



ЦЕНТР
ІНІЦІАТИВ ПЖ

ПЕРЕПОНИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ МАСШТАБУВАННЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЧЕРЕЗ АДАПТИВНИЙ СПОРТ: ВИМІР РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ

Автори дослідження: Ярослава Братусь, Ганна Самчук та Юлія Василенко

ПЕРЕПОНИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ МАСШТАБУВАННЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЧЕРЕЗ АДАПТИВНИЙ СПОРТ: ВИМІР РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ



Центр ініціатив ПЖ

Київ, 2025

Дослідження підготовлене командою аналітичного відділу
Центру ініціатив «Повернись живим».

*Інформація є коректною та актуальною станом на травень - вересень 2025 року. **Центр ініціатив ПЖ** не несе відповідальності за наслідки використання цієї інформації з іншою метою або в іншому контексті.*

*Поширення повного тексту або ж його уривків без дозволу
Центру ініціатив ПЖ заборонене.*

Автори дослідження: Ярослава Братусь, Ганна Самчук та Юлія Василенко

Літредактура: Ярослава Гончарова

Дизайн та верстка: Анна Сирота

Фото на обкладинці: Сергій Галушка

Авторські права: Центр ініціатив ПЖ (ГО «Повернись живим!»)

Аналітичний відділ Центр ініціатив ПЖ створено у травні 2018 року.

Центр ініціатив ПЖ — це громадська організація, яка сприяє посиленню обороноздатності України. Ми проводимо дослідження у сфері безпеки та оборони, формуємо ефективні рішення та адвокатуємо їх на етапах впровадження в публічні політики.

Центр ініціатив ПЖ (ГО «Повернись живим!»)

Україна, 01030, м. Київ, вул. Богдана Хмельницького, 32, офіс 41

Телефон: +38 (068) 500 88 00

Сайт: cbacenter.ngo

E-mail: media@cbacenter.ngo

Зміст

Вступ	5
Методологія	7
Етичні аспекти дослідження	9
Опис професій.	10
Глосарій	17
Ключові висновки дослідження	21
Загальні рекомендації.	29
Огляд досліджень.	31
Результати якісного етапу.	38
Портрет реабілітаційних закладів	39
Потреби та перешкоди реабілітаційних закладів	42
Додаткові заходи під час реабілітації	47
Роль додаткової фізичної активності в процесі реабілітації.	54
Адаптивний спорт: хто впроваджує та чому?	61
Перешкоди для впровадження додаткової фізичної активності в реабілітаційних закладах	65
Потреба в інформуванні	73

Вступ

Після отримання травм, поранень чи захворювань кожен/на ветеран/ка має свій шлях. Для когось він полягає у тривалому лікуванні та реабілітації без повернення до війська; для когось — у короткому періоді лікування з подальшим поверненням до строю. Проте всіх об'єднує одне — потреба у відновленні. Не має значення, йдеться про видимі поранення/травми/захворювання чи невидимі. Важливо те, що нанесена шкода фізичному чи психічному здоров'ю потребує відновлення для того, щоб у майбутньому була висока якість життя та добробуту. Відновлення може бути різним, адже воно залежить від персональних уподобань кожного. Звісно, є певні рекомендації, які формуються на основі різних характеристик поранення/травми/захворювання, але водночас трапляються більш індивідуальні речі. Один зі шляхів відновлення — заняття адаптивною фізичною активністю та різними адаптивними видами спорту.

У межах дослідження «Радість руху» від Центру ініціатив «Повернісь живим» доволі повно описано роль адаптивних видів спорту та фізичної активності у відновленні через їх позитивний вплив на фізичне та психічне здоров'я, соціалізацію, професійне становлення ветеранів/ок¹. Водночас серед потенційних перешкод для масштабування адаптивних видів спорту серед ветеранів/ок, окрім неготовності інфраструктури, браку фахівців та війни як ключового фактора зміщення фокуса, наявна також та, що спричинена низьким рівнем поінформованості щодо адаптивного спорту та фізичної активності. Для багатьох людей спорт і фізична активність — це не синоніми відновлення, а радше протилежне. Тому важливою діяльністю для масштабування є інформування ключових стейкхолдерів відновлення: ветеранів/ок, їхніх рідних та близьких, а також патронатні служби, служби супроводу й фахівців, які супроводжують ветеранів/ок на шляху реабілітації та відновленню.

Під час розмов із ветеранами/ками про те, як вони дізналися про адаптивні види спорту та звідки, вдалося визначити, що одним із найбільш частих місць є реабілітаційні заклади. Ветерани/ки дізнаються від фізичних терапевтів про такі програми відновлення. Вони пробують вперше певні види адаптивного спорту під наглядом фізичних терапевтів та кваліфікованих тренерів, яких або запрошують у реабілітаційний заклад, або до нього привозять пацієнтів, щоб вони могли займатися додатковою фізичною активністю. Виходить так, що вимір реабілітаційних закладів (центрів, відділень) є потенційно важливим для масштабування відновлення через адаптивні види спорту. Але варто розуміти й те, що все-таки реабілітація та відновлення — це різні етапи та процеси. Так, реабілітація є складником

¹ Дослідження «Радість руху. Як адаптивний спорт допомагає ветеранам та ветеранкам відновитися», Центр Ініціатив ПЖ, 2024 <https://cbacenter.ngo/page/radist-ruxu-iaak-adaptivnii-sport-dopomagaje-veteranam-ta-veterankam-vidnovitisia>

відновлення, але водночас не все, що сприяє відновленню, вважається реабілітацією. Тому варто більш детально дослідити вимір реабілітаційних центрів та його специфіку, щоб знайти потенційні можливості для більш системного масштабування адаптивних видів спорту як додаткових реабілітаційних заходів, якщо вони доречні, а також проаналізувати перешкоди, які можуть бути в процесі реабілітації як загалом, так і в аспекті додаткової фізичної активності.

Це дослідження охоплює частково сам процес реабілітації в Україні, адже без розуміння контексту неможливо описати більш локальну його частину, відновлення через включення до реабілітації додаткової фізичної активності. Водночас у межах цього документа немає деталізованого опрацювання теми реабілітації ветеранів/ок, її специфіки та потенційних проблем, адже це не є головною метою.

Відновлення ветеранів/ок ще станом на вчора було та є важливою темою для дослідження й формування в цій сфері нових послуг. Для того щоб масштабувати ті чи ті підходи, варто більш детально вивчити можливості та перешкоди в кожному із вимірів. Коли ми говоримо про відновлення через адаптивні види спорту та фізичну активність через вимір реабілітаційних закладів, то важливо визначити потенційні шляхи включення цього складника, перешкоди й загалом специфіку такої взаємодії. У інших країнах є досвід такого формату взаємодії, але важливо спиратися на спроможності реабілітаційної системи в Україні.

Методологія

Дослідження перепон та перспектив масштабування відновлення через адаптивний спорт у вимірі реабілітаційних закладів є продовженням дослідження Центру ініціатив «Повернись живим» про вплив адаптивного спорту на відновлення ветеранів та ветеранок. Основним завданням цього дослідження є визначення ключових перепон, а також перспектив масштабування адаптивного спорту через реабілітаційні заклади.

Для дослідження обрано працівників реабілітаційних центрів чи відділень, які є носіями важливої інформації, що стосується системи реабілітації та місця адаптивної фізичної активності в ній.

Респонденти дослідження

- Фізичні терапевти комунальних та приватних реабілітаційних центрів та відділень. Фізичні терапевти — ключова група в цьому дослідженні, адже вони часто є носіями інформації про особливості перебігу реабілітаційного процесу ветеранів/ок, а також залучені до додаткових активностей, які можуть бути на території лікувального закладу.
- Медичні директори/психологи/методисти як учасники реабілітаційного процесу ветеранів та ветеранок, які також можуть бути причетні до процесу залучення додаткової фізичної активності до реабілітаційного процесу через взаємодію з тренерами, волонтерами тощо.

Ключове завдання дослідження

Визначити рівень поінформованості фізичних терапевтів та інших фахівців із реабілітації щодо адаптивного спорту, їхнє ставлення до такого виду відновлення, а також готовність виступати амбасадорами в процесі залучення.

Основні цілі цього проекту

1. Дослідити рівень обізнаності фізичних терапевтів та інших фахівців із реабілітації щодо відновлення через фізичну активність.
2. Описати специфіку залучення ветеранів/ок до відновлення через спорт на етапі реабілітації з погляду фізичних терапевтів та інших фахівців із реабілітації.
3. Дізнатися нюанси реабілітаційного процесу, які виключають можливість залучення ветеранів/ок до відновлення через спорт.
4. Визначити потреби фізичних терапевтів та інших фахівців із реабілітації щодо підвищення рівня поінформованості про сферу відновлення через спорт задля подальшого залучення їх як промоутерів цього типу відновлення.

5. Проілюструвати відмінність у різних типах реабілітаційних закладів та відділень щодо рівня поінформованості фізичних терапевтів та інших фахівців з реабілітації про відновлення через фізичну активність.
6. Розглянути успішні приклади залучення ветеранів/ок як потенційних робочих моделей, які варто буде масштабувати.
7. Проаналізувати можливі канали та специфіку інформаційних матеріалів, які є більш комфортними та ефективними для сприйняття з боку фізичних терапевтів та інших фахівців з реабілітації.

Фактично це дослідження спрямоване визначити чи вирішити низку проблем:

- сформувати базове розуміння того, як відбувається реабілітація ветеранів/ок у реабілітаційних центрах чи відділеннях різного профілю;
- проілюструвати наявні перепони, які стосуються як реабілітації загалом, так і додаткової фізичної активності зокрема;
- на основі отриманої інформації в майбутньому побудувати освітній чи інформаційний курс щодо адаптивного спорту в межах реабілітації чи відновлення загалом.

Методи збору інформації

- Розгляд досліджень щодо теми адаптивного спорту під час реабілітації чи відновлення шляхом **порівняльного аналізу** документальних джерел, які розміщені у вільному доступі та дають можливість проілюструвати вплив адаптивної фізичної активності на добробут, стан фізичного та ментального здоров'я ветеранів та ветеранок.
- Огляд усіх навчальних програм та ключових нормативних актів, які стосуються процесу реабілітації та фахівців, які належать до мультидисциплінарних команд, методом **традиційного аналізу документів** з урахуванням того, що значна частина інформації, отриманої в межах дослідження, передбачає уточнення відповідно до тих норм, які прийняті щодо професій, освіти чи діяльності представників мультидисциплінарних команд у реабілітаційних закладах.
- **Метод напівструктурованих глибинних інтерв'ю.** Це основний метод для збору інформації в цьому дослідженні. Він покликаний забезпечити отримання інформації про:
 - рівень поінформованості щодо адаптивних видів спорту;
 - готовність для подальшої промоції;
 - специфіку реабілітації та потенційні виклики для залучення спорту на цей етап;
 - канали для ефективної взаємодії з фізичними терапевтами;
 - аналіз успішних кейсів;

- аналіз відмінності реабілітаційних послуг залежно від типу реабілітаційного закладу.

Загалом проведено 29 інтерв'ю з фізичними терапевтами та іншими фахівцями з реабілітації.

Обмеження дослідження

У межах цього дослідження нас не цікавить усе про реабілітацію, а радше та частина цієї сфери, яка потенційно може бути дотичною до теми відновлення через спорт.

Також до обмежень належать такі:

- дослідження має суто розвідувальний характер, тому всі висновки є припущеннями, які потребують подальшого доопрацювання;
- респондентів відбирали методом снігової кулі, коли попередній міг порадити, з ким поговорити ще, а також за рекомендаціями фізичних терапевтів, які працюють з адаптивним спортом. Окремо була сформована база всіх реабілітаційних закладів і здійснювалися дзвінки для того, щоб поговорити з кимось зі спеціалістів, які працюють з пацієнтами, але, посилаючись на велику завантаженість, від участі відмовилися представники закладів санаторійного типу, тому вони не представлені в дослідженні;
- у меті та завданнях дослідження немає прописаного вивчення нормативно-правової бази щодо реабілітації загалом (за винятком окремих частин, які стосуються мультидисциплінарних команд), тому в межах аналізу ми приділили цьому питанню менше уваги.

Етичні аспекти дослідження

У дослідженні взяли участь тільки ті, хто добровільно на це погодився. Для нас важливо створити умови, у яких респонденти не відчуватимуть тиску та дискомфорту, тому перед початком інтерв'ю інтерв'юер попереджав, що респондент може відмовитися відповідати на окремі запитання, які для нього можуть бути чутливими чи некомфортними. Це є необхідним, адже респонденти часто працюють у складних умовах чи загалом можуть мати побоювання, що їхні слова спричинять негативну реакцію інших. Транскрипти та цитати, які використані в тексті звіту, не містять персональних даних (імен, назв населених пунктів, військових формувань, громадських організацій тощо), які можуть допомогти ідентифікувати респондента, реабілітаційний заклад чи пацієнтів, якщо їхні історії фігурували в межах проведення інтерв'ю.

Опис професій

У межах дослідження було вирішено окремо розглянути опис професій, освітні програми та вимоги до фахівців, що є членами мультидисциплінарних команд реабілітаційних закладів. Це спрямовано на визначення того, яку компоненту становить знання та інформація про додаткову фізичну активність в межах реабілітації (й про адаптивний спорт зокрема) в межах навчання та діяльності цих фахівців.

Згідно із Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»² до фахівців з реабілітації³ належать:

- 1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини;
- 2) фізичні терапевти;
- 3) ерготерапевти;
- 4) терапевти мови і мовлення;
- 5) протезисти-ортезисти;
- 6) психологи, психотерапевти;
- 7) сестри медичні з реабілітації;
- 8) асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

Професійні обов'язки, вимоги до знань і кваліфікації перерахованих фахівців визначені у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78, Охорона здоров'я). Згідно з інформацією у Довіднику, вимога до наявності магістерського рівня вищої освіти за спеціальністю «Медицина» в галузі знань «Охорона здоров'я» є лише в лікаря фізичної та реабілітаційної медицини. Саме він очолює і відповідає за процес реабілітації загалом. Крім лікаря фізичної та реабілітаційної медицини до медичного складу реабілітаційної команди також належить сестра/брат медичний з реабілітації (вимога — наявність фахової передвищої або вищої освіти початкового чи бакалаврського рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство», «Лікувальна справа»). До інших фахівців із реабілітації, які працюють у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самотійно, немає вимоги до наявності медичної освіти: наприклад, фізичні терапевти й ерготерапевти повинні мати магістерський рівень освіти за спеціальностями «Терапія та реабілітація» або «Фізична терапія, ерготерапія».

- **Лікар фізичної та реабілітаційної медицини** виконує лікарську діяльність з метою запобігання, поліпшення та відновлення порушень структур та

² Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

³ Фахівці з реабілітації – особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку.

функцій організму, що виникли внаслідок різних хвороб та травм, оптимізацію активності та участі з урахуванням реабілітаційного прогнозу особи з обмеженням життєдіяльності незалежно від віку та наявного діагнозу, а також стану навколишнього середовища⁴. Детальні обов'язки і завдання лікаря фізичної та реабілітаційної медицини описані у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій і охоплюють координацію реабілітаційного циклу, обстеження пацієнтів, застосування терапії і медичних процедур тощо. Належить до професіоналів у галузі лікувальної справи.

Кваліфікаційні вимоги до лікарів фізичної та реабілітаційної медицини передбачають наявність рівня вищої освіти магістр у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медицина», спеціалізацією «Фізична та реабілітаційна медицина». Відповідно до кваліфікаційної категорії лікаря (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Для всіх категорій лікарів є вимога безперервного професійного розвитку і підвищення кваліфікації.

- **Фізичний терапевт** працює у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно в закладах охорони здоров'я, реабілітаційних закладах, закладах освіти, закладах соціального захисту населення тощо. Фізичний терапевт забезпечує розвиток, максимальне відновлення та підтримання рухової і функціональної спроможності осіб з обмеженнями повсякденного функціонування або таких, у яких можуть виникнути такі обмеження, здійснює реабілітаційні заходи з метою оптимізації функціонування пацієнта, припинення або зменшення болю, відновлення функцій організму, досягнення максимально можливого рівня фізичної незалежності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб з обмеженнями функціонування чи з ризиком їх виникнення усіх вікових категорій⁵. Діяльність фізичного терапевта передбачає участь у складанні ІРП, застосування терапевтичних вправ та інших втручань, проведення занять з фізичної терапії, співпраця з іншими фахівцями з реабілітації, ведення наукової та адміністративної діяльності тощо. Належить до інших професіоналів у галузі медицини.

Кваліфікаційні вимоги до фізичного терапевта охоплюють наявність магістерського рівня вищої освіти за спеціальністю «Терапія та реабілітація» або «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізацією за дипломом «Фізична терапія»; або за спеціальністю «Фізична реабілітація»; або за спеціальністю «Фізична реабілітація» чи «Фізична культура» (тобто немає вимоги до здобуття спеціальності «Медицина»). Варто також розуміти, що за останні роки змінилися історичні назви щодо

⁴ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025.

⁵ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025.

спеціальностей, тому освітні програми відрізняються залежно від того, у якому році вони отримані.

- **Ерготерапевт** працює у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно в закладах охорони здоров'я, реабілітаційних закладах, закладах освіти, закладах соціального захисту населення тощо. Ерготерапевт здійснює заходи, спрямовані на те, щоб люди з обмеженнями повсякденного функціонування набули максимального рівня функціонування та самостійності в усіх аспектах життя через терапевтичне використання заняттєвої активності (занять) та терапевтичних вправ. Фахівець покликаний сприяти відновленню у них фізичного, соціального та психічного здоров'я, поверненню людини до оптимального соціального, професійного та побутового функціонування, відновленню автономності, інтеграції її у суспільство⁶. Належить до інших професіоналів у галузі медицини.

