



ЦЕНТР
ІНІЦІАТИВ ПЖ

КОЛИ СИСТЕМА — ЦЕ ЛЮДИ:

як (не) працює догляд
за важкопораненими ветеранами
та ветеранками

КОЛИ СИСТЕМА — ЦЕ ЛЮДИ:

як (не) працює догляд
за важкопораненими ветеранами
та ветеранками



Центр ініціатив ПЖ

Київ, 2026

Дослідження підготовлене командою аналітичного відділу **Центру ініціатив «Повернись живим»** та командою аналітиків **ST Analytics**.

*Інформація є коректною та актуальною станом на травень — січень 2026 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.*

Авторки:

Ганна Самчук, Ярослава Братусь, Юлія Василенко, Ольга Панченко, Анастасія Костенко, Владислав Тонконог, Євгенія Фау

Літературна редакторка: Ярослава Гончарова

Дизайн та верстка: Анна Сирота

Фото на обкладинці: Аліна Шпотюк

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

ST Analytics — аналітична та консалтингова компанія. Надаємо аналітичні послуги для бізнесу та організацій, робимо дослідження ринку та індустрій, розробляємо стратегії для прийняття ефективних бізнес-рішень, створення змінотворчих проектів та кампаній тощо.

LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/saturdayteamua>

Зміст

Вступ	5
Ключові висновки дослідження	8
Рекомендації	13
Методологія	17
Довготривалий догляд за важкопораненими ветеранами: міжнародний досвід	24
США	25
Канада	26
Ізраїль	27
Велика Британія	28
Частина 1. Кількісне дослідження сфери догляду в Україні	31
Розділ I. Потреба догляду в Україні	32
1.1. Масштаб і динаміка потреби в догляді в Україні	33
1.2. Фактори зростання потреби в догляді в Україні	34
1.3. Послуги з догляду та інституції, які їх надають	35
1.4. Рівень використання послуг з догляду та їхня доступність	37
Висновки	38
Розділ II. Інституційна архітектура сфери догляду	39
2.1. Професійний догляд	40
2.2. Неформальний догляд близькими та рідними	44
Висновки	47
Розділ III. Формальна та неформальна освіта у сфері догляду	49
3.1. Освітні можливості професійної підготовки фахівців та фахівчинь	50
3.2. Наявні навчальні програми для людей, що здійснюють догляд на професійній / непрофесійній основах	51
3.3. Навчання як механізм підтримки та визнання доглядової праці ...	53
3.4. Нова модель підготовки доглядальників та доглядальниць у сфері сервісів підтримки ветеранів і ветеранок: програма «Наші тут [дбають]»	54
Висновки	55

Розділ IV. Економічний потенціал та моделювання розвитку сфери догляду	56
4.1. Оцінка потреби в кадровому забезпеченні та створення робочих місць у секторі догляду.	57
4.2. Мінімізація неоплачуваної домашньої праці та залучення вивільненого ресурсу до ринку праці.	58
4.3 Фінансові стимули та доходи доглядальників	59
Висновки.	61
Частина 2. Результати якісної частини дослідження	62
Розділ V. Професійні доглядальники/ці у системі догляду	63
5.1. Ролі та функції професійних доглядальників/ць	64
5.2. Особливості надання послуг професійного догляду.	66
5.3. Бар'єри та виклики в наданні професійного догляду	67
5.4. Погляд військовослужбовців/иць і патронатної служби на систему догляду	70
Розділ VI. Рідні та близькі як непрофесійні доглядальники/ці	73
6.1. Шляхи залучення до доглядової праці: мотивації, обставини та набуття навичок.	74
6.2. Досвід взаємодії з державними інституціями та отримання підтримки	78
6.3. Наслідки вимушеного залучення до догляду: соціальний, економічний та психологічний виміри	81
Розділ VII. Системні виклики функціонування сфери догляду за важкопораненими та важкохворими ветеранами/ками	87
Додатки	101

Вступ

Досвід повномасштабної війни зробив більш видимими ті форми соціальної підтримки, які раніше часто залишалися «непомітними», недостатньо висвітленими в політиці та майже непроговореними як ті, які вимагають термінової підтримки та змін. Однією з таких сфер став персональний догляд: щоденна, фізично й емоційно складна робота, без якої тисячі людей не можуть проходити лікування, відновлюватися після поранень, жити самотійно вдома, зберігати соціальну активність та повертатися до активного життя.

