися, якщо раптом щось сталося. В нас усі організації зараз максимально відкриті, вони наразі в максимальному доступі. Для того, щоб знайти, відкрийте гугл і напишіть — потрібна психологічна допомога ветеранові, і буде вам щастя», — надавачка 1, Дніпро.

3.4 Кіровоградська область

Кіровоградщина має менш розгалужену мережу надавачів, однак демонструє поступове зростання обізнаності про послуги. Для обласного центру (Кропивницький) характерна відносна наявність пропозицій і хороше інформування, але для менших громад — дефіцит фахівців і недовіра до системи.

«У нас цих оголошень, в принципі, ідеш, на дверях написано “кваліфікована психологічна допомога”. Я вважаю, що пропозиція є. Але в моєму підрозділі — ніхто не звертався, бо соромно. Якщо ти йдеш до психолога — значить, ти хворий», – ветеран 1, Кропивницький.

Фасилітаторка з Кропивницького підтверджує:

«Взагалі надання оцих послуг в малих громадах складне, бо люди бояться осуду. Є стигматизація звернення до психолога, а психологів у селах просто немає».

Додатковим бар'єром стає перевантаженість шпиталів і формалізований підхід до пацієнтів:

«Перша зустріч — це заповнення п'яти опитувальників. На заповнення цих документів йде година, і це відштовхує. Люди приходять по допомогу, а стикаються з паперами», — фасилітаторка 1, Кропивницький.

Разом із тим, Кіровоградська область демонструє потенціал до розвитку через міжсекторальну співпрацю й психоедукацію. Одна із місцевих терапевток наголошує:

«Робота має бути не тільки з ветеранами, а й із населенням. Щоб люди розуміли, як взаємодіяти, як не нашкодити. Масштабна психоедукація — це необхідність».

Зібрані свідчення дозволяють стверджувати, що різниця між регіонами полягає не лише в кількості послуг, а й у ступені інтегрованості системи та зрілості культури звернення.

Загальними для всіх регіонів є брак довіри до державних інституцій, нестача кваліфікованих фахівців/чинь, а також значна роль горизонтальних мереж — побратимських і волонтерських — у маршрутизації ветеранів до послуг.

Розділ IV. Структура проблем системи ментально-оздоровчих послуг для ветеранів і ветеранок

4.1 Соціокультурні проблеми: стигма, недовіра і брак психоедукації

Найпоширенішим бар'єром, який озвучували всі категорії респондентів, є стигматизація психічного здоров'я. Звернення по допомогу часто сприймається як прояв слабкості, особливо серед чоловіків-військових.

«Це сприймається як слабкість — особливо для чоловіка. Якщо ти пішов до психолога чи, не дай Боже, до психіатра — значить, ти зламався. А бути слабким “по статусу” не положено», — фасилітаторка, Кропивницький.

Серед ветеранок і ветеранів, які мешкають у менших громадах, страх осуду ще більший:

«У нас у селі якщо хтось дізнається, що ти ходиш до психолога — це вже стигма. Люди питають: “А ти що, хворий?”» — ветеран, Кіровоградська область.

Водночас значна частина респондентів вказує на низький рівень психоедукації серед населення та медиків, зокрема серед сімейних лікарів, які часто відмовляють у направленні до фахівців або знецінюють необхідність лікування. Недовіра до системи також посилюється попереднім негативним досвідом у військових шпиталях:

«Після того, як я побачив, як працює психолог у частині, зрозумів — краще сам. Там тебе не слухають, там “ставлять галочку”», — ветеран, Дніпро.

Таким чином, соціокультурні чинники створюють внутрішній бар'єр звернення навіть там, де послуги формально доступні.

4.2. Інституційні проблеми: відсутність координації, маршрутизації та стандартів

Друга група проблем має інституційний характер. Система не працює як узгоджений механізм — між державними структурами відсутня координація, немає єдиної бази або механізму перенаправлення ветерана від одного рівня допомоги до іншого. Громадські організації, які створюють власні системи підтримки, перекриваючи прогалини держави, стикаються з браком інформування з боку держави про потреби та потенційних споживачок послуг. Їм не вистачає якісної взаємодії в системі:

«Щоб ми отримували інформацію про звільнених, бо ми не говоримо про демобілізацію, бо її в нас немає по факту, є звільнені за тими чи іншими статтями, і щоб ми як фонд, отримували цю інформацію і могли би одразу пропонувати людям послуги.