Кваліфікаційні вимоги до ерготерапевта передбачають наявність магістерського рівня освіти за спеціальністю «Терапія та реабілітація» або «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізація за дипломом «Ерготерапія» або «Фізична реабілітація» (тобто немає вимоги до здобуття спеціальності «Медицина»). Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

- **Терапевт мови і мовлення** виконує професійні обов'язки у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно в закладах охорони здоров'я, реабілітаційних закладах, закладах освіти, закладах соціального захисту населення тощо. Терапевт мови і мовлення виявляє етіологію, тип і складність генетичних, вроджених, набутих і/або нейродегенеративних розладів комунікації і ковтання, розробляє програму терапії мови і мовлення відповідно до індивідуального реабілітаційного плану тощо⁷. Належить до інших професіоналів у галузі медицини.

Кваліфікаційні вимоги до терапевта мови і мовлення наразі передбачають наявність магістерського рівня освіти за спеціальностями «Психологія», «Спеціальна освіта», «Філологія», «Медична психологія». З 2027 року вимогою стане наявність магістерського рівня освіти за спеціальністю «Терапія мови і мовлення» (тобто немає вимоги до здобуття спеціальності «Медицина»). Відповідно до кваліфікаційної категорії терапевта (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги

⁶ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025.

⁷ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025.

до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

- **Протезист-ортезист.** Мета діяльності: використання практики, заснованої на доказах, для надання клінічної оцінки, призначення, розроблення технічного дизайну та виготовлення протезів та/або ортезів, визначення цілей і плану реабілітації, які охоплюють послуги з протезування/ортезування та визначення клінічних результатів⁸.

Кваліфікаційні вимоги: магістерський рівень освіти за спеціальністю «Технології медичної діагностики та лікування», спеціалізація за дипломом «Протезування-ортезування». Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

- **Лікар-психолог** здійснює психопрофілактику серед людей груп ризику щодо розвитку психічних, психосоматичних та поведінкових розладів, психодіагностику, лікування і медико-психологічну реабілітацію пацієнтів з різними соматичними захворюваннями спільно з відповідними лікарями-спеціалістами, пацієнтів з різними видами психічних, психосоматичних та поведінкових розладів, надає їм медико-психологічну допомогу, зокрема телемедичне консультування⁹. Належить до професіоналів у галузі лікувальної справи

Кваліфікаційні вимоги: магістерський рівень освіти за спеціальністю «Медична психологія» або «Медична та психологічна реабілітація». Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста із цієї спеціальності. Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

- **Клінічний психолог** здійснює психопрофілактику розвитку психічних, психосоматичних та поведінкових розладів, психодіагностику, психологічну корекцію та реабілітацію хворих з різними соматичними захворюваннями спільно з відповідними лікарями-спеціалістами, без права самостійно виписувати лікарські засоби. Надає психологічну допомогу особам, неспроможним впоратися з несприятливими умовами, що виникли в їхньому житті, зокрема телемедичне консультування¹⁰. Належить до професіоналів з вищою немедичною освітою з психологічної допомоги та духовної опіки у сфері охорони здоров'я.

⁸ 2229.2. Професійний стандарт «Протезист-ортезист». Чинний від 24.09.2024. <https://register.nqa.gov.ua/profstandart/protezist-ortezist>

⁹ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025

¹⁰ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025.

Кваліфікаційні вимоги: магістерський рівень освіти за спеціальністю «Психологія», спеціалізація за фахом «Клінічна психологія» (тобто без вимоги бути лікарем). Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

- **Лікар-психотерапевт** застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з різними видами психічних, психосоматичних і поведінкових розладів, а також особам, які перебувають у життєвих кризових станах, надає їм швидку та невідкладну психотерапевтичну і медико-психологічну допомогу, зокрема телемедичне консультування, здійснює профілактику тривожних та депресивних станів¹¹. Належить до професіоналів у галузі лікувальної справи.

Кваліфікаційні вимоги: магістерський рівень освіти за спеціальністю «Медицина», «Педіатрія», «Лікувальна справа». Проходження інтернатури за спеціальністю «Психіатрія», або «Неврологія», або «Внутрішні хвороби», або «Загальна практика — сімейна медицина» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія». Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

- **Психотерапевт** застосовує сучасні методи профілактики, психодіагностики, психокорекції та реабілітації пацієнтів з різними видами невротичних, афективних, особистісних психічних, психосоматичних та поведінкових розладів поза гострими станами, а також особам, що перебувають у життєвих кризових станах, надає їм психотерапевтичну допомогу, зокрема телемедичне консультування, без права самостійно виписувати лікарські засоби¹². Належить до професіоналів з вищою немедичною освітою з психологічної допомоги та духовної опіки у сфері охорони здоров'я.

Кваліфікаційні вимоги: магістерський рівень освіти за спеціальністю «Психологія», спеціалізація за фахом «Клінічна психологія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія» в закладах вищої освіти (факультетах), що здійснюють підготовку здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

¹¹ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025.

¹² Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025.

- **Сестра медична / брат медичний з реабілітації** виконує професійні обов'язки в закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі в складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди. До обов'язків належать: здійснення реабілітаційних заходів за призначенням лікаря, догляд за пацієнтом, допомога у виконанні ІРП, робота з фізіотерапевтичним обладнанням тощо¹³. Належить до фахівців.

Кваліфікаційні вимоги до сестри медичної / брата медичного з реабілітації охоплюють наявність фахової передвищої або вищої освіти початкового чи першого (бакалаврського) рівня у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство», освітньо-професійними програмами «Медсестринство», «Акушерська справа», «Лікувальна справа», спеціалізацією «Фізична та реабілітаційна медицина». Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

- **Асистент фізичного терапевта** за призначенням фізичного терапевта здійснює реабілітаційні заходи з метою оптимізації функціонування, припинення або зменшення болю, відновлення функцій організму, досягнення фізичної незалежності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб з обмеженнями функціонування чи з ризиком обмежень усіх вікових категорій. Під керівництвом фізичного терапевта виконує програми фізичної терапії або її компоненти, спостерігає за ходом їх виконання, здійснює оперативний та поточний контроль, веде відповідну документацію¹⁴. Належить до фахівців.

Кваліфікаційні вимоги: бакалавр у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Терапія та реабілітація», спеціалізація за дипломом «Фізична терапія»; або бакалавр у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація»; або бакалавр у галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини»; або фахова передвища освіта у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство», спеціалізація «Фізична терапія та ерготерапія». Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

- **Асистент ерготерапевта** під керівництвом ерготерапевта здійснює реабілітаційні заходи з метою покращення та розширення заняттєвої активності та участі пацієнта/клієнта, допомагає людям з обмеженнями

¹³ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025.

¹⁴ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025

повсякденного функціонування набути максимального рівня функціонування та самостійності і незалежності в усіх аспектах життя. Під керівництвом ерготерапевта виконує програми ерготерапії, здійснює оперативний та поточний контроль за їх виконанням, веде відповідну документацію¹⁵. Належить до фахівців.

Кваліфікаційні вимоги: бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Терапія та реабілітація», спеціалізація за дипломом «Ерготерапія»; або бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація»; або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини»; або фахова передвища освіта у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство», спеціалізація «Фізична терапія та ерготерапія». Відповідно до кваліфікаційної категорії (вища, перша, друга, без категорії) різняться вимоги до стажу роботи за фахом. Обов'язковою вимогою є безперервний професійний розвиток.

Крім перерахованих категорій фахівців, у цьому дослідженні згадуються й інші учасники процесу реабілітації, зокрема:

- рекреаційний терапевт — поки що не введена в Класифікатор професія;
- соціальний працівник;
- капелан;
- фахівець із супроводу ветеранів.

¹⁵ Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників ВІПУСК 78 Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2002, № 117: станом на 24.02.2025

Глосарій

Адаптивний спорт — це рекреаційні або змагальні види спорту для людей, які мають травми, поранення чи хвороби, що впливають на їхній фізичний та психологічний стан¹⁶.

або

Діяльність суб'єктів сфери фізичної культури і спорту, спрямована на залучення осіб з інвалідністю та/або осіб з обмеженням повсякденного функціонування до занять фізичною культурою з метою сприяння відновленню для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, соціально-трудової адаптації та інтеграції в суспільство, сприяння фізичній, психологічній реабілітації, забезпечення можливості ведення самостійного способу життя та залученості до місцевої спільноти¹⁷.

Амбулаторна реабілітація — це виконання реабілітаційного плану і передбачених ним процедур без необхідності постійного перебування в закладі реабілітації чи реабілітаційному відділенні. У цьому дослідженні заклади реабілітації, рекреації, відновлення ветеранів і ветеранок, які не передбачають проживання пацієнтів/клієнтів у закладі, також вважаються надавачами реабілітаційних послуг амбулаторного типу.

Відділення реабілітації (реабілітаційне відділення) — один з видів організації надання реабілітаційних послуг, що охоплює палати гострої реабілітації в лікарнях, стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації в лікарнях, амбулаторні відділення післягострої та довготривалої реабілітації в лікарнях, стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації, створені на базі санаторно-курортних установ¹⁸.

Додаткова фізична активність — фізичні вправи та інші форми рухової активності для відновлення ветеранів і ветеранок, що не належать до обов'язкових заходів індивідуального реабілітаційного плану ветерана/ки.

Заклад реабілітації (реабілітаційний заклад) — один з видів організації надання реабілітаційних послуг, що охоплює реабілітаційні лікарні, реабілітаційні центри, амбулаторні реабілітаційні заклади незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах, центри психологічної реабілітації та/або травматерапії, протезно-ортопедичні підприємства незалежно від

¹⁶ Дослідження «Радість руху. Як адаптивний спорт допомагає ветеранам та ветеранкам відновитися», Центр Ініціатив ПЖ, 2024 <https://cbacenter.ngo/page/radist-ruxu-ia-adaptivnii-sport-dopomagaie-veteranam-ta-veterankam-vidnovitisia>

¹⁷ Про внесення змін до Закону України "Про фізичну культуру і спорт" щодо адаптивного спорту: ЗАКОН УКРАЇНИ від 17.04.2025, № № 4370-IX.

¹⁸ Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

підпорядкування і форми власності, заклади комплексної реабілітації, включно із закладами медико-психологічної реабілітації.

Індивідуальний реабілітаційний план — документ, розроблений мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі результатів реабілітаційного обстеження особи з обмеженнями повсякденного функціонування (або такої, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування), що визначає мету та завдання реабілітації і комплекс заходів, необхідних для їх досягнення¹⁹.

Надавачі реабілітаційної допомоги — це:

- фахівці з реабілітації;
- реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи;
- мультидисциплінарні реабілітаційні команди²⁰.

Отримувачі реабілітаційної допомоги — це:

- особи з обмеженнями повсякденного функціонування;
- члени сімей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування²¹.

У цьому дослідженні ми розглядали ветеранів/ок і військовослужбовців/иць як основних отримувачів реабілітаційної допомоги.

Реабілітаційні періоди — три визначені періоди надання реабілітаційної допомоги відповідно до стану здоров'я особи.

- **Гострий реабілітаційний період** — це період реабілітації, який починається з моменту виникнення та/або виявлення обмеження повсякденного функціонування внаслідок розвитку гострого стану здоров'я. Протягом цього періоду особі надається медична допомога та починає надаватися реабілітаційна допомога.
- **Післягострий реабілітаційний період** починається, коли відповідно до клінічного протоколу за медичними показаннями особа не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста або під час первинного діагностування стану здоров'я з хронічним перебігом після здійснення повного обсягу діагностичних заходів та встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я), який є причиною або може призвести до обмеження повсякденного функціонування.
- **Довготривалий реабілітаційний період** починається під час виявлення обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності або у разі хронічного перебігу хвороби, що прогресує

¹⁹ Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

²⁰ Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

²¹ Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

та потребує реабілітації для досягнення та підтримки оптимального функціонування особи. Реабілітаційна допомога високого обсягу має надаватися періодично з метою підтримки оптимального функціонування особи²².

Реабілітація — комплекс заходів, яких потребує особа, що зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем. У рамках цього дослідження говоримо про реабілітацію військовослужбовців/иць і ветеранів/ок унаслідок отримання поранень, травм та інших ушкоджень стану здоров'я, пов'язаних із військовою службою.

Система реабілітації складається із суб'єктів реабілітації (отримувачів, надавачів і організаторів надання реабілітаційної допомоги), їхніх прав та обов'язків, відносин між ними, урегульованих законодавством, а також визначених законодавством вимог, протоколів та нормативів надання реабілітаційної допомоги²³.

Стаціонарна реабілітація — це виконання реабілітаційного плану і передбачених ним процедур в умовах постійного перебування в закладі реабілітації або реабілітаційному відділенні. У цьому дослідженні заклади реабілітації, рекреації, відновлення ветеранів і ветеранок, які передбачають проживання пацієнтів/клієнтів у закладі, також вважаються надавачами реабілітаційних послуг стаціонарного типу.

Фахівці з реабілітації — особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку. Згідно із Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» до них належать лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів²⁴.

Фізична терапія — процес забезпечення розвитку, максимального відновлення та підтримання рухової і функціональної спроможності осіб з обмеженнями повсякденного функціонування або таких дій, у яких можуть виникнути такі обмеження. Фізична терапія призначається, планується та здійснюється фізичним терапевтом або під його контролем²⁵.

²² Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

²³ Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

²⁴ Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

²⁵ Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. — № 1053-IX (редакція 01.01.2025р.)

Цикл реабілітації — одиниця організації надання реабілітаційної допомоги в закладі чи відділенні реабілітації. Згідно з інформацією Міністерства охорони здоров'я, один цикл реабілітації за пакетом Національної служби здоров'я України складає:

- в амбулаторних умовах — не менше ніж 14 днів від однієї години на добу;
- в стаціонарних умовах — за одним напрямом не менше ніж 14 календарних днів, за двома та більше напрямками понад 21 календарний день з тривалістю занять від 3 годин на добу²⁶.

²⁶ Як отримати послуги з реабілітації?. Міністерство охорони здоров'я України. 21.06.2023. URL: <https://moz.gov.ua/uk/jak-otrimati-poslugi-z-reabilitacii->.

Ключові висновки дослідження



ЦЕНТР
ІНІЦІАТИВ ПЖ



Формуємо та розбудовуємо
екосистему відновлення
ветеранів/ок та військово-
службовців/иць через
адаптивний спорт в Україні.



Слідкуйте за нашими
проектами та підтримуйте!



Відновлення через адаптивні види спорту та фізичну активність — це один із шляхів покращення якості життя та добробуту ветеранів/ок, які отримали травми/поранення чи захворювання. В Україні такий формат не є новим, але й не можна сказати, що він набув суттєвої популярності. Цьому є пояснення: спортивна інфраструктура не є суттєво розвиненою загалом, а коли йдеться про її інклюзивність, то таких закладів, спортивних секцій чи залів ще менше для доступу. Розвиток інфраструктури залежить і від загальної потреби та популярності фізичної культури серед населення, яка наразі залишається низькою, якщо порівнювати із країнами Європи. З огляду на активну фазу війни та постійні обстріли інфраструктури, це ще одна з перешкод, яка не дає повноцінно наростити спроможності. Але однією з ключових перешкод масштабування відновлення через адаптивну фізичну активність наразі є знання. Чи більш коректно буде сказати — незнання. Фізична активність, спорт часто не сприймається як відновлення, а низька поінформованість щодо різних видів адаптивного спорту та їх корисного впливу на різні типи, види й наслідки травм/поранень/захворювань унеможливорює органічне масштабування.

Однією із потенційних точок «входу», тобто початок активного відновлення через адаптивні види спорту та фізичну активність, є вимір реабілітаційних закладів та відділень. Адже саме під час активної реабілітації чи наприкінці ветерани/ки можуть познайомитися з різними адаптивними фізичними активностями, які підтримуватимуть їхній стан фізичного та психічного здоров'я далеко за межами реабілітаційного процесу. Водночас для промоції такого виду відновлення серед ветеранів/ок важливими є ті, хто буде виступати амбасадорами адаптивних видів спорту. На початку дослідження ключовою гіпотезою було те, що саме фізичні терапевти та інші фахівці з реабілітації частково є, а в майбутньому можуть стати людьми, які базово знайомлять ветеранів/ок з адаптивними видами спорту та фізичною активністю як способами відновлення та підтримки успіхів під час реабілітації. Для підтвердження гіпотези та розуміння потенційного успіху такого підходу й було проведене дослідження. Метою було не лише вивчити гіпотезу, але й дізнатися більше про специфіку реабілітаційного процесу, спроможності різних реабілітаційних закладів, дізнатися про успішні випадки впровадження адаптивного спорту як додаткової фізичної активності під час реабілітації.

Загалом ми частково зважали на сам процес реабілітації, а також її специфіку, але це не було основною ціллю нашого дослідження, тому ця інформація має радше загальний, ознайомчий характер. Також під час формування вибірки приділялася увага тому, щоб до неї увійшли різні реабілітаційні заклади, дослідження яких може наблизити до створення більш повної картини щодо надання реабілітаційних послуг в Україні. Але з огляду на те, що за основу взято якісну методологію,

інформація наведена щодо реабілітаційних закладів має поверховий характер і не є спрощеною моделлю системи реабілітації в Україні загалом.