Російсько-українська війна триває з 2014 року, і протягом цього часу потреби в догляді змінювалися поступово, разом з досвідом війни та її наслідками для людей і родин. Водночас повномасштабне вторгнення, яке розпочалося 24 лютого 2022 року, суттєво змінило масштаб цих потреб і структуру тих, хто з ними стикається. **З початку 2022 року до середини 2025 року загальна кількість людей з інвалідністю віком від 18 років зросла на 26,4% — з 2,6 млн до 3,2 млн осіб¹.** Ця динаміка охоплює як цивільних, так і ветеранів та ветеранок. За офіційними оцінками, станом на жовтень 2025 року приблизно кожен десятий ветеран чи ветеранка мають інвалідність — 138 990 людей², і близько 7% з них потребують персонального догляду, тобто 9 636 осіб^{3,4}. Ця кількість не є лише статистикою — вона демонструє зростання кількості родин, які щодня живуть у новій реальності, де догляд стає частиною побуту, частиною етапу відновлення та планування життя.

Важливо, що війна змінює не тільки кількість людей, які потребують догляду, але й сам характер цієї потреби. Зростає група осіб з важкими пораненнями та складними траєкторіями відновлення — тих, кому потрібна підтримка під час лікування, реабілітації, адаптації до змін у стані здоров'я та повернення до життя в громаді. Йдеться, зокрема, про ветеранів і ветеранок з інвалідністю, для яких догляд має бути не «довічним вироком», а підтримувальним етапом на шляху відновлення, більшої самотійності та повноцінного життя. Саме тому питання персонального догляду сьогодні неможливо зводити лише до соціальних виплат чи адміністративних процедур — воно стосується якості відновлення, людської гідності та здатності систем підтримки працювати узгоджено.

Протягом останніх років в Україні з'являється дедалі більше досліджень та ініціатив, які наближають нас до глибшого розуміння досвіду війни та

¹ <https://podrobnosti.ua/2502699-za-chas-vjni-v-ukran-stalo-na-600-tisjach-nvaldv-blshe-mnsotspolitiki.html?utm>

² <https://data.gov.ua/dataset/034f43a4-133a-498f-8478-6076ed1013e4>

³ Дані від Міністерства у справах ветеранів.

⁴ Наведена цифра відображає ветеранів/-ок, які оформили статус інвалідності I групи. Однак насправді коло людей, яким потрібен персональний догляд, може бути більшим: частина поранених ще не має оформленого статусу або перебуває в процесі лікування й реабілітації, а також потреба в догляді може виникати й за інших форм інвалідності.

її соціальних наслідків. Зокрема, правозахисний центр для військово-службовців «Принцип» аналізував досвід близьких, які доглядають за пораненими (аналітична записка «За лаштунками турботи: близькі ветеранів та доглядова праця») ⁵. Ці напрацювання є важливими, бо показують: доглядова праця та повсякденна підтримка поранених і людей з інвалідністю часто лягає на плечі родин та близьких і залишається недостатньо визнаною як робота та щоденна зайнятість.

Водночас у публічному полі та в державному управлінні догляд і досі часто має фрагментований характер: його частини розподілені між соціальною та медичною системами, між різними програмами та рівнями управління, між формальними послугами й тим, що родини змушені організовувати самостійно. На практиці це означає, що люди з комплексними потребами та їхні близькі нерідко опиняються в ситуації, коли підтримка існує «десь у системі», але шлях до неї складний, недоступний або фінансово, або територіально.

У нашому дослідженні ми ставимо за мету сформуванню цілісного бачення системи персонального догляду в Україні. Ми детально описуємо, як наразі організований догляд у межах соціальної та медичної систем, які саме провайдери надають послуги і якими є умови підтримки родин — від доступності сервісів і логіки їх фінансування до умов компенсацій. Особливу увагу ми приділяємо доглядовій професійній праці: ролям доглядальників і доглядальниць, умовам їхньої праці та навантаженню. Через відсутність чіткого інституційного закріплення догляду як окремої професійної функції система не має визначеного відповідального виконавця цієї роботи. У результаті догляд надають частково медичні фахівці, частково родина, частково неформальні доглядальники та доглядальниці, що ускладнює розуміння потрібного об'єму послуг та формування відповідної соціальної підтримки.

Унікальність цього дослідження полягає у поєднанні опису поточної системи догляду з розрахунковими оцінками та сценарним економічним моделюванням її потенціалу. Ми не лише фіксуємо прогалини та виклики в доступі послуг з догляду, а й на основі кількісних розрахунків формуємо ширше розуміння того, як може розвиватися сфера догляду: скільки кадрів може потребувати навіть часткове професійне покриття потреби, які масштаби створення робочих місць є реалістичними, якими можуть бути параметри фонду оплати праці та податкових надходжень, а також які макроекономічні ефекти може давати поступова формалізація доглядової праці.