От цього конекту немає, і це дуже виснажує. Ну і також те, що ми багато в чому ведемо вручну ось ці моменти збору людей на групи, повідомлення людей про

можливість отримання послуги, ось такі речі, це да. Автоматизація була би класна», — фасилітаторка, Кропивницький.

Респонденти наголошують, що маршрутизація, закладена у програмах Мінвету, не працює на практиці, а вибір фахівця залишається випадковим.

«Є реєстр психологів, але хто їх перевіряв? Людина може три роки бути ФОПом і не мати уявлення, як працювати з травмою», — фасилітаторка 1, Дніпро.

Через відсутність контрольних механізмів якості допомоги суттєво різняться — від професійної терапії до небезпечної ретравматизації.

«Попадеш до непрофесіонала — і потім уже ні до кого не підеш, навіть якщо тобі дуже треба», — фасилітаторка 1, Дніпро.

Проблему підсилює відсутність системного моніторингу з боку держави — ані Міністерство охорони здоров'я, ані Мінвет не публікують дані про ефективність чи задоволеність послугами — та відсутність єдиної системи інформування:

«Вони не знають, де можна отримати цю послугу безоплатно. І якщо починають шукати, то переважно знаходять платні послуги. А фінансової можливості оплачувати послугу немає», — фасилітаторка, Кропивницький.

Інша важлива частина проблеми — формальний та подекуди примусовий характер надання ментально-оздоровчих послуг у державних медичних закладах. Неодноразово респондентки згадували негативний досвід державної системи підтримки — формальне анкетування, яке виснажує та не будує довіру, а також спринти з підтримки, коли ветеран чи ветеранка вимушені за три тижні пройти 11 сесій терапії, чи навіть випадки з примусовим накачуванням незрозумілими препаратами.

«Часто в програмах реабілітації, особливо в закладах, передбачається до 10-12 інтервенцій, а термін перебування людини три тижні. І зазвичай на них люди, які мають не так багато емоційних ресурсів для проведення цих інтерв'ю, і людині потрібен певний час. Тут виходить, що на тиждень має бути проведено 2-3 зустрічі. Така інтенсивність для людини, яка отримує допомогу — перегруз. Якщо ми йдемо по протоколах і робимо те, що маємо робити, це є перегрузом», — фасилітаторка 1, Кропивницький.

4.3. Фінансові проблеми: короткостроковість програм і відсутність сталого фінансування

Фінансовий вимір виявився одним із найболючіших. Дослідження показало, що переважна більшість програм, які надають ветеранам безоплатну психологічну допомогу, фінансуються грантово і мають короткий життєвий цикл — **від кількох місяців до року**.

«Коли ми працюємо в проєктах, що мене не влаштовує, що є обмежена кількість годин, яка дається на одну людину. І коли проєкт закінчується, то що потім з цією людиною робити?», — терапевтка 1, Дніпро.

Держава не компенсує послуги достатньою мірою, і ще й перевантажує фахівчинь, а ставки у комунальних центрах мізерні. Через це фахівчині йдуть у приватну практику або проєкти міжнародних організацій.

«А зарплатня психолога державна, ну вибачте мене, 300 чи 400 гривень — це смішно», — надавачка 1, Дніпро.

«Якщо ми подивимось на психологів, які працюють в закладах охорони здоров'я, то це восьмигодинний робочий день. Але не прописана кількість консультацій. Людина ще кучу моментів має по типу документації, і від неї очікують, що вона в оці вісім годин може прийняти не менше шести людей. Тобто люди перенавантажені, якщо говорити про психологів. Про оплату праці, ну також, якщо ми подивимось на сайт Мін ветеранів, то та сума, яку вони пропонують як відшкодування роботи, вона така собі — не надихаюча.

І особливо, якщо ми говоримо про психотерапевта, який працює в певному методі, а це довготривалі навчання і коштовне навчання. І людина, яка інвестувала в себе ці кошти, не готова працювати, надавати цю послугу за ту суму, яку пропонує Міністерство ветеранів. Їй простіше піти в приватну практику і отримувати більше, або простіше шукати знову ж проєкти з донорськими коштами і отримувати більше», — фасилітаторка, Кропивницький.