Система реабілітації в Україні наразі постає перед великою кількістю викликів, які зумовлені активною фазою війни, що впливає на суттєве збільшення кількості тих, хто потребуватиме реабілітації як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців. До ключових перешкод у системі реабілітації в Україні належать такі:

- 1. Брак фахівців з реабілітації.** Це питання не лише браку людей загалом, але й тих, хто має відповідні знання та компетенції. Питання дефіциту кадрів впливає на якість та кількість надання реабілітаційних послуг.
- 2. Велике навантаження на фахівців з реабілітації.** Через брак кадрів, велику кількість пацієнтів та об'єм роботи фахівці перевантажені.
- 3. Брак інфраструктури.** Велика частина реабілітаційних закладів функціонує на базі лікарень чи військових шпиталів, тому вони залежать від тих приміщень, які їм виділили для проведення реабілітації. Тобто зростання колективу фахівців та нарощення реабілітаційних спроможностей відділення залежить від того, чи буде достатньо місць під палати або зали/кабінети для фізичної терапії, ерготерапії тощо.
- 4. Брак відповідного обладнання.** Більшість респондентів, які брали участь у дослідженні, говорили про обладнання та раціональне його використання. Деякі недостатньо обладнання й доводиться шукати волонтерів для того, щоб вони придбали його в реабілітаційний заклад, а деякі — проблема з нераціональним використанням обладнання, коли купують декілька «тренажерів», але вони лише займають місце, й ці кошти можна було більш доцільно використати та купити один тренажер.
- 5. Брак додаткових фахівців для ветеранів/ок.** Доволі часто фізичні терапевти чи інші фахівці з реабілітації виконують додаткові функції, що пов'язані із соціальною, психологічною чи юридичною підтримкою ветеранів/ок. Наприклад, допомагають з оформленням пільг чи соціальних послуг, відновленням документів тощо. І це додаткове навантаження на них. Але без закриття цієї потреби пацієнта чи пацієнтки не буде якісної реабілітації, бо його/її увага будуть сконцентровані на тому, щоб зробити документи, пройти ВЛК чи оформити виплати.
- 6. Брак інформації про проходження реабілітації.** Доволі часто, особливо коли йдеться про військовослужбовців та військовослужбовиць, пацієнти не знають ні про те, як їм потрапити на реабілітацію, ні про те, яким має бути цей процес. Такий брак інформації призводить до необізнаності пацієнтів щодо того, що варто використовувати під час

реабілітації, а що ні. Наприклад, як будувати процес, які методи, підходи та засоби будуть застосовані, якою має бути тривалість реабілітації тощо.

7. Процес реабілітації — це не короткий період занять із фізичним терапевтом протягом 14 днів. Це тривалий комплекс заходів, який не завершується після виписки із реабілітаційного закладу, а продовжується вже в побутових умовах. Тому важливим викликом є готовність громад до підтримки пацієнтів у продовженні процесу реабілітації за межами медичних закладів.

Окрім базових методів реабілітації, які включені в реабілітаційний план, у багатьох закладах застосовуються й додаткові активності: арттерапія, риболовля, прогулянки, настільні ігри тощо. Активність поза реабілітаційним планом може бути як всередині реабілітаційного закладу, так і поза ним. Такі заходи одночасно вирішують кілька важливих завдань. По-перше, вони допомагають **якісно заповнити дозвілля пацієнтів**. По-друге, сприяють створенню дружньої, невимушеної атмосфери, в якій люди легше розкриваються, діляться емоціями та досвідом.

Водночас процес впровадження додаткових активностей, занять і заходів у реабілітаційних центрах та інших закладах наразі не є врегульованим. Відсутнє загальне бачення того, як саме це має відбуватися: хто відповідає за організацію, які формати заходів є доцільними, як їх планувати та оцінювати. У результаті ці практики здебільшого базуються на місцевій ініціативі і в кожному закладі реалізуються по-різному — залежно від ресурсів, команди та індивідуального підходу.

Додаткові активності під час реабілітації — це про можливість проводити вільний час насичено. Окремо це слугує фундаментом формування спільного простору. На думку частини фахівців з реабілітації, реабілітаційний план може бути настільки перенасиченим, що на додаткові активності в більшості немає ні сил, ні бажання. Це є однією з перешкод, через які в частині реабілітаційних закладів нічого схожого немає. Також суттєво впливає брак місця та обладнання, коли є лише палати й зали для проведення реабілітації, а на більше не вистачає ресурсів. Водночас серед тих фахівців, у закладах яких впроваджені додаткові активності, побутує думка про те, що **додаткові активності, які не включені до базового реабілітаційного плану, відіграють важливу роль у психологічному відновленні ветеранів/ок**. Припускаємо, що вони можуть сприяти соціалізації, зниженню рівня стресу, профілактиці деструктивної поведінки та наповненню щоденного життя змістовними подіями.

Адаптивні види спорту та фізичну активність ми розглядаємо як додаткові заходи, про які зазначали раніше. Одним із доволі поширених додаткових заходів у межах реабілітації є фізична активність. Впродовж інтерв'ю

учасники дослідження ділилися досвідом впровадження додаткової фізичної активності для ветеранів і ветеранок, які проходять реабілітацію у їхніх закладах. Важливо зазначити, що в цьому питанні акцент ставився саме на додаткові заходи з фізичної активності, які не включені в план реабілітації. Під час розмови з фахівцями звучали такі терміни, як «додаткова фізична активність», «адаптивна фізична активність», «адаптивний спорт».

Фахівці з реабілітації зазначали про велике різноманіття різних видів адаптивного спорту, про додаткове відвідування спортивних залів під час реабілітації. Серед опитаних про це згадувала меншість, однак більшість зазначила, що щось знає про це й перебуває або на етапі впровадження, або ж не впроваджує через певні перешкоди.

Отож різноманіття додаткових видів спорту та активностей не має системності: вони існують завдяки ініціативі окремих людей і можуть зникнути разом із ними. Наявність окремої відповідальної особи, на думку респондентів, цілком може вирішити частину перешкод, які є наразі. Реалізація додаткових фізичних активностей під час реабілітації залежить від фізичних терапевтів, психологів, ерготерапевтів, окремих волонтерів чи тренерів, які відвідують заклади. Відтак немає однієї відповідальної людини, що наповнювала б змістом простір поза межами реабілітаційного плану. Це створює ризик, що такі ініціативи матимуть короткотривалий ефект і залежатимуть від окремих персоналій, а не від усталеної системи всередині закладу.

Однією з цілей цього дослідження було з'ясувати, що відомо фахівцям з реабілітації про адаптивні види спорту, і дізнатися, яким був їхній досвід впровадження адаптивного спорту як частини процесу відновлення ветеранів і ветеранок у закладах реабілітації: чи вдалося це зробити, що стало поштовхом, що завадило тощо.

Учасники дослідження, описуючи свої знання про адаптивний спорт, найчастіше асоціювали його з Іграми Нескорених (Invictus Games), ветеранськими організаціями, які проводять змагання та інші активності, й окремими видами спорту, які їм відомі: волейбол сидячи, баскетбол на кріслах колісних, стрільба з лука, плавання, джиу-джитсу, пауерліфтинг, біг, бочка. Серед учасників дослідження не виявилось тих, для кого поняття адаптивного спорту було б абсолютно незнайомим, однак деякі зазначили, що їм не доводилося детально занурюватися в цю тему.

Впровадженню адаптивного спорту (чи адаптивної фізичної активності) як частини відновлення ветеранів і ветеранок сприяли такі чинники:

- наявна матеріально-технічна база для тренувань;

- партнерства з волонтерами і ветеранськими організаціями (часто саме вони стають ініціаторами впровадження адаптивного спорту в процес відновлення ветеранів/ок), партнерства із рекреаційними, спортивними закладами;
- наявність у закладі окремих працівників, які відповідають за додаткове відновлення, соціалізацію, рекреацію пацієнтів;
- наявність у фахівців, що працюють з ветеранами і ветеранками в межах реабілітації, спортивного досвіду будь-якого рівня або досвіду тренерства.

Крім цього, учасники зауважують випадки, коли заохочувальну діяльність, проведення тренувань і поширення ідеї фізичної та спортивної активності беруть на себе колишні пацієнти, які вже подолали шлях реабілітації та відновлення і тепер допомагають тим, хто його проходить.

Загалом більшість респондентів позитивно оцінюють додаткову фізичну активність та її роль у процесі відновлення після травм, поранень чи захворювань. Водночас у багатьох закладах адаптивний спорт та інші форми фізичної активності досі не інтегровані як повноцінний складник реабілітаційного процесу. Важливо підкреслити, що йдеться не про фізичну активність у межах фізичної реабілітації, а саме про додаткову рухову активність, яка виходить за межі індивідуального реабілітаційного плану.

До перешкод упровадження адаптивних видів спорту та фізичної активності як додаткових заходів реабілітації можна зарахувати такі:

- 1. Брак ініціативи з боку ветеранів.** Учасники дослідження поділились думкою, що часто ветерани, які проходять реабілітацію у їхніх закладах, мають низький рівень мотивації займатися додатковою фізичною активністю. Це своєю чергою залежить від декількох різних факторів. По-перше, низька мотивація займатися спортом під час реабілітації пов'язана з тим, що люди загалом раніше не займалися спортом, тому не вбачають необхідності у спорті зараз.
- 2. Брак персоналу.** Брак персоналу — це доволі поширена проблема для багатьох реабілітаційних закладів. Її умовно можна поділити на два напрями. По-перше, це відсутність окремого спеціаліста, відповідального саме за організацію фізичної активності та інших заходів поза межами основного реабілітаційного плану. Наразі ці функції здебільшого виконують фізичні терапевти, соціальні працівники або психологи. У деяких закладах ця відповідальність розподілена між кількома працівниками, що, однак, часто призводить до перевантаження й розмитості завдань.
- 3. Брак знань про адаптивний спорт.** Кілька учасників дослідження зауважили, що загалом мало знають про адаптивний спорт. І це певною

мірою також є перешкодою у впровадженні, адже в деяких фахівців з реабілітації відсутнє уявлення про те, як функціонує адаптивний спорт.

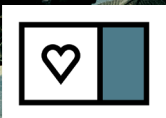
- 4. Брак інфраструктури (місця, обладнання, умов).** Ще однією перешкодою для впровадження додаткової фізичної активності в реабілітаційних закладах є брак простору або належної інфраструктури. У багатьох установах відсутні приміщення або облаштовані зони, де можна було б проводити такі заняття. Якщо в теплу пору року частину активностей можна організовувати просто неба, то в холодний сезон реалізація таких заходів стає майже неможливою. Це значно обмежує сталість та регулярність проведення додаткових активностей, що є критично важливими для процесу реадaptaції.
- 5. Брак інформування про можливості заняття адаптивним спортом.** Однією з перешкод, яку згадали учасники дослідження, є брак інформації про можливості занять адаптивним спортом. Варто зазначити, що ці коментарі були поодинокими і стосувалися не так впровадження адаптивного спорту в межах закладу, як обмеженої поінформованості про зовнішні можливості для ветеранів та ветеранок після завершення реабілітації. Водночас загальне підсилення комунікації та обміну інформацією між реабілітаційними центрами, громадськими організаціями та адаптивними спортивними клубами, що працюють із ветеранами, може стати важливою основою для розвитку додаткової фізичної активності. У низці закладів така взаємодія вже демонструє позитивні результати.
- 6. Брак фахівців на місцях постійного проживання ветеранів та ветеранок.** Продовжуючи попередню тему, декілька учасників дослідження звернули увагу на те, що навіть у разі залучення пацієнтів до додаткової фізичної активності або адаптивного спорту під час реабілітації після повернення в громаду така можливість може бути втрачена. Причиною є відсутність адаптивних секцій та спортивних клубів у місцевості, де проживає ветеран/ка. Ця проблема є особливо актуальною для тих, хто повертається до невеликих міст або сільських територій, де спортивна інфраструктура або зовсім відсутня, або не є інклюзивною.
- 7. Перешкоди з боку адміністрації.** Ще однією з перешкод для впровадження додаткової фізичної активності є небажання адміністрації реабілітаційних закладів брати на себе відповідальність за участь ветеранів у тренуваннях за межами установи. Навіть якщо поблизу є можливості для занять адаптивним спортом (наприклад, у спортивних клубах чи на спеціалізованих майданчиках), керівництво не завжди готове організовувати такі виїзди або сприяти їм. Це пов'язано як із браком персоналу, який би супроводжував пацієнтів, так і з юридичними

та адміністративними ризиками. Зокрема йдеться про відповідальність у разі травм чи інших інцидентів поза територією закладу. У результаті, замість підтримки ініціативи, адміністрація часто обирає стратегію уникнення ризиків, що звужує можливості ветеранів для активної участі в соціальному та фізичному житті під час реабілітації.

Якщо підсумувати, то впровадження відновлення через адаптивний спорт та фізичну активність як додаткових заходів реабілітації — це доволі перспективна й потенційно важлива річ. Але це потребує доопрацювань, адже теперішній формат унеможливлює масштабування. Основними потребами є:

- визначення окремої людини, яка буде відповідати за цей рекреаційний складник;
- посилення співпраці з громадськими та спортивними організаціями, які готові долучатися й надавати змогу для проведення тренувань, занять чи навіть свої простори та обладнання;
- покращення поінформованості про адаптивний спорт та фізичну активність, їх вплив на здоров'я та добробут ветеранів/ок;
- поширення позитивних досвідів впровадження такого виду додаткових реабілітаційних заходів.

Загальні рекомендації



1. Підсилити спроможності закладів охорони здоров'я щодо впровадження додаткової фізичної активності під час процесу реабілітації. Йдеться про обладнання, можливість погодинної оплати праці окремих фахівців тощо.
2. Залучення окремих фахівців, відповідальних за організацію додаткової фізичної активності або спортивних занять у межах закладу. Це можуть бути також тренери та громадські діячі зі сфери адаптивного спорту, які готові долучатися до проведення певних типів активності на території реабілітаційного закладу чи за його межами.
3. Посилення взаємодії з громадськими організаціями, спортивними секціями та благодійними фондами, які вже працюють у сфері реабілітації та спорту. З огляду на потребу в додаткових ресурсах, доцільним є призначення окремої відповідальної особи для координації цієї діяльності.
4. Облаштування вуличних просторів для занять спортом у тих локаціях, де неможливо створити відповідні умови в приміщеннях.
5. Підвищення рівня інклюзивності просторів та територій у реабілітаційних закладах, адже багато з них не адаптовані до потреб пацієнтів, які, наприклад, пересуваються на кріслах колісних.
6. Покращення та технічне облаштування наявних приміщень, призначених для занять фізичною активністю.
7. Розвиток системи адаптивного спорту на рівні територіальних громад, щоб ветерани й ветеранки мали змогу продовжувати спортивні заняття після завершення програми реабілітації.
8. Розробити навчальні курси та програми про відновлення через адаптивний спорт для фізичних терапевтів з метою підвищення рівня їхньої обізнаності про різні адаптивні види спорту та їхній вплив на відновлення ветеранів/ок.
9. Розробити та поширити серед пацієнтів реабілітаційних закладів інформаційні матеріали щодо адаптивних видів спорту, користі фізичної активності під час та після реабілітації, щоб підвищувати рівень обізнаності серед них також.
10. Сформувати мапу спортивної інфраструктури в різних громадах, щоб інформація централізовано допомагала і фахівцям з реабілітації, і самим пацієнтам знаходити для себе можливості заняття адаптивною фізичною активністю на різних етапах відновлення. Ця рекомендація може бути частиною розбудови спроможностей громад та сприяти посиленню взаємодії між реабілітаційними закладами й громадськими організаціями, просторами та спортивними секціями.

Огляд досліджень



В Україні майже не проводилося досліджень про вплив адаптивного спорту або фізичної активності на відновлення ветеранів та ветеранок після травм поранень чи захворювань. У 2024 році ГО «Центр Ініціатив ПЖ» проводила дослідження про вплив адаптивного спорту на відновлення ветеранів та ветеранок в Україні²⁷. В дослідженні дійшли висновку, що участь у спортивних заходах відіграє суттєву роль у психологічному, фізичному та соціальному відновленні. Адаптивний спорт допомагає учасникам подолати бар'єри ізоляції, повернутися до активного життя, відчувати впевненість у собі та знову «повірити в тіло». Він створює можливість для безпечної соціалізації, зокрема в колі інших ветеранів, де не потрібно пояснювати свій досвід, бо він є спільним.

Участь у спортивних заняттях також відновлює відчуття контролю та автономії, особливо важливих після поранень або втрат. Окремо підкреслюється вплив неконкурентного середовища та індивідуального підходу. Спорт у цьому форматі не є змаганням або спортом високих досягнень, а радше безпечним простором для відновлення. Програми адаптивного спорту мають потенціал знижувати тривожність, зміцнювати самооцінку та мотивувати до подальших дій, наприклад, працевлаштування, навчання чи пошуку себе.

Також у дослідженні порушено проблему залучення ветеранів та ветеранок до відновлення через фізичну активність. Зокрема це пов'язано з браком фахівців з адаптивного спорту, браком інфраструктури, низьким рівнем обізнаності про адаптивний спорт серед самих ветеранів та ветеранок, воєнним станом в Україні та загалом низьким рівнем фізичної культури в суспільстві.

Щодо іноземних наукових досліджень, то тут доволі багато статей, які присвячені темі впливу фізичної активності та активності загалом на відновлення ветеранів після травм, поранень чи захворювань. Особливо актуальна тема того, як фізична активність та активність загалом впливає на зниження проявлення симптомів ПТСР. Аналіз наукових публікацій засвідчує високий потенціал додаткової фізичної активності в контексті психосоціального відновлення, стабілізації емоційного стану та соціальної адаптації ветеранів та ветеранок.

Індивідуальні досвіди, описані в дослідженні **«"In the Sport I Am Here": Therapeutic processes and health effects of sport and exercise on PTSD»**²⁸, демонструють, як участь у програмі адаптивного спорту допомогла ветерану з ПТСР зменшити тривожність, повернути відчуття

²⁷ Дослідження «Радість руху. Як адаптивний спорт допомагає ветеранам та ветеранкам відновитися», Центр Ініціатив ПЖ, 2024 <https://cbacenter.ngo/page/radist-ruxu-iaak-adaptivnii-sport-dopomagaie-veteranam-ta-veterankam-vidnovitisia>

²⁸ Ley, C., Barrio, M. R., & Koch, A. (2018). «In the Sport I Am Here»: Therapeutic processes and health effects of sport and exercise on PTSD (Qualitative Health Research, 28(3), 491–507) doi: [10.1177/1049732317744533](https://doi.org/10.1177/1049732317744533)

присутності «тут і тепер» та налагодити зв'язок з власним тілом. Автори підкреслюють, що фізична активність може виконувати терапевтичну функцію не лише на фізичному, а й на глибокому психологічному рівні. Фізична активність допомогла учаснику з ПТСР зосередитися на теперішньому моменті та на деякий час уникнути нав'язливих спогадів і флешбеків. Заняття спортом стали «острівцем безпеки» в його повсякденному житті, де він міг відчути радість, активність та навіть щастя, попри постійний біль та пригнічений настрій. Цей ефект автори назвали мотиваційно-відновлювальним.