У підсумку дослідження пропонує аналітичну основу для рішень, які роблять догляд видимим як систему, як сервіс і як працю. Ми описуємо, що саме потрібно змінити, аби персональний догляд в Україні

⁵ <https://www.pryncyp.org/analytics/za-lashtunkamy-turboty-blyzki-veteraniv-ta-doglyadova-praczya/>.

був доступним і якісним, визнавав роль людей, які його виконують, і підтримував повернення до активного життя як ветеранів та ветеранок, так і цивільних людей з інвалідністю та інших груп, для яких щоденна підтримка є визначальною умовою гідного життя.

Ключові висновки дослідження

Дослідницька рамка

Догляд в Україні є одночасно соціальною необхідністю, елементом системи охорони здоров'я і перспективним сегментом ринку праці. Для цілісного дослідження системи догляду структура роботи поєднує три рівні аналізу: *потреби людей, спроможність системи, ресурси для розвитку.*

1. Як ми визначаємо догляд у цьому дослідженні

У фокусі дослідження — **персональний догляд людей**, який охоплює регулярну підтримку повсякденного функціонування (самообслуговування, побутові дії, гігієна, харчування, мобільність, супровід, базова організація життя, дозвілля). Ми розглядаємо догляд не як «додаток» до медичних чи соціальних сервісів, а як окремий комплекс практик, який може бути реалізований через різні інституційні форми:

- державні соціальні послуги (догляд вдома, стаціонарний, денний, паліативний догляд як соціальна послуга, персональний асистент);
- державні медичні пакети паліативної допомоги;
- родинний / неформальний догляд;
- приватний сектор і недержавні програми.

2. Центральна проблема

Попри зростання в Україні потреби в догляді, розрив між масштабом потреби та спроможністю сфери забезпечити потрібну підтримку зберігається. Цей розрив збільшується у зв'язку з війною, кількістю цивільних та військових із пораненнями, зі старінням населення, зокрема і серед аудиторії, яка потребує догляду, і серед тих, хто надає цей догляд.

3. Основні блоки аналізу

Рамка дослідження структурована навколо 6 взаємопов'язаних компонентів.

1. Потреба в догляді та її зростання

Ми аналізуємо масштаб і динаміку потреби, а також чинники, які її посилюють: війна, демографічне старіння, поранення та інвалідність, хронічні й паліативні стани. Тут важливо не лише «скільки людей потребують догляду», а і якої інтенсивності ця потреба (епізодична / регулярна / висока).

2. Сервіси догляди та інституційна архітектура

Ми описуємо, які саме формати догляду доступні в Україні, як розподілені функції між соціальною і медичною системами, хто є надавачами послуг і які маршрути проходить людина, щоб отримати допомогу.

3. Доступність і реальне користування

Окрему увагу приділено бар'єрам, що перешкоджають доступу до доглядових послуг: територіальній віддаленості, вартості, організаційним та кадровим обмеженням, низькій поінформованості населення або недостатній спроможності громад. У цьому блоці догляд розглядається як сервіс, який формально «є», але фактично важкодоступний або недоступний.

4. Кадрова політика і професійні ролі

Ми аналізуємо догляд як сферу праці: які професії існують, які функції виконують різні групи працівників та працівниць, який рівень оплати та мотивації в них є, де виникає дефіцит кадрів. Також враховуємо потреби людей, які отримують догляд, і те, яка саме робота потрібна, щоб ці потреби були покриті. Окрему увагу приділяємо професіоналізації доглядової праці, зокрема ролі доглядальника/ці як окремої професії, яка фактично існує, але досі не має чіткого офіційного статусу. Це означає відсутність єдиних вимог до підготовки, умов праці та оплати, що ускладнює розвиток професії і перешкоджає приходу нових кадрів.

5. Освіта та підготовка кадрів

У межах рамки ми окремо розглядаємо, як формальна і неформальна освіта підтримують систему догляду: від державних стандартів до коротких курсів і донорських програм.

6. Економічний потенціал догляду

У фінальному блоці догляд розглядається як економічна діяльність, яка здатна створювати робочі місця, формувати офіційну зайнятість і генерувати фіскальні надходження. Такий підхід дає змогу оцінювати догляд не як поточні витрати на соціальну підтримку, а більшою мірою як сферу з довгостроковим потенціалом розвитку в умовах зростання попиту. Це означає перехід від тактичних рішень до стратегічного планування системи догляду з урахуванням її масштабування та економічної спроможності.