Фінансова нестабільність також відображається у **відсутності фінансування супервізій та профілактики вигорання** серед фахівчинь, що напряду впливає на якість допомоги.

«Я дивилася психологів, людина ставить 12 людей на день. У мене виникає запитання щодо психічного стану самої людини, тобто терапевта, який ставить таку кількість, бо це неможливо. Це виснаження.

І друге питання — це питання щодо якості в такому випадку послуг, які надаються. Бо це дуже важко. На мій погляд, це просто неможливо. Тема дуже важка. Там дуже багато втрат, там дуже багато провини, там дуже багато страху, жаків. От взагалі те, в чому знаходиться людина. І ти хочеш, не хочеш, ти все одно на себе це частково, але приймаєш. Все одно воно б'є. Ну все», — терапевтка 1, Дніпро.

4.4. Професійні проблеми: вигорання, нестача компетенцій і контролю якості

Усі групи респондентів згадували про **нестачу кваліфікованих спеціалістів**, здатних працювати з бойовою травмою, ПТСР і кризовими станами. Потрапляння до некваліфікованого спеціаліста може призвести до ретравматизації ветеранок та ветеранів і викинути з терапії назавжди.

«Саме для психологів навчання, яке направлене саме на роботу з військовими та їх родинками, демобілізованими військовими для психологів, саме навчання психологів, як працювати із ветеранами», — надавачка 1, Кропивницький.

«Багато хто має диплом, але не має практики. Ми вчимося вже на своїх клієнтах — і це страшно», — фасилітаторка, Київ.

Фахівчині визнають, що без регулярної супервізії і професійної підтримки неможливо витримувати тривалу роботу з травмованими клієнтами.

«Ми всі горимо. Коли ти слухаєш смерть і втрати кожного дня — без супервізії просто не виживеш», — терапевтка 1, Дніпро.

Респондентки критикують державні програми та очікування від надавачок послуг, оскільки ті не враховують професійну специфіку цієї роботи і взагалі не надають фахової підтримки:

«На жаль, люди, які намагаються на рівні держави якось все ж таки сформулювати цю підтримку для ветеранів, вони дуже часто фокусуються на тому, що робота психолога-психотерапевта заключається, вибачте, грубо говоря, в цих 45-60 хвилин, а те, що людина має підготуватися до зустрічі, зробити якісь записи після зустрічі, щось систематизувати, написати план, вести цю картку, бо в будь-якому випадку ти все одно щось для себе ведеш, в тебе має бути інтерв'ю, в тебе має бути супервізія, це все час, гроші, ресурси.

І це все розуміння, це знову ж таки, я забула, як називається ця наука, яка про і психологію праці, і про навантаження, про організацію робочого місця і так далі, і так далі, я забула, як вона називається, але про що саме я хочу сказати, що вимагати, скажімо, щоб психолог працював 40 годин на тиждень з клієнтами — це нереально. Ну, це знаєте, це нереально, але є такі люди, які цього хочуть», — надавачка 1, Київська область.

Проблему підсилює **відсутність державних стандартів оцінки якості.**

«У них, якщо я не помиляюся, робочий ФОП з відповідними кведами не менше трьох років. Ну, там є така вимога, наприклад. Ну, одна із вимог. Але ж це не говорить про якість. Так само, як і диплом, він також не говорить про якість роботи. Про якість можуть говорити якісь рекомендації, але того наразі я не бачила. Ну, саме в системних таких закладах», — фасилітаторка, Дніпро.

4.5. Логістичні проблеми: доступність і територіальна нерівність

У менших громадах бракує не лише фахівчинь, але й базової інфраструктури для підтримки психічного здоров'я. Онлайн-формати частково вирішують цю проблему, але вони не підходять для всіх, зокрема через упередження, а також через базовий побутовий дискомфорт.

«В малих громадах люди не мають таких можливостей, бо особливо віддалені села — це відсутність психолога в реальному фізичному просторі, а до онлайн теж є упередження. Люди часто вважають, що живий контакт, він кращий, ніж онлайн.

І тому варіант онлайн послуги, наприклад, у віддалених громадах, він забезпечує нібито й анонімність, ніхто не дізнається, де ти там був, у кого був, і ефективність, але люди: “Онлайн це не для мене, я не можу, це складно ось у такі моменти”», — фасилітаторка, Кропивницький.