Під час ігрових активностей (наприклад, баскетболу) учасник так глибоко занурювався в гру, що відмежовувався від болісних тілесних відчуттів і травматичних думок. Це явище дослідники назвали «ефектом відволікання», який може мати терапевтичний вплив для людей з ПТСР. Завдяки фокусу на завданні, учасник проявляв більше енергії, радості та відчуття певної майстерності. На противагу активним іграм, під час фізичних вправ увага фокусувалася на тілі, що іноді провокувало болісні відчуття. Проте в безпечному середовищі, під наглядом терапевта, це дало змогу поступово переосмислити ці відчуття. Цей процес назвали «ефектом експозиції», який допомагає краще розуміти своє тіло, розпізнавати та переживати фізичні сигнали без паніки.

Після закінчення програми учасник самостійно почав відвідувати спортзал, бігати, у такий спосіб зберігаючи активність, що раніше було неможливо через апатію та біль. Це свідчить про поступове формування внутрішньої мотивації, почуття компетентності та контролю над власним життям. Попри те, що робота була присвячена персональному досвіду одного учасника, вона є показовою та може слугувати гарним прикладом того, як фізична активність впливає на фізичний та емоційний стан ветерана з ПТСР.

У статті **«A long time getting home: Vietnam Veterans' experiences in a community exercise rehabilitation programme»²⁹** представлено якісне дослідження досвіду австралійських ветеранів В'єтнамської війни, частина з яких мала діагностований посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) під час участі у 40-тижневій програмі фізичної реабілітації. Метою дослідження було вивчити вплив програми на фізичний, психологічний і соціальний стан учасників.

Програма передбачала два заняття на тиждень у форматі групової аеробіки середньої інтенсивності. Для збору даних використовували серію фокус-груп, проведених на різних етапах програми.

Учасники описували своє життя до програми як соціально ізольоване,

²⁹ Otter, L., & Currie, J. (2004). A long time getting home: Vietnam Veterans' experiences in a community exercise rehabilitation programme. *Disability and Rehabilitation*, 26(1), 27–34. <https://doi.org/10.1080/09638280410001645067>

сповнене роботи, з низьким рівнем мотивації та фізичної активності. Ветерани часто уникали соціальної взаємодії та мали симптоми ПТСР: підвищену дратівливість, тривожність, проблеми зі сном, відчуття емоційного вигорання. Вони також часто мали супутні психічні стани, зокрема депресію й тривожні розлади.

Участь у програмі сприяла значним позитивним змінам. Учасники зауважили зниження рівня гніву й тривожності, покращення сну, підвищення енергії, ясності мислення та самоусвідомлення. Деякі повідомили про зменшення потреби в медикаментах. Також відбулися позитивні зрушення в повсякденній поведінці: покращення харчування, більша фізична активність, зниження частоти вживання алкоголю. Важливим ефектом стала активізація соціальної взаємодії: ветерани почали спілкуватися між собою, відвідували заходи разом, а в деяких випадках навіть відновлювали сімейні стосунки.

Автори роблять висновок, що спеціалізовані фізичні програми для ветеранів, орієнтовані не лише на тіло, а й на підтримку, спільність і безпеку, можуть суттєво покращити якість їхнього життя. Вони рекомендують розробляти подібні програми в громадах задля боротьби з наслідками ПТСР і соціальної ізоляції серед ветеранів.

У статті **«Exercise is medicine for mental health in military veterans: a qualitative commentary»³⁰** автори досліджують ідею фізичних вправ як засобу підтримки психічного здоров'я ветеранів. Вони розглядають, як фізична активність може бути корисною для людей, що пережили бойовий досвід і мають невидимі поранення, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Автори стверджують, що фізичні вправи сприяють зниженню деяких симптомів, як-от тривожність, роздратованість, безсоння, напруженість. Важливим тут є не лише фізичний аспект, а й те, що вправи створюють середовище для соціальної взаємодії, підтримки й відновлення почуття спільності. У багатьох випадках це дає ветеранам відчуття «повернення до себе», до звичних ролей, зв'язків і цінностей, які були втрачені під час військової служби.

Окремо в статті обговорюються потенційні ризики та обмеження такого підходу. Автори застерігають, що занадто активне просування фізичних вправ як «ліків» може перетворити добровільну активність на зобов'язання і створити тиск на тих, хто не має можливості брати участь у спортивних програмах або не отримує миттєвих результатів. Також вони звертають увагу на небезпеку стигматизації тих ветеранів, які не покращують свій

³⁰ Caddick, N., & Smith, B. (2017). Exercise is medicine for mental health in military veterans: a qualitative commentary. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. Volume 10, 2018 — Issue 4: Special Issue: Exercise is Medicine: Qualitative Contributions, 429–440. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1333033>

стан через фізичну активність і потребують інших форм допомоги, наприклад, традиційної психотерапії.

Автори роблять висновок, що фізична активність має значний потенціал як допоміжний засіб для підтримки ментального здоров'я ветеранів, але її слід впроваджувати обережно: не як універсальний засіб, а як одна з можливих форм підтримки.

Стаття **«Unveiling the Influence of Competitive Sports on the Sense of Self and Identity of Disabled Veterans: A Systematic Review and Mixed-Methods Synthesis»³¹** є дослідженням про те, як участь у змагальному спорті впливає на самосприйняття та ідентичність ветеранів, які отримали інвалідність внаслідок бойових дій. Автори брали за основу той факт, що після звільнення зі служби багато ветеранів переживають глибоку кризу ідентичності, особливо якщо мають фізичні чи психологічні травми. Втрата військового статусу, фізичних можливостей і звичного соціального оточення посилює почуття ізоляції, непотрібності та внутрішнього конфлікту між минулим «військовим я» та теперішнім «людина з інвалідністю» у цивільному середовищі.

У результаті метааналізу було виокремлено три ключові теми: соціальні зв'язки як основа ідентичності, зміни у сприйнятті себе та якості життя, а також формування нової ідентичності через спорт.

Першою важливою знахідкою стало те, що участь у командному спорті дає ветеранам можливість повернути втрачене відчуття товариства й підтримки. Багато хто з них говорив про відновлення почуття належності, яке вони втратили після служби. Спільне тренування та змагання створюють умови для налагодження довіри, емоційної підтримки, відновлення командного духу.

Другою темою стали зміни в самооцінці й емоційному стані. Участь у змагальному спорті сприяє формуванню нового, більш позитивного бачення себе. Ветерани відчували гордість, коли представляли свою країну, коли досягали спортивних результатів, коли їх сприймали не як «постраждалих», а як сильних, мотивованих, здатних змагатися на рівних. Це також покращувало стосунки з родинами, адже ветерани знову починали усвідомлювати себе корисними для родини, гідними прикладу.

Третя тема стосувалася формування нової ідентичності. Спорт стає для ветеранів не просто терапією, а новим сенсом життя, новою роллю «спортсмена», «члена команди», «лідера». Це допомагає їм сприймати себе не як людину з інвалідністю, а як людину з новими цілями, потенціалом і

³¹ Hendrick, A., Binks, E., Ferguson, N., & Di Lemma, L. (2024). Unveiling the Influence of Competitive Sports on the Sense of Self and Identity of Disabled Veterans: A Systematic Review and Mixed-Methods Synthesis. *Identity: An International Journal of Theory and Research* 24(3), 194–212. <https://doi.org/10.1080/15283488.2024.2346257>

місцем у суспільстві. Автори підкреслюють, що саме ця нова роль часто є ключем до ефективної реінтеграції в цивільне життя.

У статті також згадується, що участь у спорті не для всіх була позитивним досвідом: деякі ветерани не змогли адаптуватися до змагального тиску або не відчули згуртованості в команді через нерівність у видах травм. Проте такі випадки були радше винятками. Загалом дослідження підтверджує значний реабілітаційний потенціал спорту не лише для тіла, а передусім для ідентичності й особистості.

Автори роблять висновок, що участь у змагальному спорті може стати центральним компонентом психологічної та соціальної реабілітації ветеранів. Вони закликають розробляти програми, які враховують індивідуальний досвід, військове минуле та потребу в соціальній належності, аби підтримати формування нової життєздатної ідентичності після травми.

У статті **«The impact of sport and physical activity on the well-being of combat veterans: A systematic review»**³² проаналізовано дослідження, присвячені впливу спорту та фізичної активності на добробут ветеранів, які отримали травми поранення або захворювання. Особливої уваги надано впливу фізичної активності на природі. Дослідники описують ефект участі в спортивних заходах на відкритому повітрі (сплави річками, походи чи риболовля), які сприяють зниженню тривожності, відчуттю спокою та оновленню зв'язку з власним тілом і світом. Природа в цьому контексті постає як активний учасник процесу відновлення. Ветерани сприймають її як безпечне, відмінне від середовища клініки. Це сприяє певному заземленню, поєднанню із чимось базовим, безпечним.

Огляд досліджень у статті також містить аналіз потенційних обмежень, зокрема недоступність деяких видів активностей для широкого кола ветеранів та ризик надмірного акценту на спорт як універсальний інструмент реабілітації.

В статті **«Outcomes from a One-Week Adapted Sport and Adapted Adventure Recovery Programme for Military Personnel»**³³ описується досвід проведення тижневої програми та її вплив на учасників. Програма складається з різноманітних видів активності: каякінгу, скелелазіння, стрільби з лука та баскетболу на кріслах колісних. Також проводилися щоденні рефлексивні сесії — обговорення (як групові, так і індивідуальні), які давали змогу учасникам оцінити власний досвід.

³² Caddick, N., & Smith, B. (2014). The impact of sport and physical activity on the well-being of combat veterans: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.09.011>

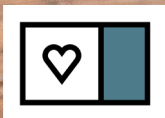
³³ Peacock, S. M., McKenna, J., Carless, D., & Cooke, C. (2019). Outcomes from a One-Week Adapted Sport and Adapted Adventure Recovery Programme for Military Personnel. *Sports*, 7(6), 135. <https://doi.org/10.3390/sports7060135>

Висновки дослідження демонструють, що участь у програмі має значний позитивний вплив на психологічне відновлення військовослужбовців. Програма сприяла покращенню загального психічного стану, зростанню впевненості у власних силах, відновленню відчуття контролю над власним життям та зміцненню соціальних зв'язків. Особливо цінним є те, що фізична активність у поєднанні з рефлексією на обговореннях допомогла учасникам переосмислити власну тілесність після травми або поранення, а також побачити нові можливості для особистісного розвитку.

Дослідники підкреслюють, що ключовим елементом успіху є атмосфера підтримки та взаєморозуміння серед учасників, які мають спільний досвід військової служби й травматичних подій. Це сприяло подоланню ізоляції, формуванню відчуття належності до спільноти та зниженню стигматизації, пов'язаної з пошуком допомоги. Важливо також, що програма була побудована в такий спосіб, аби дати змогу кожному учаснику брати активну участь на власних умовах, тобто учасники самі обирали рівень залученості, що сприяло відчуттю суб'єктності.

Усі проаналізовані дослідження свідчать про значний позитивний вплив спорту та фізичної активності на психологічне та соціальне відновлення ветеранів, які отримали травми, поранення або захворювання. Спорт у цьому контексті є не лише засобом фізичної реабілітації, а й інструментом відновлення ідентичності, мотивації до життя, відчуття контролю та соціальної залученості. Але деякі дослідження застерігають, що спорт не може бути заміною клінічного лікування, а має стати додатковою опцією. Також дослідники звертають увагу, що фізична активність не є універсальним рішенням, а залучення до неї має базуватись, зокрема, на доступності та бажанні самих ветеранів займатися спортом.

Результати якісного етапу



Портрет реабілітаційних закладів

Для дослідження було обрано представників реабілітаційних закладів і реабілітаційних відділень при районних, обласних лікарнях чи військових шпиталях. Така вибірка продемонструє більш повну картину того, як відбувається реабілітація в різних за розміром, територіальним розташуванням та специфікою закладах. Втім варто зауважити, що наявність різноманітних закладів, діяльність яких спрямована на реабілітацію, не дає підстав екстраполювати отримані дані на всю генеральну сукупність. Йдеться лише про можливість формулювати припущення чи робочі тези, що потребують подальшої перевірки.

Серед респондентів дослідження 8 представляють реабілітаційні центри та клініки, 4 — благодійні фонди, хаби та громадські організації, а 17 — реабілітаційні відділення при районних, обласних лікарнях, госпіталях ветеранів війни, військових шпиталях (також тут представлені центри досконалості).

Якщо говорити про специфіку надання реабілітаційних послуг, то здебільшого всі реабілітаційні заклади, які представлені в дослідженні, мають і стаціонарну, і амбулаторну реабілітацію. Якщо йдеться про приватні заклади, то в деяких з них є лише амбулаторний пакет послуг.

«Відділення вміщає в собі стаціонарне, це 30 осіб. Від 24 до 30. Також є в нашій лікарні амбулаторна реабілітація, але я сама працюю в стаціонарній», — фахівець/чиня з реабілітації.

Більшість респондентів та респонденток дослідження залучені до роботи у відділеннях чи закладах, які співпрацюють із НСЗУ за пакетами медичних гарантій стаціонарної чи амбулаторної реабілітації. Такий формат передбачає дотримання певних вимог та умов, як-от кількість ліжкомісць, склад мультидисциплінарної команди, кількість часу для реабілітації, специфіка реабілітації, обладнання тощо.

У випадку із стаціонарною реабілітацією респонденти наголошували на тому, що в їхніх відділеннях наявно мінімум 20 ліжкомісць, але здебільшого йдеться про 25–30, також є зали для здійснення фізичної терапії, надання індивідуальної реабілітаційної допомоги з фізичної терапії, занять з ерготерапії. Фахівці з реабілітації вказували на те, що за наявності достатньої кількості приміщень можуть бути кабінети для терапії з мови та мовлення й надання психологічної допомоги. До мультидисциплінарної команди належать лікарі з фізичної та реабілітаційної медицини, лікар-психолог/лікар-психотерапевт/клінічний психіатр, фізичні терапевти, ерготерапевти, асистенти фізичного терапевта та ерготерапевта, медичні сестри.

«Тобто у нас всього більше 50 людей працює у відділенні. І це фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи, соціальні працівники, лікарі фізично-терапевтичної медицини», — фахівець/чиня з реабілітації.

Окрім того можуть залучатися фахівці, діяльність яких спрямована на лікувальну чи соціальну підтримку. Це залежить не лише від потреб, але й від спроможностей закладу.

«Фахівець з супроводу ветерана, який є в нашій лікарні, який за принципом "рівний рівному", тобто людина з бойовим досвідом, він сьогодні більше психологічної допомоги і підтримки надає, чим фаховий психолог жінка, яка не має військового досвіду», — фахівець/чиня з реабілітації.

Якщо говорити про кількість годин реабілітаційних занять на день, то все залежить від індивідуального реабілітаційного плану пацієнта, а також типу закладу. У приватних центрах, які працюють з пацієнтами лише амбулаторно, йдеться про декілька годин занять на тиждень, а не щоденно.

«Тобто 4 тижні, 3 рази в тиждень, один день відновлення, один день заняття. А якщо це неврологія, це вже залежить від степеню поранення пацієнта, від зони ураження нерва, від надриву чи розриву нерва. Це вже від ступеню пошкодження залежить. Тому що неврологія може бути відновлення від 3–4 місяців до 2 років. Але відповідно ми тут робимо перерви. Тобто ми декілька місяців займаємося, місяць-два пацієнти роблять перерву або йдемо в стаціонар і таким чином працюємо. Тобто просто якогось такого прям сталого періоду немає. Деякі пацієнти займаються два рази на тиждень, деякі зазвичай це тричі тиждень. Тобто працюємо день перерви. Але все ж треба підлаштовуватись дуже індивідуально», — фахівець/чиня з реабілітації.

У випадку з пацієнтами зі стаціонарних відділень чи закладів кількість годин щоденної реабілітації варіюється від потреб, адже це можуть бути різні стани, різні травми/поранення/захворювання, що й визначає кількість годин на день. У межах дослідження фахівці з реабілітації говорили про мінімум 2 та максимум 6–7 годин.

«Обов'язкові реабілітаційні заходи людина охоплює в межах трьох годин. Але є різні випадки, максимально різні випадки, і відповідно до потреби стану пацієнта ми можемо збільшувати кількість годин або шляхом зменшення кількості фахівців. Наприклад, є людина, яка не потребує фізичного терапевта, вона потребує лише ерготерапевта. А є люди, які потребують і терапевта мови та мовлення, і фізичного, і ерготерапевта, і психолога. Тобто відповідно вже до цього ми

відштовхуємося. Від цього насичується сама реабілітаційна програма. Складається чи насичується? Модифікується, можна так сказати», — фахівець/чиня з реабілітації.

Також у межах дослідження серед респондентів були фахівці з реабілітації, які працюють з пацієнтами в гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційному періодах, що також створює певну специфіку щодо кількості годин занять на день, додаткових заходів та специфіки взаємодії з пацієнтами.

Ми окремо розглянули особливості реабілітаційних закладів, працівники яких брали участь у дослідженні, щоб детальніше показати, як процес реабілітації може варіюватися залежно від різних факторів. Також це потенційно матиме вплив на те, чи залучається до реабілітації додаткові заходи (фізична активність зокрема).

Загалом у дослідженні було розглянуто процес реабілітації та його специфіку, проте це не становило головної мети, тому наведена інформація має радше ознайомчий характер. Під час формування вибірки враховувалася потреба залучити різні реабілітаційні заклади, що дає змогу наблизитися до створення повнішої картини надання реабілітаційних послуг в Україні. Водночас, оскільки за основу було взято якісну методологію, подані дані про заклади мають поверховий характер і не відображають спрощеної моделі всієї системи реабілітації в Україні.