Поєднання цих блоків дає змогу показати, де саме виникає розрив між потребою та спроможністю системи; пояснити, чому на практиці догляд переважно залишається відповідальністю родин; та сформулювати рекомендації, які враховують ринок праці, освіту, фінансові стимули й систему роботи медичних і соціальних інституцій.

Знахідки якісної частини дослідження

Загалом дослідження показало, що догляд за важкопораненими ветеранами/ками в Україні наразі не вибудований як цілісна та узгоджена система. Він формується фрагментарно, фактично на перетині медичних, соціальних і родинних практик. Як наслідок, механізми відповідальності за комплексний довготривалий догляд залишаються юридично та практично

неврегульованими. У результаті підтримка ветеранів/ок та їхніх родин значною мірою залежить від комплексу різноманітних чинників: наявності родинного ресурсу, фінансових можливостей, доступу до інформації та територіального доступу до конкретних фахівців або закладів. Така ситуація створює нестабільність догляду, нерівність доступу до підтримки та додаткове навантаження як на родини, так і на систему загалом.

Догляд за важкопораненими ветеранами фактично здійснюють родичі та близькі

Чинна система догляду функціонує на припущенні про те, що основний тягар щоденного догляду мають нести рідні та близькі. Ця роль не закріплена інституційно, не визнається як окрема форма праці та не супроводжується релевантною підтримкою з боку державних органів. У результаті родичі та близькі опиняються в ситуації вимушеного догляду без чітких прав, ресурсів і гарантій. Державні органи при цьому виступають радше фоновим учасником, ніж активним суб'єктом супроводу та підтримки. Родичі та близькі фактично залишені сам на сам зі складнощами. Це супроводжується також постійною бюрократичною боротьбою.

Система не готова до масштабів поранень і перебуває в стані хронічного перевантаження

Дослідження показує, що система охорони здоров'я та соціального догляду не була готова для такої кількості важких поранень і випадків, коли хворий/а потребує тривалого догляду. Перевантаження медичних закладів, дефіцит персоналу та обмежені ресурси призводять до того, що довготривалий догляд не є пріоритетом. Це створює ситуацію, у якій система реагує на кризу, але не здатна забезпечити стабільний, довготривалий та якісний догляд і супровід.

Відсутня безперервна модель довготривалого догляду

Між лікарнею і домашнім доглядом фактично відсутня проміжна ланка. Заклади довготривалого догляду, перехідні реабілітаційні рішення, структурований постлікарняний супровід або не існують, або є важкодоступними. Це змушує родичів та близьких брати на себе складні медичні й доглядові функції, до яких вони не готові. Виписка часто означає не перехід до наступного етапу, а втрату системної підтримки. З переведенням на домашній догляд пацієнт зазвичай втрачає можливість швидкого доступу до послуг лікаря, адже за місцем проживання важкохворого може не бути необхідних спеціалістів, а транспортування буває вкрай ускладненим.

Відсутність в закладах ланки персоналу, яка була б фактично відповідальна тільки за догляд

У більшості закладів відсутня окрема посада або відповідальний фахівець за організацію довготривалого догляду. Навантаження на медичний персонал виходить за межі їхніх посадових можливостей, а соціальний супровід має фрагментарний характер. Як наслідок, відповідальність за координацію догляду розмивається між інституціями або повністю перекладається на родичів та близьких. Це створює структурну порожнечу відповідальності.

Доступ до догляду залежить від сімейного статусу та родинного ресурсу

Наявність партнера/ки, батьків або інших близьких принципово змінює траєкторію життя ветерана/ки після поранення. Ветерани/ки без достатньої родинної підтримки опиняються в найбільш уразливому становищі. Система не пропонує для них сталих альтернатив і фактично не компенсує відсутність родичів та близьких інституційно. Це створює нерівність доступу до догляду.

Інфраструктурна неготовність житла та середовища унеможливорює ефективний догляд

Навіть за наявності навичок догляду фізичне середовище часто є непридатним для життя людини з інвалідністю. Неадаптоване житло, відсутність пандусів, ліфтів і доступного транспорту обмежують мобільність ветеранів/ок і збільшують навантаження на доглядальників/ць. Інфраструктурна неінклюзивність нівелює результати реабілітації та посилює соціальну ізоляцію.