4.6. Гендерні особливості звернення та надання ментально-оздоровчих послуг

Досвід отримання психічно-оздоровчих послуг суттєво відрізняється у ветеранів і ветеранок. Гендер впливає не лише на сприйняття самої ідеї звернення по допомогу, але й на доступність сервісів, довіру до фахівчинь, типи запитів і навіть вибір формату терапії.

Для більшості ветеранів, це стосується особливо чоловіків, звернення по психологічну допомогу залишається соціально неприйнятним через культурну установку «я маю впоратись сам». Один із респондентів у Дніпрі зазначив:

«Я відношуся до чоловічої статі, тобто я психологічно врівноважена людина. Ми не дуже любимо лікуватися. Якщо піти до лікаря — це наче означає, що я хворий».

Серед чоловіків-ветеранів також поширене уявлення, що психолог «нічого не зрозуміє, бо не був на війні». Це створює бар'єр між військовими та цивільними фахівцями:

«Ми — військові, а психологи — інша група. У нас різні світи, і між ними немає контакту», – ветеран, Дніпро.

Такі погляди посилюються попереднім негативним досвідом звернення до «штатних психологів» під час служби, яких респонденти часто описували як формальних і байдужих.

Для ветеранського жіночого досвіду характерні інші емоційні та соціальні виклики. Ветеранки часто звертаються із запитом, пов'язаним не лише з бойовим досвідом, а й із почуттям провини, стигмою материнства або складністю повернення до цивільних гендерних ролей.

На відміну від чоловіків, жінки рідше заперечують потребу в терапії, але частіше мають досвід неякісної або невідповідної допомоги. Як розповіла одна з них:

«Я зрозуміла, що це не мій психолог, звернулася потім до ще однієї психологині. Теж відчула, що це не моя психологиня. І от з третьою вже я змогла бути собою», – ветеранка З, Дніпро.

Психотерапевтки також фіксують гендерні відмінності у поведінці клієнтів.

«З військовими чоловіками треба говорити чітко, без натяків. Якщо даси слабину, вони тебе починають жаліти, і все — контакт втрачено», – надавачка З, Київська область.

«А це військові, вони вже бачать жінку і вже є недовіра. Але так як я вже жінка, скажімо так, не дуже молоденька — вони якось орієнтуються. Відразу якось їм легше. Бо є такі, що я вже їм мама», – надавачка З, Дніпро.

При цьому для ветеранок критичною є довіра й безпечний простір без осуду, де можна говорити про вразливість, материнство, втрати та провини. Саме тому серед ветеранок терапія частіше сприймається не як «лікування», а як частина шляху самопізнання і турботи про себе.

Загалом, гендер визначає не лише бар'єри звернення, але й траєкторію самої допомоги. Чоловіки частіше шукають короткі, практичні формати стабілізації — «щоб допомогло спати» чи «припинило спалахи агресії». Жінки ж схильні до тривалішої, глибшої роботи, що включає осмислення ідентичності, травми та нових соціальних ролей.

Таким чином, ефективна система підтримки психічного здоров'я ветеранів має враховувати гендерні особливості не як «додатковий компонент», а як базову складову структури послуг — від підготовки фахівців до форматів комунікації й психоедукації для суспільства.

Висновки та рекомендації

Система ментально-оздоровчих послуг для ветеранів і ветеранок в Україні характеризується комплексом взаємопов'язаних проблем:

- **соціокультурних** — стигма, недовіра, низька психоедукація;
- **інституційних** — відсутність координації та стандартів;
- **фінансових** — короткостроковість програм, низька оплата праці;
- **професійних** — вигорання та відсутність системної підготовки;
- **логістичних** — територіальна нерівність і складність доступу;
- **гендерних** — нестача адаптованих підходів.

Кожен із цих вимірів формує спільний контекст: система існує, але не працює як мережа підтримки.

«А система має бути в якому сенсі? Щоб коли людина, наприклад, звернулася, прийшовши в соцзахист, чи військкомат, чи в ЦНАП, чи якщо є ветеранський осередок, людина прийшла, а йому кажуть – у нас є така організація. Або, наприклад, він лежить в Києві в госпіталі, а йому кажуть, слухай, так у тебе там у Козятині є ось така організація, є ось такі фахівці, ти туди можеш звернутися», – надавачка 1, Київська область.