Окремо варто зазначити й про перешкоди та виклики, з якими стикаються реабілітаційні заклади в Україні, адже вони можуть впливати, зокрема, й на можливість упровадження додаткової фізичної активності.

Потреби та перешкоди реабілітаційних закладів

Система реабілітації в Україні нині стикається з численними викликами, зумовленими активною фазою війни, що спричиняє суттєве зростання кількості людей, які потребують реабілітації — як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців. Розбудова інфраструктури, формування спроможностей, реформування системи відбувається в період великого навантаження на цю сферу. Тому реабілітаційні заклади та їхні працівники зіштовхуються з певними викликами та перешкодами, які можуть впливати на якість і кількість надання реабілітаційних послуг.

Поряд із вивченням додаткової фізичної активності в межах реабілітації, дослідження зосереджувалося також на перешкодах і викликах, які постають перед реабілітаційними закладами. Цей аспект є ключовим для формування рекомендацій і гіпотез. Більшість виявлених проблем стосується базового рівня надання послуг, що ускладнює подальше впровадження додаткових заходів або їхнє розширення.

До викликів та перешкод, про які говорили фахівці з реабілітації, можемо зарахувати:

- 1. Брак фахівців з реабілітації.** Це питання не лише браку людей загалом, але й тих, хто має відповідні знання та компетенції. Питання дефіциту кадрів впливає на якість та кількість надання реабілітаційних послуг.

«Дефіцит кадрів — це найкритичніша проблема, яку треба вирішувати, тому що людей нема. Навіть просто іноді стоїть, пилиться, пилом покривається обладнання, яке б реально могло приносити користь, але люди не володіють компетенцією, кваліфікацією і не можуть зрозуміти, куди його взагалі інтегрувати у реабілітаційний процес», — фахівець/чиня з реабілітації.

До питання браку фахівців респонденти зараховують проблеми освітніх програм, адже наразі їх не так багато, щоб готувати достатню кількість якісних фахівців (йдеться радше не про кількість самих програм, а про їх якість). Також сюди належить питання грошового забезпечення, адже, на думку респондентів дослідження, зарплати в більшості реабілітаційних закладів не такі високі, щоб можна було заохочувати більше людей до роботи в них.

«Але у зв'язку з тим, що і заробітні плати не так добре стимулюють, щоб фахівців притягнути таких кваліфікованих», — фахівець/чиня з реабілітації.

Тому часто фізичні терапевти, терапевти з мови та мовлення, психотерапевти та інші мають або приватну практику, або після роботи

у відділенні йдуть додатково працювати ще, щоб у такий спосіб компенсувати низьке грошове забезпечення.

Питання браку фахівців також частково спричинене **вигоранням** чинних працівників, які через велике навантаження та виклики роботи з ветеранами/ками зіштовхуються з моральним та фізичним виснаженням. Це також сприяє відтоку кадрів із системи реабілітації.

«Ми вже почали помічати, наші фахівці почали вигорати навіть за два повноцінних місяця стаціонарної роботи. Вони вигорають і фізично, і вони почали емоційно вигорати, і ми почали з ними працювати в розрізі того, щоб вони не перебирали на себе травмуючий досвід психологічний кожного військового», — фахівець/чиня з реабілітації.

- 2. Велике навантаження на фахівців з реабілітації.** Через брак кадрів, велику кількість пацієнтів та об'єм роботи фахівці перевантажені.

«Основна завантаженість, я вам хочу сказати, так, ми дійсно всі просто валимося з ніг, тому що, ну, просто, але у нас є деякі проекти, які ми робимо після роботи для того, щоб заробити грошей», — фахівець/чиня з реабілітації.

До цього пункту варто також додати, що часто навантаженість фахівців є нерівномірною. Частина працівників у сфері реабілітації тривалий час не оновлювала свої знання та навички, що є важливим фактором, оскільки підходи швидко змінюються, з'являються нові методи, тренажери та обладнання. І саме це створює додаткове навантаження на фахівців, які якраз ці знання та навички мають. Водночас частина працівників реабілітаційних закладів можуть не виконувати потрібного функціоналу, але й надалі перебувати в складі команди професіоналів. Ця теза потребує детальнішого опрацювання.

«Тому що, на жаль, на даний момент лікарі не дуже усвідомлені і не можуть звикнути до того формату реабілітації нової, яка зараз надається. Хоча ми вже працюємо і до цього йдемо вже багато часу. І ми в таких умовах, що без цього, без активної реабілітації в нашому суспільстві буде доволі таке тяжко, тому що у нас не лише військові отримують травми, а й цивільні», — фахівець/чиня з реабілітації.

- 3. Брак інфраструктури.** Велика частина реабілітаційних закладів організована на базі лікарень чи військових шпиталів, тому вони залежать від тих приміщень, які їм виділили для проведення реабілітації. Тобто зростання колективу фахівців та нарощення реабілітаційних спроможностей відділення залежить від того, чи буде

достатньо місць під палати або кабінети для фізичної реабілітації, ерготерапії тощо.

«Хотілося би трошки більше простору і якихось нових тренажерів», — фахівець/чиня з реабілітації.

Окремим викликом є війна та постійні обстріли цивільної інфраструктури, які створюють ризик пошкодження чи знищення будівлі.

«У нас йде капітальний ремонт одного з приміщення, з корпусів, бо він постраждав під обстріл. Тому ми зараз всі в більш таких тісних умовах знаходимося і розвернутися повністю не можемо, як то кажуть», — фахівець/чиня з реабілітації.

- 4. Брак відповідного обладнання.** Більшість респондентів, які брали участь у дослідженні говорили про обладнання та раціональне його використання. Десь кількість обладнання є недостатньою і доводиться шукати волонтерів для того, щоб вони придбали його в реабілітаційний заклад, а десь наявна проблема нераціонального використання обладнання, коли купують декілька тренажерів, але вони лише займають місце, тоді як ці кошти можна було більш раціонально використати та купити один тренажер.

«Дивіться, особливо мені дуже бракує якоїсь спеціальної техніки, тобто якісь мотошини, якісь моторукавички, тобто такої дуже досить дорогої техніки, з якою можна працювати. Бо всім іншим ми укомплектовані повністю. Велотренажери, орбітреки, бігові доріжки, тобто підвісні системи. Це все в нас є. Я ж не кажу за фітболи, гумові м'ячі, подушки позиційні. Цього всього в нас вже отак. А от такого дорогого обладнання нам досить не вистачає. У нас є лише там одна мотошина, ну а якщо 47 людей, ви ж розумієте, одна мотошина, ну це не про що. Дуже багато ж пацієнтів зараз з парезами, з плегіями або з чимось таким, тобто нам цих рукавичок механічних так ось досить бракує. Вони начебто і недорогі, там 10–12 тисяч, якщо якісно гарно. Ну, от їх трошечки, звісно, бракує», — фахівець/чиня з реабілітації.

«От дивіться, є там, грубо говоря, 10 тренажерів, 7 із них використовуються, 3 просто стоять. Бо вони не потрібні? Чесно, ні. Просто куча тренажерів, їх можна замінити одним реабілітаційною кліткою, але цієї клітки немає, і поєтому треба використовувати інші тренажери. Але інші тренажери можуть бути не особливо зручними для розробки, для розтягнення і так далі. І поєтому розтягуємо, розроблюємо вручну, а не з поміщі тренажерів», — фахівець/чиня з реабілітації.

- 5. Брак додаткових фахівців для ветеранів/ок.** Доволі часто фізичні терапевти чи інші фахівці з реабілітації виконують додаткові функції, що пов'язані із соціальною, психологічною чи юридичною підтримкою ветеранів/ок. Наприклад, допомагають з оформленням пільг чи соціальних послуг, відновленням документів тощо. І це додаткове навантаження на них. Але без закриття цієї потреби пацієнта чи пацієнтки не буде якісної реабілітації, бо його/її увага будуть сконцентровані на тому, щоб зробити документи, пройти ВЛК чи оформити виплати.

«І з того, що можу сказати, чого не вистачає наразі, це не вистачає психологічної підтримки пацієнтам. Бо у нас фізичний терапевт робить це, він і психолог, він і соціальний супровід, він фізичний терапевт. І не вистачає нормальної роботи соціального супроводу. Соціальний супровід, цілі управління існують. Вони мають опікуватись тим, щоб цей пацієнт мав повні пакети документів, щоб пацієнти з ампутацією були добре спрямовані на протезування і консультувати, підтримувати в цьому. Вони мають допомагати пацієнту обрати протезний центр, а в нашому госпіталі цим займається фізичний терапевт», — фахівець/чиня з реабілітації.

- 6. Брак інформації про проходження реабілітації.** Доволі часто пацієнти, особливо військовослужбовці та військовослужбовиці, не знають ні про те, як їм потрапити на реабілітацію, ні про те, яким має бути процес. Такий брак інформації призводить до необізнаності пацієнтів щодо того, що є правильним під час реабілітації, а що — ні. Йдеться про розуміння того, які підходи мають використовуватися, які саме процедури є корисними та доказовими, яким має бути об'єм реабілітаційних послуг тощо.

Окремим викликом у питанні щодо військовослужбовців/иць є те, що вони не можуть проходити реабілітацію амбулаторно, тому змушені шукати можливість пройти її в стаціонарі. Хоча часто їхні травми/поранення/захворювання не передбачають перебування в стаціонарі. Це створює й додаткове навантаження на реабілітаційні заклади, і може ускладнити процес реабілітації для самих пацієнтів.

«Якщо брати, наприклад, військових, тут потрібні зміни в системі, напевно. Вони всі змушені шукати стаціонарну реабілітацію, бо для них амбулаторно неможливо. Для них має бути стаціонар, якщо вони діючі військові. Але вони такі, які мали би бути амбулаторними. Тобто вони можуть прийти в заклад, позайматися і покинути його, побути зі своїми сім'ями, якщо вони поряд, і не лежати в стаціонарі, не займати місця тих, хто більш важчий і чекає своєї черги», — фахівець/чиня з реабілітації.

7. Процес реабілітації — це не короткий період занять із фізичним терапевтом протягом 14 днів. Це тривалий комплекс заходів, який не завершується після виписки із реабілітаційного закладу, а продовжується уже в побутових умовах. Тому важливим викликом є готовність громад до підтримки пацієнтів у продовженні процесу реабілітації за межами спеціальних закладів. Сюди належить і питання доступності в громадах, і питання відповідних фахівців, які можуть підтримувати людей за межами реабілітаційних закладів у їхніх повсякденних справах. Наприклад, ерготерапевт у реабілітаційному відділенні дає базові знання та навички, а в майбутньому може виникати потреба у більш конкретних (робоче середовище, наприклад).

«Ну і реабілітація в громаді, тому що коли людина про це влаштовується, вона все одно потребує певних навичок, як професійних, так і функціонування в межах свого робочого місця. І тут немає, власне, фахівця відповідного, наприклад, ерготерапевта в громаді, який міг би там день побути із людиною, яка має певні рухові порушення або певне захворювання», — фахівець/чиня з реабілітації.

Це лише частина тих викликів та перешкод, про які зазначали респонденти, але вони доволі часто згадувалися й у контексті питань про додаткові заходи під час реабілітації та імплементацію адаптивної фізичної активності. Без вирішення більшості з них складно говорити про дозвілля та рекреаційні заходи, які можуть бути включеними до реабілітаційного процесу.

Додаткові заходи під час реабілітації

Навіщо потрібні додаткові заходи під час реабілітації?

У наступних розділах йтиметься здебільшого про ветеранів/ок, адже саме на них зосереджена основна увага в цьому дослідженні.

Окрім базових методів реабілітації, які містяться в реабілітаційному плані, у багатьох закладах застосовуються й додаткові активності: арт-терапія, риболовля, прогулянки, настільні ігри тощо. Активність поза реабілітаційним планом може бути як всередині реабілітаційного закладу, так і поза ним. Такі заходи одночасно вирішують кілька важливих завдань. По-перше, вони допомагають **якісно заповнити дозвілля пацієнтів**. По-друге, сприяють створенню дружньої, невимушеної атмосфери, в якій люди легше розкриваються, діляться емоціями та досвідом.

На відміну від формальних сесій із психологом, де дехто схильний закриватися, такі неформальні види активностей можуть викликати більше довіри та щирості.

«Знаючи, як хлопці описують, як вони приходять, і біля них після поранення весь час люди в білих халатах, у формах, в хірургічних, в цьому всьому. І вони кажуть: "Я уже не можу". І коли їх є тільки в басейн, на вулицю, вони зразу відкриваються, вони можуть», — фахівець/чиня з реабілітації.

Додаткова активність також сприяє тому, що **пацієнти менше часу проводять у палатах**. Це допомагає уникати зациклення на негативних думках і натомість наповнює їхній день більш якісним, змістовним дозвіллям. За відсутності такої зайнятості у пацієнтів з'являється надлишок вільного часу, який може спричиняти формування деструктивних моделей поведінки.

«Ми з самого початку старались створити на відділенні атмосферу такого ком'юніті, тобто місце, де люди можуть просто зустрітися і поспілкуватись, повзаємодіяти між собою, тому що в палатах там нудно дуже», — фахівчиня з реабілітації.

Проведення спільного часу разом є важливим фактором впливу на успішну соціалізацію під час реабілітації та поза нею в майбутньому.

Як впроваджуються та хто займається організацією різних активностей поза реабілітаційним планом?

Загалом процес впровадження активностей, занять і заходів у реабілітаційних центрах та інших закладах наразі не є врегульованим. Відсутнє загальне бачення того, як саме це має відбуватися: хто відповідає за організацію, які саме формати заходів є доцільними, як їх планувати та оцінювати. У результаті ці практики здебільшого базуються на місцевій ініціативі й у кожному закладі реалізуються по-різному — залежно від ресурсів, команди та індивідуального підходу. У частині закладів цим займаються соціальні працівники. У деяких — психологи. За відсутності в закладі соціального працівника, цим можуть займатись і самі фізичні терапевти, ерготерапевти чи психологи. Також можуть залучати волонтерів.

Але очевидно, що організація дозвілля не належить до функціональних обов'язків, наприклад, фізичних терапевтів. Коли працівники, чия основна робота полягає в наданні спеціалізованих реабілітаційних послуг, змушені додатково брати на себе відповідальність за дозвілля пацієнтів, це може мати кілька наслідків.

- По-перше, страждає якість їхньої основної роботи через перевантаження.
- По-друге, такі активності можуть реалізовуватися без достатньої підготовки, методичного підходу або розуміння потреб цільової аудиторії.
- По-третє, це може призвести до вигорання самих фізичних терапевтів.

«От, скажімо так, на початку війни, перший рік, фізичні терапевти були, скажімо так, і соціальними працівниками, тому що ми шукали всі можливі способи, як дістати допоміжне обладнання, як оформити, як знайти різні юридичні питання, так само ми шукали. Коли у нас з'явився соціальний працівник, ми із себе це зняли і нам трошки стало легше, ми почали займатися своєю роботою, тим, чим ми мали би займатись», — фахівець/чиня з реабілітації.

Співпраця з організаціями-партнерами

Ініціатива щодо організації активностей та заходів у середині реабілітаційного закладу може йти як з боку самого закладу, організовуватися власними силами, так і з боку місцевих ГО та волонтерів. Хоч це і не було фокусом нашого дослідження, але ми помітили, що багато реабілітаційних закладів взаємодіє з місцевими ГО, які працюють з ветеранами/ками. Це допомагає вирішити відразу декілька питань.

- По-перше, різноманіття дозвілля в реабілітаційному центрі. Як ми вже казали, часто ресурсів для організації дозвілля не вистачає, зокрема тому що відсутня штатна одиниця, до обов'язків якої це б належало. Також в закладах може не бути обладнання для проведення, наприклад, арттерапії. А ГО може приїхати вже зі своїм обладнанням або іншими речами, необхідними для проведення певного заходу або заняття.
- По-друге, за допомогою організацій-партнерів реабілітаційні заклади можуть розширити перелік послуг, які вони надають. Наприклад, в одному із закладів тісно співпрацюють з громадською організацією, яка надає послуги психологічної реабілітації та готує ветеранів/ок до вступу в універ

«Є угода про співпрацю з ветеранською організацією, це теж громадська організація, яка співпрацює із університетом. І специфіка їхніх програм — це і психологічна реабілітація, але це і навчання ветеранів, підготовка їх до вступу на і отримання професії психолога в університеті», — фахівець/чиня з реабілітації.

Третім важливим фактором взаємодії реабілітаційних центрів з організаціями-партнерами є надання ветеранам/кам нових навичок або знань під час реабілітації. Звісно, це вже не під час гострого періоду, а здебільшого на завершальних етапах. Це можуть бути як загальні навички, які покращують повсякденне життя, як-от фінансова грамотність:

«У нас є угода із таким діловим клубом, громадською організацією "Назва організації", яка організовує заходи по підвищенню фінансової грамотності населення», — фахівець/чиня з реабілітації.

Так і більш специфічні навички:

«Вивчається питання про те, щоб відкрити на базі центру можливий такий пункт у співпраці з польськими партнерами по виготовленню протезів на 3D-принтерах», — фахівець/чиня з реабілітації.

Загалом співпраця реабілітаційних закладів із зовнішніми організаціями-партнерами може мати відчутний вплив на процес інтеграції ветеранів. Особливо це стосується організації заходів поза межами лікарні. Під час тривалої реабілітації ветерани/ки часто відчують втому від одноманітного лікарняного середовища, тому нові враження та зміна оточення можуть суттєво знизити рівень стресу.

«Вони знають, що вони можуть прийти, поговорити, оце на вулицю вийти. Да, там фізично вони працюють, розроблюють те, що треба, але вони відпочивають головою, вони більше говорять. Бо деякі кажуть, можна на вулицю, бо в палаті не хочемо сидіти. Я думаю, звісно, погода хороша, чого не вийти. Тобто я думаю, що така рекреаційна реабілітація, вона більш психологічно допомагає відновитися хлопцям», — фахівець/чиня з реабілітації.