Економічна модель догляду є фінансово нежиттєздатною

Постійний догляд часто означає втрату роботи одного із членів родини, водночас витрати на лікування, догляд і реабілітацію зростають. Держава не компенсує брак доходу доглядальника/ці в достатньому обсязі та не покриває реальні витрати на довготривалий догляд. Крім цього, на родичах і близьких нерідко лежать й інші обов'язки, наприклад, виховання і забезпечення дітей, що також потребує часового та фінансового ресурсу. У результаті родичі й близькі потрапляють у фінансову пастку, з якої практично немає виходу без зовнішніх ресурсів.

Якісний догляд переважно доступний через приватні рішення

Приватний сектор пропонує більш системний та комплексний підхід до догляду, однак висока вартість таких послуг залишається критичним бар'єром для багатьох родин. Отже, доступ до якісного догляду визначається не потребами ветерана/ки, а фінансовими можливостями

родичів та близьких. Це поглиблює соціальну нерівність і сегментує систему догляду.

Відсутність системної підтримки доглядальників/ць підриває стійкість догляду

Особи, які здійснюють догляд, позбавлені системного психологічного, юридичного чи соціального супроводу. Оскільки їхня роль не визнається окремим об'єктом політики, це призводить до емоційного вигорання, правової незахищеності та соціальної ізоляції. У довготривалій перспективі це знижує якість догляду і створює додаткові ризики як для доглядальників/ць, так і для ветеранів/ок.

Інформаційний вакуум перевантажує систему та родини

Відсутність єдиного державного інформаційного середовища спричиняє хаотичну навігацію між послугами, документами та інституціями. Родичі та близькі змушені самотійно з'ясовувати алгоритми дій, що створює зайве навантаження на систему через повторні звернення, помилки та втрату часу. Значна частина цього перевантаження могла б бути знята через налагоджену комунікацію, зрозумілі маршрути догляду та централізовану інформаційну підтримку.

Відсутність уніфікованого підходу до навчання й обліку доглядальників/ць

Наразі в системі догляду, крім медичного персоналу, існують також працівники/ці в спеціалізованих закладах і приватні доглядальники/ці, які не мають офіційного статусу, не зобов'язані проходити спеціалізоване навчання, здобувають знання і навички на практиці або шляхом самотійного пошуку інформації. Відсутня також система єдиного обліку доглядальників/ць, які були б професійно навчені й схвалені для роботи з пацієнтами. Це створює складнощі в пошуку доглядальника/ці, якому/якій можна довіряти, а також поле для ризиків, пов'язаних із якістю надання послуг і повноваженнями доглядальників/ць.

Рекомендації

1. Запровадити безперервну модель догляду з перехідними формами між лікарнею та домом.

Потрібно створити проміжні ланки між стаціонарним лікуванням і домашнім доглядом: перехідні реабілітаційні відділення, центри довготривалого догляду або формати тимчасового розміщення, які дозволяли б поступово передавати функції догляду родинам. Це дасть змогу уникнути різкого обриву підтримки після виписки та зменшить ризики для пацієнтів/ок і їхніх близьких. Зокрема ці центри можуть також надавати послуги навчання догляду для рідних та близьких. Потрібно піклуватися про те, щоб транспортування до таких центрів не лягало фінансовим тягарем на родину, а забезпечувалося державою.

2. Ввести в закладах охорони здоров'я роль координатора довготривалого догляду.

Доцільно запровадити окрему посаду або функцію фахівця з координації догляду, який супроводжуватиме ветерана/ку та родину в процесі переходу між закладами, оформлення документів і отримання послуг. Такий координатор міг би стати точкою входу в систему для родин, знижуючи інформаційне навантаження та запобігаючи втраті підтримки на етапі виписки.

3. Створити єдине державне інформаційне середовище для родин і доглядальників/ць.

Необхідно розробити централізований інформаційний ресурс, який міститиме чіткі маршрути дій після поранення: які послуги доступні, які документи потрібні, куди звертатися, як оформити виплати, де шукати доглядальників/ць або реабілітаційні послуги. Це допоможе впорядкувати навігацію системою, скоротити кількість повторних звернень і частково зняти навантаження з інституцій.

4. Інституційно визнати та підтримати родинних доглядальників/ць.

Родичів і близьких, які здійснюють догляд, варто визнати окремою цільовою групою політики підтримки. Це передбачає доступ до психологічного супроводу, юридичних консультацій, навчальних програм з догляду та механізмів часткової компенсації втрати доходу. Така підтримка підвищить стійкість та якість догляду, зменшить ризики вигорання і соціального випадіння доглядальників/ць. Як приклад можна адаптувати міжнародні практики, що представлені в дослідженні.