Рекомендації для покращення стану надання ментально-оздоровчих послуг ветеранам та ветеранкам

1. Інституційний рівень

Створити єдину систему маршрутизації ветеранів до ментально-оздоровчих послуг

Необхідна державна платформа, що об'єднуватиме портал, гарячу лінію та базу перевірених фахівців і фахівчинь. Це зменшить хаотичність пошуку допомоги, на яку неодноразово скаржилися ветерани, ветеранки й фасилітаторки («доводиться шукати в чатах, бо держава не дає чіткої інформації»). Єдиний алгоритм дозволить уникнути випадкових або непрофесійних контактів, які часто призводять до ретравматизації.

Запровадити міжвідомчу координацію між МОЗ, Мінветом, Мінсоцом та органами місцевого самоврядування

Зараз відсутній спільний центр відповідальності: різні структури працюють паралельно, а не разом. Координація допоможе налагодити передачу ветеранів між системами — від шпиталю до цивільної терапії, від громади до спеціалізованої допомоги.

Розробити стандарти якості психологічних послуг для ветеранів

Фахівчині й фасилітаторки часто зазначали, що диплом чи сертифікат не гарантує якості («накупили дипломів — і вже психолог»). Необхідно запровадити стандарти,

сертифікацію та механізм моніторингу ефективності, включно з обов'язковими супервізіями.

Впровадити систему кваліфікації та залучення ветеранів і ветеранок до навчання

У глибинних інтерв'ю неодноразово звучало, що саме «свій зі своїм» є визначальним чинником довіри. Варто підтримувати підготовку ветеранських фасилітаторів і рівних консультантів, які можуть супроводжувати побратимів і посестер на шляху до терапії. Це дозволить розбудовувати горизонтальну мережу довіри в межах системи.

Запровадити безперервну освіту для фахівчинь з роботи з бойовою травмою, ПТСР і врахуванням гендерних особливостей

Психологині з регіонів наголошували на нестачі спеціалізованих програм і високій вартості якісних курсів. Постійне навчання — основа безпечної та професійної роботи з ветеранами.

Реформувати систему психологічної допомоги в військових шпиталях та інших державних медичних закладах

Запевнитись, що надання психічних послуг у цих закладах відбувається за протоколами та з людським підходом, а не є суто формальним виконанням покладених задач.

2. Фінансовий рівень

Перейти від грантових «хвиль» до стабільного бюджетного фінансування

Більшість ГО та програм працюють циклічно, що створює нестабільність для ветеранів, які розпочали терапію («програму закінчили, а людина залишилася посеред процесу»). Державна підтримка має бути довгостроковою, щоб забезпечити сталість терапевтичних зв'язків.

Запровадити систему компенсацій за терапевтичні сесії через Мінвет (аналог eHealth для психічного здоров'я)

Механізм компенсацій дозволить ветеранам і ветеранкам самостійно обирати перевірених фахівця/чиню, а не залежати від коротких проєктів. Це також зменшить фінансовий бар'єр, який часто перешкоджає зверненню по допомогу.

3. Логістичний рівень

Створити мережу регіональних хабів психічного здоров'я ветеранів і ветеранок

У малих громадах бракує фахівців/чинь і приміщень. Модель регіональних хабів з можливістю виїзної або онлайн-допомоги забезпечить рівний доступ і для маломобільних ветеранів та ветеранок, зокрема осіб з ампутаціями.

Інтегрувати психологічну допомогу у сімейну медицину

Потрібно навчати лікарів основ травма-інформованого підходу та створити спільні маршрути між загальною медициною і відновленням ментального здоров'я.

4. Соціокультурний рівень

Стабільно проводити інформаційні кампанії проти стигми психічного здоров'я

Попри зміни після 2022 року, звернення по допомогу досі сприймається як «слабкість», особливо серед чоловіків-військових. Ефективною буде комунікація через ветеранське середовище — ролики, історії та подкасти від самих ветеранів і ветеранок, які пройшли терапію.

Запровадити програми психоедукації для громад і родин ветеранів

Багато ветеранок наголошували, що родина часто не розуміє, як підтримати. Потрібно навчати цивільних, як правильно взаємодіяти з людиною після служби, та що охоплює система психічної підтримки. Це допоможе і самим ветеранкам та ветеранам краще сформулювати свій запит і знати, до кого звернутися, а також — не покидати терапію через 1-2 консультації.