Але тут варто зауважити, що реабілітаційні заклади часто влаштовують активності поза лікарнею і самостійно. Це можуть бути прогулянки, відвідування парків, магазинів, ринків тощо.

«Ми з ними почали, спочатку там виїжджали поруч ресторан, була мотивація повечеряти. Потім ми в кіно разом їздили, тобто для них була мотивація почати активніше вставати на милиці, якимось, ну скажімо так, долати бар'єри, які є. Бо бар'єрів по місту достатньо багато. Не всюди може людина з обмеженою функціональністю дістатись. В ліс ми виїжджали, пам'ятаю, там сосиски смажити», — фахівець/чиня з реабілітації.

Ось на цьому прикладі ми бачимо, що позалікарняна активність стає стимулом, щоб швидше стати на милиці та вийти в місто, отримати нові враження. Звісно, що це не завжди є можливим фізично, але може мати суттєвий вплив саме на психологічний аспект реабілітації, стати додатковим фактором мотивації. Головне, щоб це відбувалося під контролем фахівця.

Також доволі часто реабілітаційні центри залучають до різноманітних заходів інших ветеранів/ок, які живуть у громаді. Це допомагає дотримуватись підходу «рівний рівному». В деяких реабілітаційних закладах на місцях діють фахівці із супроводу ветеранів/ок.

«Воно все працює за принципом "рівний рівному". Я постійно про це говорю. Тому що ветерани, наші фахівці, вони теж з протезами, з руками, які не працюють. Керівник у нас без одного очного яблука. Тобто і вони зробили оголошення, що саме вони ініціюють. І до них прийшли наші хлопці військові», — фахівець/чиня з реабілітації.

Спільний простір

Серед місць, де зазвичай відбувається така активність, називають коридор, актову залу, кухню тощо.

«Є величезна така ніби кухня для кави, чаю, там печенько завжди. Там є екран, там проводяться кінострічки, щовечора вони роблять, потім вони роблять там шкіряні і для паспорта обкладинки. І кожен день там щось відбувається. Хлопці просто з усіх відділень з'їжджаються туди, хто має бажання», — фахівець/чиня з реабілітації.

За хорошої погоди можуть використовувати спортивний майданчик біля закладу, якщо він є.

«Хлопцями того року, літом, виходили, у нас є двір в лікарні, ми виходили теж з хлопцями, буде з ось цією хондрозою, вони більше подвижні. Ми виходили, брали м'яч, і вони просто на території грали в м'яч, лібо футбол, лібо волейбол перекидувались. Оце теж і психологічне розвантаження, і активність, і плюс вони на вулиці, а не в приміщенні», — фахівець/чиня з реабілітації.

На думку респондентів, дуже важливо мати такий простір, адже це допомагає закрити потребу пацієнтів у спілкуванні. А спілкування своєю чергою є важливим елементом процесу реабілітації.

«Ми зрозуміли, що для наших хлопців, для наших титанів дуже важлива комунікація на відкритому просторі. Вони хочуть вийти на вулицю, вони хочуть спілкуватися, і ми вже біля реабілітаційного нашого відділення зробили таку зону відпочинку», — фахівець/чиня з реабілітації.

Водночас відсутність такого приміщення стає перепорою для впровадження додаткової активності. **В окремих закладах немає можливості проводити такі заходи через відсутність місця для спільного проведення часу.**

Загалом, додаткова активність має позитивний вплив на пацієнтів, на думку багатьох респондентів. Але в різних закладах є низка проблем та складнощів, які заважають впроваджувати більше позапланових активностей.

1. Відсутність окремої людини, робочий час якої був би повністю присвячений організації активностей. Фізичні терапевти, соціальні працівники, психологи наразі займаються організацією, але не мають цього робити.

2. Відсутність устаткування, яке могло б зробити дозвілля більш цікавим.
3. Брак простору для того, щоб була можливість проводити час разом.
4. Складнощі, пов'язані зі станом пацієнтів, адже не всі можуть вільно пересуватися поза межами палат чи залучати додаткове навантаження, яке може вплинути на їхній стан здоров'я.
5. Брак ініціативи з боку самих пацієнтів. Процес реабілітації може втомлювати, особливо коли йдеться про 5–6 годин реабілітаційних заходів. Тому зрідка пацієнти не відвідують заходи через фізичну та моральну втому.
6. Обмеження, які пов'язані зі специфікою проходження реабілітації. Насамперед це лікувальний заклад, і основним завданням, яке постає перед фахівцями, є реабілітація. Є індивідуальні реабілітаційні плани, певна кількість годин реабілітації на день, фіксований робочий день працівників тощо. Наявність додаткових активностей поза межами лікувального закладу часто залишається неможливою, адже це не передбачено в межах прописаних планів. Теж саме про будь-які інші додаткові активності.

«А у відділенні дуже хотіла, щоб в нас був проектор, де ми могли б збирати наших пацієнтів у вихідний день. Тому що в нас один вихідний день тоді, коли вони займаються домашньою програмою реабілітації. І буває таке, що вони всі стоять по своїм палатам і не виходять. То хотілося б, щоб у них був такий, я собі вже думала, візьмемо проектор, створимо групу у Viber чи Telegram, де вони будуть голосувати, які сьогодні дивляться фільм, чим вони сьогодні займаються, проголосували всіх груп пацієнтів, які знаходяться у відділенні. Зібралися, годину провели часу разом, отримали і соціалізацію, і активність, тому що для деякого навіть важко пройти метрів 10–8, для них це тяжко, а тут вони знають, що всі йдуть, вони з гуртом і такі, активні», — фахівець/чиня з реабілітації.

І якщо проблему устаткування, обладнання вирішити простіше, то проблема відсутності місця для проведення спільного дозвілля є значно складнішою. У деяких закладах для цього просто немає місця.

Отже, додаткові активності, не передбачені базовим реабілітаційним планом, відіграють важливу роль у психологічному відновленні ветеранів. Припускаємо, що вони можуть сприяти соціалізації, зниженню рівня стресу, профілактиці деструктивної поведінки та наповненню щоденного життя змістовними подіями.

Водночас впровадження таких заходів залишається неструктурованим і залежить переважно від ініціативи окремих працівників або установ. Відсутність системного підходу та розподілу відповідальності створює ризик перевантаження персоналу й нерівномірного доступу до якісного дозвілля.

Важливо зазначити, що додаткові заходи в межах реабілітації відіграють часто підтримувальну роль, а не основну. Кожен пацієнт/ка насамперед потребує якісних реабілітаційних послуг, а вже потім — змістовного наповнення дозвілля. Тому під час розгляду цього питання слід пам'ятати, що йдеться про реабілітаційні заклади та сам процес реабілітації, де інші заходи виконують допоміжну функцію.

Роль додаткової фізичної активності в процесі реабілітації

Одним із доволі поширених додаткових заходів у межах реабілітації є фізична активність. Впродовж інтерв'ю учасники дослідження ділилися досвідом впровадження додаткової фізичної активності для ветеранів і ветеранок, які проходять реабілітацію у їхніх закладах. Важливо зазначити, що в цьому питанні акцент ставився саме на додаткові заходи з фізичної активності, які не включені в план реабілітації. У ході розмови з фахівцями звучали такі терміни, як «додаткова фізична активність», «адаптивна фізична активність», «адаптивний спорт». Нашим завданням було з'ясувати, які види додаткової фізичної активності доступні для ветеранів і ветеранок у закладі реабілітації чи поза ним, де й хто їх організовує і якою, на думку фахівців, є роль додаткової фізичної активності у відновленні.

Види додаткової фізичної активності, про які згадували учасники дослідження

Фахівці з реабілітації зауважували такі види додаткової фізичної активності, доступні для військовослужбовців/иць та ветеранів/ок, що перебувають на реабілітації:

- стрільба з лука
- заняття в тренажерному залі (індивідуальні і групові)
- плавання в басейні
- футбол (зокрема ампфутбол)
- волейбол
- баскетбол (зокрема на кріслах колісних)
- настільний теніс
- піші прогулянки територією або за межами території закладу
- ходьба через бар'єри
- більярд
- стретчинг
- кросфіт
- поїздки на велосипедах
- дартс
- шоудаун
- голбол
- скеледром
- іпотерапія
- скандинавська ходьба
- біг (зокрема марафони)

- армреслінг
- біатлон

Частіше за все учасники дослідження з різних закладів реабілітації згадували про стрільбу з лука, заняття в тренажерному залі, плавання в басейні, настільний теніс і скандинавську ходьбу. Про перераховані види активності учасники говорили як у контексті індивідуальних занять, так і командних ігор, зокрема зі змагальним характером.

«Цими різними активностями відповідно до побажань учасників у конкретний час або індивідуально, або у груповому форматі ставляться графіки, протягом тижня так само мають певні активності», — фахівець/чиня з реабілітації.

Частково елементи різних видів спорту імплементовані в реабілітаційні заходи. Зокрема, у деяких реабілітаційних закладах є тренажери-симулятори, де елемент гри — це основний засіб. Тому загалом є складнощі в тому, щоб визначити, скільки фізичної активності має пацієнт/ка протягом тих годин реабілітації, а скільки — поза ними.

Організація активностей: які ресурси залучаються

Для організації додаткової фізичної активності в закладах реабілітації ветеранів і ветеранок залучаються як фахівці цих закладів, так і представники інших організацій. У закладах основну роль супроводу ветеранів/ок під час додаткових занять відіграють фізичні терапевти. Саме вони контролюють навантаження під час фізичної активності, за потреби коригують його, допомагають визначити, яка активність підійде конкретному/ій пацієнту/ці, та консультують. Поряд з фізичними терапевтами супровід також надають ерготерапевти та асистенти, зокрема допомогу в користуванні інвентарем.

«Є наше завдання в чому? По-перше, застерегти пацієнта. Він, можливо, знає, в тому азарті може не розуміти, не знати, що йому не можна, наприклад, його застерегти», — фахівець/чиня з реабілітації.

«І фактично це все відбувається під наглядом безпосередньо фізичного терапевта, щоб контролювати... Два спеціалісти. Завжди присутні в залі або два фізотерапевти, або фізотерапевт і асистент», — фахівець/чиня з реабілітації.

Адміністрація закладу реабілітації (керівники, завідувачі відділенням) теж відіграють роль в організації додаткової фізичної активності: нерідко саме вони стають ініціаторами подібних заходів, також відповідають за

організацію локації, за потреби транспорту, пошук фінансових ресурсів і партнерств. У деяких закладах (залежно від спеціалізації, форми власності, фінансування та інших чинників) адміністрація також може забезпечити наявність окремої посади для працівника, що займатиметься додатковими активностями з пацієнтами.

«Ми залучили людей, у нас є фахівці, не один фахівець, які відповідають за спортивну роботу. Ми навіть маємо фахівця, який веде окремо групові заняття. Ми маємо соціального працівника, який долучається до всієї спортивної активності. Це не тільки фізичний терапевт, але і соціальний працівник», — фахівець/чиня з реабілітації.

«По факту перше, що почалося, це з ініціативи нашої заввідділення було. Оце, що я казав, вона знайшла контакт, вихід, я не знаю, як тоді відбулося, але це особливо в кріслах колісних приїжджали і цю стрільбу з луку вони пробували реалізувати», — фахівець/чиня з реабілітації.

Іншими працівниками закладів реабілітації, які долучаються до організації фізичних активностей, можуть бути фахівці із супроводу ветеранів, соціальні працівники, психологи, тренери, ментори і навіть капелани. Фахівці із супроводу ветеранів, капелани, соціальні працівники займаються організацією активностей і залучають ветеранів/ок до участі, тренери, ментори, психологи безпосередньо працюють із пацієнтами під час активностей. Деякі учасники дослідження розповідали, що в їхніх закладах працюють ветерани як фахівці із супроводу, тренери тощо. Це допомагає будувати комунікацію з пацієнтами-ветеранами/ками за принципом «рівний рівному».

«Коли у нас з'явився соціальний працівник, ми з себе це зняли і нам трошки стало легше, ми почали займатися своєю роботою, тим, чим ми мали би займатися», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Ідея народжується в капелана, і він збирає охочих, які підтримають це, або хлопці можуть надавати свої пропозиції, хлопці і дівчата, що б вони хотіли спробувати, і в такому форматі вже працює», — фахівець/чиня з реабілітації.

Нерідко заходи з елементами фізичної активності для ветеранів організовуються разом з партнерами: громадськими, волонтерськими, ветеранськими організаціями, благодійними фондами, спортивними закладами і школами. Зі слів учасників, такі партнерства можуть ініціювати як заклади реабілітації, так і самі представники організацій. Формат партнерської взаємодії може бути різний: забезпечення інвентарем, організація заходу з фізичної активності для пацієнтів закладу реабілітації,

фінансова підтримка, долучення фахівців з реабілітації і спорту тощо. Також наявні ініціативи від окремих благодійників і активістів, зокрема ветеранів, що вже мають досвід реабілітації та відновлення.

«Вони залучають лікарів, наприклад, в команду, яка супроводжує, запрошують фахівців, які фізичну реабілітацію допомагають здійснювати. Ось саме завдяки такій співпраці з громадськими організаціями, з благодійними організаціями це є можливим», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Тренери міжнародні, сертифіковані, вони звернулися до нас. Хочуть проводити заняття», — фахівець/чиня з реабілітації.

Залежно від типу фізичної активності заняття можуть відбуватися в різних локаціях як у межах закладу реабілітації, так і поза ним. Учасники дослідження називали такі локації, як тренажерний зал, ігрова кімната, спортивний майданчик, спортзал школи, спільний простір в межах закладу, басейн, природні середовища (наприклад, водойми). Не кожен заклад, представники якого брали участь у дослідженні, має облаштовані локації для фізичної активності у своїх межах; тоді на допомогу приходять партнерства із іншими закладами й організаціями. Також учасники згадували про використання спільних просторів у межах закладу і їх адаптацію до занять фізичною активністю: в укриттях розташовують тенісні столи, у коридорах та на подвірях облаштовують смугу перешкод тощо.

«Ми не закриваємо наш зал, тобто всі, хто хоче, приходять, окрім занять, мають можливість додатково позайматися над своєю проблемою або просто на таку загальну фізичну підготовку», — фахівець/чиня з реабілітації.

«З хлопцями того року, літом, виходили, у нас є двір в лікарні, ми виходили теж з хлопцями [...] Ми виходили, брали м'яч, і вони просто на території грали в м'яч, лібо футбол, лібо волейбол перекидувались», — фахівець/чиня з реабілітації.

У підсумку варто наголосити, що різноманіття додаткової фізичної активності переважно не системне і часто залежить від ініціативи окремих працівників, що створює ризик його припинення. За словами респондентів, наявність окремої відповідальної особи могла б частково усунути ці труднощі.

Роль додаткової фізичної активності у відновленні ветеранів/ок

Незважаючи на різний рівень присутності додаткової фізичної активності у процесі реабілітації ветеранів/ок у різних закладах, учасники загалом схвально ставляться до ідеї додаткових фізичних навантажень у формі індивідуальних та командних занять. Зокрема, учасники зауважували, що:

- **додаткова фізична активність сприяє кращому перебігу реабілітації**, полегшує взаємодію з лікарями і терапевтами, дисциплінує, розвиває цілеспрямованість.

«Знаючи, як хлопці описують, як вони приходять і біля них після поранення весь час люди в білих халатах, у формах, в хірургічках, в цьому всьому. І вони кажуть: "Я уже не можу". І тільки коли їх в басейн, на вулицю, вони зразу відкриваються, вони можуть», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Це дає можливість ветерану не тільки відчувати прогрес у своєму стані фізичному. Інша справа, це дуже дисциплінує, тому що любі фізичні навантаження або заняття, вони проходять в певний час, в певний відрізок часу, в певні дні. І це теж дуже дисциплінує людину готуватися, приходити», — фахівець/чиня з реабілітації.

- **фізичні вправи мають позитивний вплив на психоемоційний стан пацієнтів**, є способом відволіктися від важких думок і зосередитися на активності, а також сприяють боротьбі із залежностями.

«Хлопці дуже зосереджені, і психологічно це на них дуже добре впливає. Воно якось відкидає ці інші проблеми, вони зосереджуються на стрільбі з луку, і потім от на протязі тижня ти просто за ними спостерігаєш. Вони трішечки вже себе інше ведуть», — фахівець/чиня з реабілітації.

- **групові заходи з фізичної активності сприяють побудові нових соціальних зв'язків**, появі кола однодумців, що стають підтримкою одне для одного.

«А коли приїжджають ще волонтери, і вони в один і такий самий час щодня приїжджають, і це як тренування, і це як їхні друзі, це просто для них ще одна опора», — фахівець/чиня з реабілітації.

- фізична активність у колі не лише інших ветеранів/ок, а й цивільних дорослих та дітей **позитивно впливає на реінтеграцію ветеранів/ок у суспільстві**, зменшує бар'єри для спілкування, створює умови для прийняття, зменшення відчуженості, посилення підтримки.

«Знаєте, коли учні-школярі приймають участь ще в змаганнях, а поряд з ними на сусідньому щиті стріляють ветерани-військові, це викликає досить велике захоплення, знаєте, деякі ветерани отримували навіть зі сторони школярів, інших учасників таку підтримку, коли, наприклад, не маючи кінцівки або, наприклад, не маючи одного ока, військовий стріляє, то навколо нього це як мінімум всі захоплюються і всі підтримують», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Для них це позитивно, тому що вони адаптуються, незважаючи на свою травму, на свої порушення, на якісь певні перешкоди. Вони на рівні спілкуються з усіма людьми. Їх не ізолюють, їх не відокремлюють. Вони — частина громади і частина нашого суспільства. Просто вони трішечки інакше, скажімо так, рухаються, от і все», — фахівець/чиня з реабілітації.

- **фізична активність може стати інструментом підтримки результатів реабілітації вже після завершення реабілітаційного процесу**, тому важливо впроваджувати її ще на етапі, коли пацієнт перебуває в закладі.