5. Запровадити уніфіковані стандарти підготовки (державний освітній стандарт) та реєстр професійних доглядальників/ць.

Є потреба у створенні стандартизованих програм навчання для доглядальників/ць і офіційного реєстру сертифікованих фахівців. Доцільно розробити державний освітній стандарт із чітко визначеними компетентностями, мінімальною тривалістю навчання від одного року, вимогами до практичної підготовки та механізмами підсумкової атестації. Це підвищить якість послуг, полегшить пошук надійних доглядальників/ць для родин та мінімізує ризики, пов'язані з неформальним і нерегульованим ринком догляду. Додатково потрібно дослідити причини переходу приватних надавачів послуг у «тіньовий» сектор, а також запровадити процеси та умови, що зменшать ці ризики. Зокрема, потрібно потурбуватися не тільки про надання послуг та їхню якість, а ще й про захист самих приватних доглядальників/ць: психологічний, юридичний та економічний.

6. Запровадити грантові програми для адаптації житла ветеранів/ок до потреб довготривалого догляду.

Варто запровадити державні або муніципальні цільові гранти на адаптацію житла (встановлення пандусів, підйомників, поручнів, переобладнання санвузлів тощо), щоб родини мали реальну фінансову можливість створити безпечні та доступні умови для догляду вдома.

7. Запровадити послуги тимчасового заміщення догляду та/або персонального асистента для родин.

Доцільно розробити і впровадити механізми тимчасового залучення персонального асистента або професійного доглядальника/ці для родин, які здійснюють постійний догляд за важкопораненими ветеранами/ками. Такі послуги мають надаватися не лише в кризових ситуаціях, а і як регулярний елемент підтримки, що дає змогу родинам відновлювати ресурси, поєднувати догляд із роботою або іншими обов'язками та зменшувати ризики емоційного вигорання. Наявність можливості перепочинку для родин, які здійснюють догляд, підвищує стійкість системи та позитивно впливає на якість життя як доглядальників/ць, так і ветеранів/ок.

8. Розробити інституційні рішення для ветеранів/ок без родинної підтримки.

Необхідно створити окремі механізми підтримки для ветеранів/ок, які не мають родин або близьких, здатних забезпечити догляд. Це може охоплювати мережу закладів довготривалого догляду, підтримане проживання, державні або муніципальні програми персонального асистента, а також гарантований соціальний супровід. Відсутність родини

не повинна призводити до соціальної незахищеності. Такі альтернативи мають компенсувати сімейний догляд та забезпечувати гідне ставлення й високу якість життя для ветеранів/ок з важкими травмами, пораненнями чи захворюваннями.

9. Запровадити єдиний міжвідомчий модуль обліку догляду як соціальної послуги на базі чинних обліків.

Забезпечити синхронізацію даних між системами Мінсоцполітики, МОЗ/НСЗУ та Мінветеранів для відображення повної траєкторії догляду. У межах уніфікованого догляду доцільно фіксувати: хто отримує догляд, хто його надає (професійно чи в родині), тип догляду, тривалість, а також позначку про статус ветерана чи ветеранки для моніторингу, планування та аналізу потреб групи.

10. Формалізувати професію асистента/ки персонального догляду.

Ввести професійну назву «асистент/ка персонального догляду» до Класифікатора професій як окрему професійну роль у сфері соціальних послуг. Затвердити професійний стандарт для асистента/ки персонального догляду з визначенням трудових функцій, меж відповідальності та вимог до підготовки й забезпечити можливість здобуття відповідної кваліфікації через систему професійної та фахової передвищої освіти шляхом розробки освітніх програм, узгоджених із професійним стандартом. Запровадження професійної назви «асистент/ка персонального догляду» може поступово замінити використання посади молодшої медичної сестри з догляду за хворими в тих функціях, що фактично належать до сфери соціального та повсякденного догляду. Це дозволить уникнути ототожнення доглядової праці з медичним персоналом.

11. Врахувати контекст догляду за важкопораненими ветеранами/ками у формуванні освітньої програми.

Передбачити в державному стандарті та освітніх програмах (зокрема громадського і приватного сектору) обов'язкові модулі з догляду за важкопораненими ветеранами та ветеранками, включно з особливостями комунікації з людьми з бойовим досвідом і їхніми родинами. Доцільно розглянути можливість використання напрацювань успішних навчальних програм, зокрема «Наші тут [дбають]» БФ «Повернись живим», як одного з орієнтирів при розробці або оновленні державних стандартів і освітніх програм підготовки асистентів з персонального догляду в частині роботи з ветеранами та ветеранками.