Інтегрувати ветеранів і ветеранок у систему підтримки побратимів і посестер

Дослідження показало, що найбільш ефективним є залучення ветеранів до взаємопідтримки — через ветеранські хаби, волонтерські ініціативи, групи рівних («найкраще працює, коли ветеран приводить ветерана»). Варто системно підтримати такі практики, щоб вони стали органічною частиною державної політики.

5. Рівень професійної спільноти

Розширити національну супервізійну мережу

Забезпечення безоплатного доступу до супервізій для терапевтів/ок, що працюють з ветеранами й ветеранками, підвищить якість і зменшить професійне вигорання.

Підтримати створення асоціації спеціалістів/ок із ветеранського психічного здоров'я

Професійна асоціація дозволить формувати спільні стандарти, проводити міжрегіональні інтервізії, обмінюватися кейсами і дослідженнями, а також виступати консультативним органом при Мінветі.

Обмеження дослідження та напрями подальшого поглиблення

Проведене дослідження мало на меті окреслити стан надання ментально-оздоровчих послуг ветеранам і ветеранкам у трьох областях — Київській, Дніпропетровській та Кіровоградській — крізь призму досвіду надавачок, фасилітаторок і самих отримувачок допомоги. Його фокус був якісним, а отже — не на репрезентативності, а на глибинному розумінні структурних, інституційних та соціокультурних чинників, що визначають доступ до послуг. Саме такий підхід дозволив побачити не лише цифри, а живі механізми довіри, стигми, виснаження і відновлення, які формують систему зсередини. Водночас це визначає і його обмеження.

Зібраний масив даних не дозволяє робити статистичні узагальнення або порівнювати області між собою в кількісному вимірі. У низці регіонів, зокрема у Київській області, відсутні офіційні дані щодо кількості ветеранів і ветеранок, що ускладнює оцінку масштабів потреби. Аналіз відбувався на основі локальних практик, які формуються в умовах нерівномірного розвитку системи психічного здоров'я, тож описані моделі не можна сприймати як універсальні. Це радше фрагменти великої мозаїки, які вказують на типові закономірності, а не вичерпну картину.

Особливої уваги в подальшому потребує «сіра зона» надавачок і надавачів психологічних послуг. Під час дослідження виявилось, що офіційні реєстри не відображають реального стану ринку: значна частина спеціалістів працюють неформально, часто без належної сертифікації або поза будь-яким контролем якості. Це створює ризики для безпеки отримувачів і водночас свідчить про те, що держава фактично не бачить половини власного сектору. Наступний етап дослідження має бути спрямований на картографування цих практик — де саме працюють фахівці, якою є їхня освіта, досвід, навантаження, механізми професійної підтримки та системи звітності. Розуміння цього «прихованого» шару стане ключовим для побудови політики контролю якості та планування освітніх програм.

Подальше масштабування варто здійснювати у двох напрямках — територіальному та аналітичному. Географічне розширення вибірки дозволить побачити регіональні відмінності у доступі до допомоги, особливо у прифронтових громадах, де ризики психологічного виснаження поєднуються з фізичною небезпекою. Аналітичне поглиблення передбачає комбінацію якісних і кількісних методів — репрезентативне опитування серед ветеранів та фахівчинь, яке доповнить вже зібрані наративні дані й дасть змогу перевірити поширеність виявлених тенденцій.

Не менш важливим є системне вивчення процесу інтеграції ветеранів і ветеранок у саму систему підтримки. Дослідження засвідчило, що саме горизонтальні зв'язки «ветеран — ветеран» або «посестра — посестра» стають тим механізмом, який фактично компенсує відсутність офіційної маршрутизації. Ці практики взаємопідтримки, часто стихійні, мають потенціал бути інституціоналізованими як елемент державної політики, а їхній досвід — стати джерелом для навчання майбутніх фахівців.

Отже, результати цієї розвідки мають розглядатися не як завершена оцінка, а як підґрунтя для подальшого дослідження системи психічного здоров'я ветеранів у

динаміці. Її масштабування і поглиблення дадуть можливість побачити не лише де і як надаються послуги, а й — ким, у яких умовах, і що насправді формує довіру до цієї допомоги. Саме це знання є ключем до побудови сталої, людяної та професійної системи ментально-оздоровчої підтримки для тих, хто пройшов війну.