«Все ж таки реабілітаційний процес колись закінчується, і не завжди людина буде в колообігу реабілітаційних центрів перебувати, а рано чи пізно потрібно це коло розірвати і записатися все ж таки в той тренажерний зал, який знаходиться в сусідньому будинку. І займатися просто якоюсь фізичною активністю для підтримки рівня», — фахівець/чиня з реабілітації.

Зауважуючи позитивне ставлення до фізичної активності як додаткової частини відновлення ветеранів і ветеранок, респонденти дослідження наголошують, що все-таки первинними є ті процедури, які містяться в реабілітаційному плані, і впроваджувати додаткову активність рекомендують лише тоді, коли стан пацієнта є стабільним. Думки стосовно того, у якому періоді реабілітації можна впроваджувати додаткову фізичну активність, розділились: деякі вважають, що додаткові заходи можна впроваджувати і в гострому та підгострому періоді, інші ж наполягають, що така активність є доречною вже в післягострому та довготривалому періоді реабілітації.

«Госпіталь — це гостра-підгостра стадія відновлення, і тут не має бути от таких от залучень фізичних активностей. Як тільки пацієнту потрібен тенісний стіл, значить, він уже не госпітальний», — фахівець/чиня з реабілітації.

Загалом учасники дослідження вважають, що додаткова фізична активність відіграє позитивну роль у процесі реабілітації та відновлення ветеранів і

ветеранок, має застосовуватися з розумінням впливу тих чи тих фізичних навантажень із супроводом лікаря чи фізичного терапевта.

«Фізична терапія — це більш такий лікувальний момент, але фізична активність і адаптивний спорт — це насправді те, що зтягує пацієнтів, яке приносить не тільки якийсь лікувальний ефект, а відповідно ще й задоволення», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Я розумію, що фізична активність дуже важлива і цей напрямок треба розвивати за період перебування в реабілітаційному відділенні», — фахівець/чиня з реабілітації.

Адаптивний спорт: хто впроваджує та чому?

Однією з цілей цього дослідження було з'ясувати, що відомо фахівцям з реабілітації про адаптивні види спорту, і дізнатися, яким був їхній досвід впровадження адаптивного спорту як частини процесу відновлення ветеранів і ветеранок у закладах реабілітації: чи вдалося це зробити, що стало поштовхом, що завадило та інші подробиці.

Учасники дослідження, описуючи свої знання про адаптивний спорт, найчастіше асоціювали його з Іграми Нескорених (Invictus Games), ветеранськими організаціями, які проводять змагання та інші активності, й окремими видами спорту, які їм відомі: волейбол сидячи, баскетбол на кріслах колісних, стрільба з лука, плавання, джиу-джитсу, пауерліфтинг, біг, бочча. Серед учасників дослідження не було виявлено тих, для кого поняття адаптивного спорту виявилось зовсім незнайомим, втім деякі зауважували, що їм не доводилось занурюватися в тему адаптивного спорту.

«Адаптивний спорт — це, можливо, дещо видозмінений спосіб заняття спортом людини з інвалідністю, з травмою і так далі», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Для мене адаптивний спорт — це ті неймовірні речі, які вони роблять. Це спорт, який адаптується під фізичні потреби людей, які зазнали травми», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Я тільки знаю, що є різні напрямки, наприклад, той же Invictus Games, який найбільш розвинений в Україні, там долучаються військово-службовці, поранені», — фахівець/чиня з реабілітації.

Серед респондентів не було виявлено категоричних заперечень проти адаптивного спорту як способу для додаткового відновлення ветеранів, проте рівень впровадження спортивних активностей у закладах є різним. Переважно учасники розповідали про адаптивний спорт як спосіб провести дозвілля після виконання обов'язкової програми реабілітації, втім також є випадки, де елементи адаптивного спорту свідомо вміщені в реабілітаційний план.

Відомо про чотири реабілітаційні центри, три реабілітаційні відділення у госпіталях і одне відділення реабілітації в лікарні, представники яких зауважували впровадження адаптивних видів спорту для додаткового відновлення ветеранів і ветеранок, проте інші заклади також мають досвід залучення пацієнтів до групових та індивідуальних занять і змагань, не називаючи це адаптивним спортом, а радше фізичною активністю чи адаптивною фізичною активністю. Тобто можна помітити певну розмитість

і неоднозначність понять, якими оперують фахівці, говорячи про спортивну чи фізичну активність ветеранів і ветеранок.

Контекст, у якому фахівці говорять про фізичну активність і адаптивний спорт, можна поділити на такі три категорії:

1. Активність для відновлення і підтримки стану здоров'я після реабілітації: певний мінімум, який людині рекомендується виконувати задля збереження функціональності і рухливості.
2. Фізична активність і адаптивний спорт, як більш чітко окреслене хобі, що передбачає регулярність, участь в індивідуальних чи колективних тренуваннях і має змагальний характер (наприклад, Ігри Нескорених, організації Інваспорту, окремі локальні команди тощо).
3. Спорт вищих досягнень, що передбачає отримання доходу зі спортивної діяльності.

«В своїй практиці, я можу сміло сказати, вже понад 20–30 років ми використовуємо адаптивні види спорту, елементи видів спорту постійно», — фахівець/чиня з реабілітації.

«В нашому закладі є басейн і є тренер по плаванню. Він і є користувачем крісла колісного, і учасник Invictus Games, і мають можливість наші хлопці тренуватися і брати участь в різних іграх», — фахівець/чиня з реабілітації.

Впровадження адаптивного спорту/фізичної активності

Учасники дослідження ділилися думками щодо того, які є передумови для занять адаптивним спортом: по-перше, це виконання реабілітаційного плану, обов'язкових призначень, процедур і вправ, по-друге, стабільний стан пацієнта, тобто досягнення певних результатів реабілітації.

«Адаптивний спорт має практикуватися на етапі, в ідеальному випадку, після гострої фази, коли пацієнт вже стабільний, бо це може бути як елемент фізичної терапії, так і зацікавлення людини рухатися кудись далі», — фахівець/чиня з реабілітації.

Впровадженню адаптивного спорту (чи адаптивної фізичної активності) як частини відновлення ветеранів і ветеранок сприяли такі чинники:

- наявна матеріально-технічна база для тренувань;
- партнерства з волонтерами і ветеранськими організаціями (часто саме вони стають ініціаторами впровадження адаптивного спорту в процес

відновлення ветеранів/ок), партнерства із рекреаційними, спортивними закладами;

- наявність у закладі окремих працівників, які відповідають за додаткове відновлення, соціалізацію, рекреацію пацієнтів;
- наявність у фахівців, що працюють з ветеранами і ветеранками в межах реабілітації, спортивного досвіду будь-якого рівня або досвіду тренерства.

Крім цього, учасники зауважують випадки, коли заохочувальну діяльність, проведення тренувань і поширення ідеї фізичної та спортивної активності беруть на себе колишні пацієнти, які вже подолали шлях реабілітації та відновлення і тепер допомагають тим, хто його проходить.

«А стосовно рекреації, це вже у нас такий бонус, який можливий на нашій матеріально-технічній базі спортивній. Це всі види активності, які дозволяють ще більше заповнити графік», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Мабуть, першим таким, скажімо так, людиною, яка впроваджувала це все з 2018 року, це є наш психолог, яка організовувала різні виїзди, фізичні терапевти їй в цьому допомагали [...]. І першим таким спортом це була гра бочча. Один із перших — це була гра бочча, теніс, потім плавання, де наш пацієнт, а зараз уже і колега, став тренер. Займався, плавав, брав участь в різних змаганнях, різного роду змаганнях», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Це ще один проект, і там є очільником чоловік на кріслі колісному, який доволі активний, тобто він там кросфітом бавиться, знову ж таки, стрільба з лука, стрільба з гвинтівок, і там частина військовослужбовців вже його досвід десь перебирає, і можна до нього скеровувати», — фахівець/чиня з реабілітації.

Серед причин, які, на думку фахівців, можуть перешкоджати більш активному впровадженню адаптивного спорту для відновлення ветеранів і ветеранок у їхніх закладах, є:

- неперіоритетність для пацієнтів — фізична активність і спорт відходять на задній план, коли в людини на реабілітації є базові потреби й турботи, які потребують вирішення (наприклад, фінансові труднощі);
- акцент у закладах саме на реабілітацію, особливо в гострому періоді та у випадках особливо тяжких травм і складних станів пацієнтів;
- нестача ресурсів для додаткової діяльності (людських, фінансових, часових, інфраструктурних тощо);
- інші перешкоди, про які йтиметься далі.

Попри різний рівень впровадження адаптивного спорту в закладах, фахівці зазначили, що поширюють інформацію про можливості додаткової активності серед пацієнтів; таку інформацію вони отримують від волонтерів, ветеранських організацій, благодійних фондів, через особисті контакти, зокрема з колишніми пацієнтами тощо.

«Дуже круто працює досвід тих, хто уже пройшов цей шлях, хто мав досвід реабілітації через фізичну активність, адаптивний спорт, участь у змаганнях. І дуже часто наші колишні пацієнти приходять ділитися своїм досвідом до нас у відділення з іншими», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Нам періодично з ветеранського центру приносять заявки про те, що такого-то, ну, якогось певного часу буде проводитися той чи інший захід», — фахівець/чиня з реабілітації.

Кілька учасників висловлювали також думку про те, що якщо в процесі реабілітації пацієнт проявляє інтерес до певного виду адаптивного спорту, то фізичний терапевт, лікар з фізичної та реабілітаційної медицини й інші фахівці можуть це враховувати в реабілітаційних заходах. Це передбачає коригування навантажень на певну ділянку тіла, консультації з тренером, допомогу в підборі адаптивного інвентарю тощо. У такий спосіб створюється тристороння співпраця пацієнта, фахівців з реабілітації і тренера, який відповідає за спортивну діяльність.

«Коли є якісь ризики, зміни стану під час фізичного навантаження, наприклад, погіршення чи ризик травми, однозначно має бути задіяний фізичний терапевт для того, щоб допомогти правильно віддозувати навантаження відповідно до патології чи нозології», — фахівець/чиня з реабілітації.

«У нас пройшов обстеження, біомеханічне обстеження, хлопець, який займається адаптивним спортом, в нього дві ампутації. Зараз закінчується аналіз цих даних, потім буде інтерпретація для нього результатів, для його тренера. Ми його підтримуємо, супроводжуємо», — фахівець/чиня з реабілітації.

Перешкоди для впровадження додаткової фізичної активності в реабілітаційних закладах

Загалом більшість респондентів позитивно оцінюють додаткову фізичну активність та її роль у процесі відновлення після травм, поранень чи захворювань. Водночас, у багатьох закладах адаптивний спорт та інші форми фізичної активності досі не інтегровані як повноцінний складник реабілітаційного процесу. Важливо підкреслити, що йдеться не про фізичну активність у межах фізичної реабілітації, а саме про додаткову рухову активність, яка виходить за межі індивідуального реабілітаційного плану. Бо фізична реабілітація фактично є індивідуальним розробленим, на основі обстеження та потреб пацієнта, комплексом заходів під контролем фахівця, який направлений на поновлення функціональності після отриманих травм, поранень чи захворювань. Тому впровадження додаткової фізичної активності в деяких фахівців викликає побоювання.

«Ми мусимо корелювати тоді з фізичним навантаженням, поверху додавати ще якийсь адаптивний спорт. Він має бути дуже дозований, і він має бути дозований згідно наших навантажень, які ми даємо в реабілітації. Тому що, розумієте, в реабілітації ми не просто так кажемо пацієнту, бігай на доріжці. Ми відновлюємо функцію», — фахівець/чиня з реабілітації.

Учасники дослідження зазначають, що в окремих випадках саме фізичний стан пацієнтів та медичні показники можуть бути протипоказанням для залучення до додаткової фізичної активності, навіть якщо така активність загалом є корисною.

«Якщо військовий на лікуванні, значить йому геть погано, тому що зазвичай їх дуже проблемно відпускають на лікування. І відповідно там не те що про спорт, там вони дихають через раз», — фахівець/чиня з реабілітації.

Також учасники дослідження зауважували, що універсальні заняття, які пропонуються всім пацієнтам, не завжди відповідають індивідуальним фізичним можливостям усіх ветеранів/ок, що в окремих випадках може призводити до розчарування та подальшої демотивації щодо участі в подібних активностях.

Учасники дослідження наголошують, що додаткова фізична активність має враховувати індивідуальний фізичний стан пацієнта та етап його реабілітації. Саме ці фактори мають визначати доцільність і формат таких занять. Водночас фізичний стан сам по собі не є перешкодою, а радше вихідною точкою для ухвалення зважених рішень щодо фізичного

навантаження. Якщо стан дозволяє, тоді на заваді можуть ставати інші перешкоди, про які ми будемо говорити далі.

- **Брак ініціативи з боку ветеранів**

Учасники дослідження поділилися думкою, що часто ветерани, які проходять реабілітацію у їхніх закладах, мають низький рівень мотивації займатися додатковою фізичною активністю. Це своєю чергою залежить від декількох різних факторів. По-перше, низька мотивація займатись спортом під час реабілітації пов'язана з тим, що люди загалом раніше не займалися спортом, тому не вбачають необхідності в ньому зараз.

«Тобто декому не потрібно нічого. В принципі як це, якщо людина не бігала раніше, то й малоймовірно, що вона буде бігати після травми», — фахівець/чиня з реабілітації.

Отже, відсутність залучення до адаптивного спорту зазвичай не пов'язана з упередженістю щодо фізичної активності після травми, поранення чи захворювання. Радше це пояснюється тим, що й до поранення спорт не був звичною частиною життя пацієнта. Під час реабілітації мотивація часто спрямована на повернення до повсякденного життя тією мірою, якою це можливо, а не безпосередньо на включення спорту.

«Більшість з них може дійсно не хотіти якоїсь такої спортивної залученості і принагідності або ранжування до якогось виду спорту. Їм головне відновитися, ходити так само, як до поранення, чи бігати, чи рукою рухати так само, як до травми, до поранення. І це в них в пріоритеті. Знову ж таки, для того, щоб допомогти там по господарству батькам, якщо літні батьки або дружині за дітьми доглядати або відповідно на роботу якусь піти», — фахівець/чиня з реабілітації.

Можливо, брак полягає не так у мотивації, як у відсутності знань або розуміння того, що додаткова фізична активність сприяє відновленню повсякденних навичок. Йдеться не про участь у спортивних змаганнях, а про можливість через рух краще відчувати своє тіло, налагодити з ним контакт. А це своєю чергою допомагає швидше повернутися до активного повсякденного життя та більшої самостійності.

По-друге, брак ініціативи з боку ветеранів/ок на пізніх етапах реабілітації часто пов'язаний з тим, що саме в цей період думки дедалі більше зосереджуються на майбутньому поза межами лікувального закладу. Саме тоді, коли зазвичай пропонують долучатися до додаткової фізичної активності, увага ветеранів переключається на побутові та

життєві питання: як знайти роботу, оформити документи, утримувати родину, адаптуватися до цивільного життя після завершення служби. Ці турботи часто переважають над мотивацією до участі в заняттях, які, хоч і корисні, сприймаються як другорядні в умовах майбутньої невизначеності.

«Ну, є така категорія, що, наприклад, вони не хочуть. Або насправді є така приємна причина, коли хлопці звільнилися зі служби, я влаштувався на роботу. Ну, мені просто нема коли. Ви знаєте, людина адаптувалася, вже знайшла собі роботу, і слава Богу, він пішов працювати, він десь знайшов в себе в якісь інші галузі, професії, після ушкодження, після реабілітації він вже адаптувався. Я рахую так, що ми досягли своєї цілі, тобто соціалізація в людині відбулася», — фахівець/чиня з реабілітації.

Також в деяких ситуаціях відсутність мотивації зумовлена психологічним станом пацієнтів:

«Можуть бути якісь психологічні моменти, коли є такі пацієнти, які не хочуть нічого, навіть не хочуть реабілітації, коли лежать на реабілітації», — фахівець/чиня з реабілітації.

Про певну апатію деяких пацієнтів говорять також учасники дослідження та зауважують, що причиною цього є відсутність якісної психологічної реабілітації після лікування:

«Відсутність психологічної допомоги, і пацієнт таким чином просто в нього апатія. Йому потрібна психологічна допомога, не вистачає гарних психологів, якісних. І так виходить, що, наприклад, він був своїми супутніми захворюваннями, цей пацієнт не потрапив на реабілітацію. Він не встиг поспілкуватися з тим колом фізичних терапевтів і з тими пацієнтами, які в залі. І він у цього драйва фізичної активності не встиг помітити в госпіталі, бо його лікуючі лікарі не направили на реабілітацію. І його раніше цього всього, він це не встиг побачити, його перенаправили в якийсь санаторій. Приїхавши в той санаторій, пацієнт собі лежить в палаті, йому нічого не хочеться, нічого не цікаво», — фахівець/чиня з реабілітації.

Отже, бар'єри до участі в додатковій фізичній активності можуть бути пов'язані з особливостями психологічного стану ветеранів, зокрема як наслідок травми, поранення чи захворювання. У таких випадках важливо шукати індивідуальні підходи до мотивації за участі психологів. Адже додаткова фізична активність загалом демонструє позитивний вплив на

психоемоційний стан і може бути ефективним інструментом у подоланні симптомів психологічних розладів.

- **Брак персоналу**

Брак персоналу — це доволі поширена проблема для багатьох реабілітаційних закладів. Її умовно можна поділити на два напрями. По-перше, це відсутність окремого спеціаліста, відповідального саме за організацію фізичної активності та інших заходів поза межами основного реабілітаційного плану. Наразі ці функції здебільшого виконують фізичні терапевти, соціальні працівники або психологи. У деяких закладах ця відповідальність розподілена між кількома працівниками, що, однак, часто призводить до перевантаження й розмитості завдань.