12. Розмежувати межі відповідальності між медичною та соціальною системами у сфері догляду (паліативна допомога та стаціонарний догляд).

Внести зміни до нормативно-правових актів МОЗ і Мінсоцполітики, що регулюють паліативну допомогу, стаціонарний догляд та соціальні послуги, з метою уникнення дублювання функцій і закріплення відповідальності кожної системи.

13. Змінити чинну систему державних компенсацій за догляд на професійній основі.

Переглянути формулу розрахунку компенсації за надання догляду на професійній основі, визначену постановою № 1040⁶ від 6 жовтня 2021 р. з метою підвищення її економічної привабливості та стимулювання виходу зайнятості з тіньового сектора. Доцільно встановити базовий рівень компенсації не нижче від мінімальної заробітної плати із подальшою диференціацією залежно від інтенсивності / складності догляду та рівня підготовки доглядальника.

14. Популяризація освітньої траєкторії на рівні закладів шкільної освіти.

Запровадити промоцію професії асистента з персонального догляду в закладах загальної середньої освіти шляхом профорієнтаційних заходів, інформаційних кампаній та включення тематики догляду до програм кар'єрного консультування для майбутнього кадрового наповнення сфери.

⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1040-2021-%D0%BF#Text>

Методологія

З огляду на зростання кількості військових і ветеранів/ок, які потребують лікування, реабілітації і догляду як в медичних закладах, так і поза ними, важливо проаналізувати функціонування цієї системи в Україні. Дослідження фокусується на визначенні ключових стейкхолдерів, вивченні специфіки та викликів їхньої діяльності, а також на виявленні системних прогалин, що виникають у чинній системі догляду.

Це дослідження має на меті розкрити особливості функціонування системи догляду в Україні очима тих, хто безпосередньо залучений до надання й отримання послуг з догляду. Досвід учасників/ць дослідження дає змогу побачити, які є реальні механізми надання й отримання послуг з догляду в Україні, якими бувають ролі й функції доглядальників/ць, з якими викликами і бар'єрами стикаються залучені до сфери догляду. Тримаючи в основному фокусі ветеранів/ок, це дослідження водночас відображає досвід надання послуг з догляду людям похилого віку і важкохворим — цей підхід дозволив охопити ширший спектр учасників/ць і продемонструвати більш комплексно особливості роботи представників сфери догляду.

Іншою важливою частиною дослідження є вивчення закордонного досвіду функціонування системи довготривалого догляду за пораненими і важкохворими ветеранами/ками. Це дає змогу простежити, які є можливі напрямки розвитку системи догляду і які складові закордонного досвіду можуть бути доречними для застосування в українському контексті.

Метою цього дослідження було формування цілісного бачення системи персонального догляду в Україні в умовах повномасштабної війни та окреслення напрямів її соціально-економічного розвитку. Робота розкриває особливості функціонування цієї сфери, зокрема догляду за важкохворими ветеранами/ками, через призму досвіду ключових суб'єктів: професійних і непрофесійних доглядальників/ць, рідних і близьких, а також отримувачів послуг з догляду та інших осіб, залучених до сфери догляду. Окрему увагу приділено виявленню основних бар'єрів та викликів, з якими стикаються учасники/ці системи догляду.

Завдання

1. Оцінити масштаб потреби в персональному догляді в Україні та динаміку його зростання, зокрема у зв'язку зі збільшенням кількості людей з інвалідністю серед цивільних і ветеранів/ок.
2. Описати структуру надання послуг догляду в соціальній і медичній системах та визначити реальний рівень використання сервісів.
3. Проаналізувати нормативно-правову базу сфери догляду: державні стандарти соціальних послуг, регулювання медичних послуг

паліативного догляду, умови державних компенсацій, кваліфікаційні вимоги й чинні професії в «Класифікаторі професій».