«Тому багато пацієнтів дуже люблять велоспорт, але це для цього потрібно, наприклад, навіть не приміщення, відділення, а знаходити достатню кількість часу фахівцеві для того, щоб це зробити вже за межами лікарні. Але так як ми всі працюємо в державній установі, у нас є певні обов'язки у вигляді нормованого робочого часу з 8 до 5, і якщо це фахівець залучений не з одним пацієнтом і він потребує знаходитися у відділенні, то це зробити важко», — фахівець/чиня з реабілітації.

По-друге, навіть якщо додаткову активність організовує фахівець реабілітаційного закладу, як-от фізичний терапевт, соціальний працівник або психолог, зазвичай він не має спеціальної підготовки в цій сфері. Відсутні чітко визначені посадові інструкції, вимоги до змісту та якості таких заходів. Тому процес впровадження додаткової фізичної активності не піддається системному контролю чи оцінюванню. Фактично це має характер факультативної ініціативи: якщо у персоналу є ресурс, бажання або час, то активність буде. Якщо ж ні, то вона просто не проводиться.

«Адаптивні види спорту поки що ми не можемо, я ж кажу, організувати, тому що в нас немає не лікарів, не супровід, ми не можемо покидати. Тому над цим працюємо», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Через те, що зараз потік дуже страшний і великий, це нереально, в принципі, ми на межі з професійним вигоранням всі знаходимось, якщо так казати. То для нас далі зазирнути вже певних меж іноді проблематично», — фахівець/чиня з реабілітації.

Це питання має системний характер і потребує інституційного вирішення на рівні організації реабілітаційного процесу. Необхідно запровадити окрему фахову позицію, а саме спеціаліста, який має не так глибоку експертизу в адаптивному спорті, як знання в сфері організації, менеджменту культурних і спортивних заходів. Такий фахівець може бути штатною

одиницею в межах реабілітаційного закладу або частиною мультидисциплінарної команди, що обслуговує кілька установ.

Хоча це питання потребує додаткового дослідження, очевидним є те, що наявність окремого спеціаліста з організації додаткової фізичної активності є необхідною. Це дасть змогу вирішити одразу кілька проблем: зняти навантаження з іншого персоналу, а також забезпечити чіткий розподіл відповідальності, що своєю чергою сприятиме підвищенню якості та системності впровадження таких активностей.

- **Брак знань про адаптивний спорт**

Кілька учасників дослідження зауважили, що загалом мало знають про адаптивний спорт. І це певною мірою також є перешкодою у впровадженні. Адже в деяких фахівців з реабілітації відсутнє уявлення про те, як функціонує адаптивний спорт. Йдеться також про методичні рекомендації щодо впровадження адаптивної фізичної активності.

«Нам потрібна якісь клінічна настанова або перекладений протокол адаптивного спорту, і він має бути в електронній, ну, як би в повній доступу усіх. Якщо би ми його бачили, ми би бачили, що там застосовується, які м'язи, як це все робиться, тоді. Тобто нам теж треба мати базу, на чому цей спорт базується, що він буде, які м'язи використовувати», — фахівець/чиня з реабілітації.

- **Брак інфраструктури (місця, обладнання, умов)**

Ще однією перешкодою для впровадження додаткової фізичної активності в реабілітаційних закладах є брак простору або належної інфраструктури. У багатьох установах відсутні приміщення або облаштовані зони, де можна було б проводити такі заняття. Якщо в теплу пору року частину активностей можна організовувати просто неба, то в холодний сезон реалізація таких заходів стає майже неможливою. Це значно обмежує сталість та регулярність проведення додаткових активностей, що є критично важливими для процесу реадаптації.

«У нас перешкоди, в першу чергу, будуть заключатись в тому, що в нас відсутні місця для цього чисто, немає спортзалів певних, немає майданчиків для цього облаштованих. Багато де просто є звичайні спортивні майданчики, але, наприклад, якщо людина після ураження спинного мозку на рівні попереку, що пересувається на кріслі колісному, то вона не завжди може навіть банально добратися до цього майданчика через те, що він сконструйований неправильно. Тобто інклюзивно вони не дуже гарно зроблені», — фахівець/чиня з реабілітації.

«Таких ігрових видів спорту на базі нашого центру, наприклад, спорт-залу, щоб такий був розмір, у нас наразі немає. На жаль, кожен клаптик нашого простору дуже продуктивно використовується в плані кінезотерапії, кушетки, килимки, обладнання. Ми намагаємося максимально залучити все-таки тренерів і інспекторів зі сторони», — фахівець/чиня з реабілітації.

Однак навіть у тих реабілітаційних закладах, де формально наявна спортивна зала або простір для додаткової активності, їхнє повноцінне використання часто ускладнене через відсутність інклюзивності. Багато приміщень не пристосовані до потреб людей з порушеннями мобільності, спричиненими травмами, пораненнями чи захворюваннями. У більшості випадків заклади не мають ресурсів на переобладнання відповідно до сучасних вимог доступності. Це особливо характерно для установ, що розміщені в будівлях радянського типу, де архітектурні бар'єри неможливо усунути без капітального ремонту. Проблема стосується не лише приміщень, а й територій реабілітаційних закладів загалом.

«В нас є 25-метровий басейн, але він не є доступний для цих людей, хоча, люди, наше село розміщене біля госпітала в радіусі 13 кілометрів. І люди, які з, наприклад, окупованої території або хочуть більш безпечно жити, але мають травму спинного мозку, вони все-таки тут оселяються, шукають тут житло і стараються тут жити. Тому що це комфортне село. Але можливість займатися якимось спортом тут немає. І вони змушені виїжджати в великі міста. Щоб виїхати в велике місто, потрібно вже думати про транспорт», — фахівець/чиня з реабілітації.

Також частина учасників дослідження зазначила, що для повноцінного впровадження фізичної активності їм бракує спеціалізованого обладнання для облаштування спортивних залів і майданчиків. Йдеться, зокрема, про тренажери, інвентар для ігрових видів спорту, а також спеціалізовані крісла колісні. Частина такого обладнання, наприклад, крісла для баскетболу чи регбі, є вартісною, і реабілітаційні заклади зазвичай не мають можливості закупити його самостійно, оскільки наявні ресурси спрямовуються на більш нагальні потреби.

- **Брак інформування про можливості заняття адаптивним спортом**

Однією з перешкод, яку згадали учасники дослідження, є брак інформації про можливості занять адаптивним спортом. Варто зазначити, що цей коментар був поодиноким і стосувався не так впровадження адаптивного спорту в межах закладу, як обмеженої поінформованості про зовнішні можливості для ветеранів та ветеранок після завершення реабілітації. Водночас загальне підсилення комунікації та обміну

інформацією між реабілітаційними центрами, громадськими організаціями та адаптивними спортивними клубами, що працюють із ветеранами, може стати важливою основою для розвитку додаткової фізичної активності. У низці закладів така взаємодія вже демонструє позитивні результати.

- **Брак фахівців на місцях постійного проживання ветеранів та ветеранок**

Продовжуючи попередню тему, декілька учасників дослідження звернули увагу на те, що, навіть у разі залучення пацієнтів до додаткової фізичної активності або адаптивного спорту під час реабілітації, після повернення в громаду така можливість може бути втрачена. Причиною є відсутність адаптивних секцій та спортивних клубів у місцевості, де проживає ветеран/ка. Ця проблема є особливо актуальною для тих, хто повертається до невеликих міст або сільських територій, де спортивна інфраструктура або зовсім відсутня, або не є інклюзивною.

«Але тих, хто їде в село, ми коли випустимо людину, ми розуміємо, що в нього спінальна травма, в нього парапарез, тут дві кінцівки ніжні не працюють, спінальна травма. Або ще гірше, шийна травма, коли верхні не працюють. Ну що, його вправляють, вибачте, гнити в село якесь. У нього там не те що адаптивного спорту, у нього там навіть догляду нормального не буде», — фахівець/чиня з реабілітації.

З огляду на обмежені можливості для занять спортом у громадах, у ветеранів під час реабілітації може знижуватись мотивація до залучення до додаткової фізичної активності. Водночас важливо розуміти, що така активність не обов'язково має здійснюватись у спеціалізованих секціях. Це можуть бути навіть адаптовані домашні вправи, дібрані з урахуванням фізичного стану ветерана чи ветеранки та доступного простору. Однак для індивідуального добору таких програм потрібні додаткові ресурси: зокрема, спеціаліст у складі мультидисциплінарної команди, який би мав відповідну підготовку та міг не лише добирати вправи, а й шукати можливості продовження активності після виписки, в межах громади. Проте, як уже зазначалося, таких спеціалістів у більшості реабілітаційних закладів наразі немає, а працівники інших профілів (фізичні терапевти, соціальні працівники, психологи) фізично не мають ресурсу для виконання цієї функції.

- **Перешкоди з боку адміністрації**

Ще однією з перешкод для впровадження додаткової фізичної активності є небажання адміністрації реабілітаційних закладів брати на себе відповідальність за участь ветеранів у тренуваннях за межами установи. Навіть якщо поблизу є можливості для занять адаптивним спортом

(наприклад, у спортивних клубах чи на спеціалізованих майданчиках), керівництво не завжди готове організовувати такі виїзди або сприяти їм. Це пов'язано як з браком персоналу, який би супроводжував пацієнтів, так і з юридичними та адміністративними ризиками. Зокрема йдеться про відповідальність у разі травм чи інших інцидентів поза територією закладу. У результаті, замість підтримки ініціативи, адміністрація часто обирає стратегію уникнення ризиків, що звужує можливості ветеранів для активної участі в соціальному та фізичному житті під час реабілітації.

«Не завжди хочуть стаціонарних пацієнтів відпускати, тому що це відповідальність, якщо щось трапиться», — фахівець/чиня з реабілітації.

Також якщо військовослужбовці чинні, то їхнє перебування на території контролюється більш суворо.

«Реабілітаційне відділення, якщо це стаціонар, долучити неможливо, тому що це ж стаціонар, військові не можуть покидати лікарню, бо військовий куратор, це ж все контролюється дуже сильно», — фахівець/чиня з реабілітації.

До цього ж типу бар'єрів належить і бюрократизація процесів, пов'язаних із залученням ветеранів до активностей за межами закладу. Йдеться, зокрема, про необхідність отримання дозволів на користування спеціалізованим транспортом, погодження виходу за територію, супровід тощо. Формально такі дозволи можуть бути надані, але на практиці процес їх оформлення часто є надмірно складним і тривалим. Це не лише затримує реалізацію ініціатив, а й демотивує як персонал, так і самих пацієнтів, фактично створюючи адміністративні перепони на шляху до впровадження додаткової фізичної активності під час реабілітації.

«Наприклад, автопарк має виділити машину. Це військова така бюрократія, яка дратує, бо це мішає взагалі якимось відновленням. Автопарк має дати машину, начальник відділення, де лежить пацієнт, має погодити рапорт, в якому ти відпрошуєш пацієнта. Це має бути двічі на тиждень», — фахівець/чиня з реабілітації.

Потреба в інформуванні

У межах дослідження одним з важливих питань є визначення потреби в інформуванні, а також того, якою має бути подача цієї інформації. Без достатнього інформування та коректних каналів інформації складно масштабувати будь-які ініціативи чи підходи до відновлення ветеранів/ок. Тому в респондентів дослідження також запитували про те, чи мають вони потребу в інформації про адаптивні види спорту та загалом користь додаткової фізичної активності.

Важливо розуміти, що всі респонденти дослідження — це люди, які працюють у реабілітаційній сфері України, тому з частиною інформації вони й так ознайомлені. Достатньо невелика кількість респондентів говорили про те, що вони взагалі не знають нічого про адаптивну фізичну активність. Але водночас існує плутанина в термінах: фахівці з реабілітації вказували, що вони використовують ті чи ті елементи фізичної активності, адаптуючи їх до травми/поранення чи захворювання й імплементуючи в процес реабілітації, але водночас могли наголошувати, що не знають достатньо про адаптивний спорт.

«Чи є запит? Та, напевно, все ж таки є, бо ми десь поверхнево зато десь чули. Чули, знаємо, але ніхто в тій ж фірі не був. Тому, скоріш за все, запит є такий. В якому форматі? Ну, воно найбільш переконливо б все ж таки звучало від людей, які просто тим шляхом йдуть», — фахівець/чиня з реабілітації.

З огляду на неоднозначність обізнаності щодо адаптивного спорту, варто розмежовувати загалом адаптивну фізичну активність та конкретні види адаптивного спорту, адже перше — це може бути будь-що, будь-яка фізична активність, яка адаптована під поранення/травму/захворювання, а друге — це більш конкретні види спорту, які є адаптованими, але мають свою специфіку, конкретні рухи, навантаження на визначені групи м'язів та протипоказання. Щодо адаптивної фізичної активності, то фахівці з реабілітації активно залучають її у своїй роботі. А знань про конкретні адаптивні види спорту бракує.

«Однозначно треба. Я думаю, це прямо взагалі дуже класна тема. Тому що, наприклад, я розумію, що я бачу хлопці спортивні, але я, наприклад, взагалі ніколи б не здогадалася, що якийсь адаптивний спорт може до нього примінити, тому що він зовсім інший», — фахівець/чиня з реабілітації.

Варто розуміти, що більшість реабілітаційних закладів мають свої обмеження щодо впровадження адаптивних видів спорту як додаткової фізичної

активності під час реабілітації, але знати й могли порекомендувати такий вид відновлення — це важливий внесок фахівців з реабілітації. Йдеться про те, що після проходження реабілітації відновлення не завершується — воно лише починається, адже будь-які здобуті результати можна втратити, якщо надалі нічим не займатися. Тому, для підтримки результатів реабілітації, їх покращення, якості життя загалом важливо продовжувати займатися відповідною фізичною активністю. Для когось це можуть бути рекомендації щодо плавання, для інших — заняття в спортивному залі з вільною вагою, а для когось — стрільба з лука чи волейбол сидячи. Усе залежить від цілей ветеранів/ок, наслідків їхніх травм, поранень чи захворювань, а також від можливостей на місцях, у громадах. Тому ціль інформування — це не лише надання потенційних можливостей для урізноманітнення реабілітаційного процесу, але й формування амбасадорів для рекомендації адаптивних видів спорту в постреабілітаційному періоді.

Якщо говорити за формат інформації, то думки респондентів розділилися:

- Для частини помічною була б інформація, викладена в гібридному форматі, тобто частина онлайн-лекцій, а також практичні онлайн-заняття. Це загалом поширений формат, коли йдеться про певні практичні навички, які варто побачити наживо чи спробувати самим, а не слухати в онлайні, як це має бути.

«Чи краще, коли це, наприклад, онлайн-курс або навчальний курс онлайн і офлайн, де можна і почитати, і подивитися також, як це на практиці відбувається. Я би сказала, що це мало бути і так, і так. Ну, тобто онлайн-курс взагалі, це ідеально би було. Тобто, хто хоче, хто розуміє, включиться. Але, щоб і в доступі було, в вільному, додатково якісь настанови або розповіді про це. Але от онлайн-курс, це би було дуже класно. Тому що, чесно кажучи, для навіть фахівців з реабілітації це теж буде дуже інформативно», — фахівець/чиня з реабілітації.

- Для частини більш прийнятно було б отримувати інформацію або лише онлайн, або у відео- чи фотоматеріалах. Це зумовлено великою зайнятістю фахівців.

«Тут у письмовому або у відеоматеріалі, тому що виходити онлайн, офлайн для нас це є велика проблема, бо ви по графіку бачите, ну дуже багато роботи. Тобто я зможу відео включити, коли там я о 9 годині лягаю у ліжко або там сідаю вечеряти, я можу включити, надягнути навушник і ознайомлюватися. Офлайн для нас взагалі проблема», — фахівець/чиня з реабілітації.

- Для частини важливим є демонстрація інформації через приклади, історії життя й бажано від тих, хто пройшов сам шлях відновлення через адаптивні види спорту.

«Тобто там будь-яка особа, яка займається одним, другим, третім, розказав свій шлях, умовно, чи досвід, чи в рамках якоїсь там декількох слайдів, навіть презентації. Ну, я думаю, цього достатньо буде, щоб якісь там технічні моменти знати. Ну, для людей не буде сильно цікаве. А такі якісь особистісні речі, вони чіпляють. І, можливо, когось в тому числі пацієнтів зачепить. Він спробував. Чому я? В перелегшій історії не можу спробувати, якщо є на то можливість. І, можливо, це якась інформація про те принаймні по великих містах конкретних осіб, до кого можна звертатися. Ну, бо це ж вони в нас переважно йдуть етапом далі, або і львів'ян в нашій лікарні не так багато є», — фахівець/чиня з реабілітації.

- Частина взагалі говорила про те, що мають бути окремі матеріали й для пацієнтів, і для фахівців з реабілітації, щоб можна було й роздавати інформаційні матеріали тим, хто проходить реабілітацію, щоб вони ознайомлювалися й дізнавалися про можливості для свого відновлення.

«Тому щодо інформації, яка буде надана, то завжди дуже доречні видаткові матеріали. Намагаємося ми такі видаткові матеріали, якими ти можеш поділитися з пацієнтом, надати йому на руку, кинути посилання, рекомендувати. Якщо це більш старше покоління, то це, звичайно, падає в формат, який ти можеш віддрукувати, їм розказати», — фахівець/чиня з реабілітації.

Фахівці з реабілітації мають достатньо велику завантаженість і свою цільову діяльність, тому у випадку з поширенням інформації про адаптивну фізичну активність та спорт їхня роль радше розглядається як амбасадорів, які знайомлять пацієнтів з тим, що вони мають можливість відновлюватися й у такий спосіб також. Водночас частина респондентів не лише активно застосовує адаптивні види спорту в реабілітаційних закладах, але й ділиться знаннями та досвідом з іншими.

Якісне інформування важливе для масштабування відновлення через адаптивний спорт серед ветеранів/ок. У цьому випадку фахівці з реабілітації та реабілітаційні заклади розглядаються як ті, хто може познайомити ветеранів/ок з різними адаптивними видами спорту чи користю заняття адаптивною фізичною активністю загалом.