4. Охарактеризувати ринок праці у сфері догляду (попит і пропозицію кадрів, рівні оплати праці, вікову та освітню структуру потенційних доглядальників та доглядальниць у соціальной, медичній, державній та приватній сферах).
5. Проаналізувати механізми державного визнання та фінансової підтримки догляду, який здійснюється в родинах, а також оцінити їхню відповідність реальному навантаженню.
6. Здійснити огляд освітніх можливостей і програм підготовки у сфері догляду (формальних і неформальних).
7. Побудувати економічну модель потенціалу розвитку сфери догляду. Оцінити потребу в кадрах, потенціал створення робочих місць, можливості вивільнення неоплачуваної праці домогосподарств, а також очікувані податкові й макроекономічні ефекти.
8. Описати систему професійного та непрофесійного догляду за важкохворими за кордоном.
9. Визначити основних учасників/ць системи догляду в Україні, їхні ролі та функції.
10. Проаналізувати поточну систему державної підтримки доглядальників/ць.
11. Визначити особливості догляду (зокрема за пораненими й важкохворими ветеранами/ками), який здійснюється:
 - середнім та молодшим медичним персоналом у медзакладах;
 - представниками інших спеціалізованих закладів та організацій (геріатричних пансіонатів, реабілітаційних центрів, благодійних ініціатив тощо);
 - приватними доглядальниками/цями;
 - рідними і близькими тих, хто потребує догляду.
12. Простежити особливості догляду за ветеранами/ками, залежно від типів і складності поранення / травми / захворювання, а також з урахуванням тривалості необхідної підтримки (від короткострокової допомоги до постійного супроводу).
13. Описати виклики та бар'єри, на які натрапляють учасники/ці системи догляду: як ті, хто здійснюють піклування, так і ті, про кого піклуються.
14. Сформулювати рекомендації для подальших змін у поточній системі догляду за важкохворими ветеранами/ками на основі зібраної та проаналізованої інформації.

Методи

Дослідження має змішаний дизайн (*mixed-methods*) і поєднує кількісний аналіз на основі вторинних даних, кабінетне дослідження (*desk research*), економічне моделювання та якісні методи — напівструктуровані інтерв'ю.

Кабінетне дослідження (*desk research*)

Систематизований огляд відкритих джерел (аналітичні матеріали, публічні звіти, презентації/виступи, профільні публікації) для формування рамки дослідження, визначення ключових понять, а також для контекстуалізації адміністративних і статистичних показників.

Кількісний аналіз і розрахункові оцінки

- Узагальнення доступних статистичних та адміністративних показників щодо охоплення послугами догляду в соціальній і медичній системах;
- опис параметрів програм компенсацій (кількість отримувачів, кількість звернень/погоджень за наявності, обсяг фінансування, орієнтовні середні виплати);
- порівняння показників з різних джерел і формування агрегованих оцінок покриття потреби (із застереженням щодо неповноти даних).

Аналіз інституційної архітектури та структури ринку послуг

- Аналіз Реєстру надавачів соціальних послуг для опису структури надавачів за формою власності та типовими форматами послуг (у межах доступних полів Реєстру);
- опис ключових форматів догляду в соціальній системі (догляд вдома, денний / стаціонарний, соціальний паліативний догляд, персональний асистент) та їхніх базових характеристик.

Нормативно-правовий аналіз

Огляд законодавчих і підзаконних актів, що визначають:

- види соціальних послуг і правила їх організації;
- механізми та умови призначення компенсацій за догляд;
- рамки організації та фінансування медичних послуг, пов'язаних із доглядом, зокрема паліативної допомоги в межах Програми медичних гарантій НСЗУ;
- професійні позиції та кваліфікаційні вимоги, що фактично покривають функції догляду (у соціальній і медичній сфері).

Аналіз ринку праці та професійних профілів

- Аналіз вакансій і резюме на платформах працевлаштування для оцінки попиту / пропозиції, заявлених рівнів оплати праці, віку, освіти та релевантного досвіду кандидатів і кандидаток у ключових ролях;

- зіставлення заявлених рівнів оплати з оплатою праці в публічному секторі (де доступні відповідні дані) для опису кадрових стимулів і ризиків утримання персоналу.

Огляд практик недержавних надавачів

Опис прикладів програм недержавних організацій, які надають послуги догляду, як джерела практичних моделей організації сервісів і підходів до підготовки персоналу. Огляд використовується для ілюстрації альтернативних форматів допомоги та можливих стандартів практики, без претензії на повний перелік провайдерів або порівняння ефективності.

Сценарне економічне моделювання

- Переведення дефіциту догляду в людино години та розрахунок потреби в кадрах (еквівалент повної зайнятості) для часткового покриття;
- прогноз фонду оплати праці, податкових надходжень та потенційного макроекономічного ефекту за заданими сценаріями (інтенсивність догляду, частка професійного покриття, ставка оплати);
- оцінка потенціалу вивільнення часу домогосподарств у разі заміщення частини родинного догляду професійними послугами та перерахунок цього ресурсу в потенційну участь у ринку праці;
- моделювання сценарію переходу частини членів домогосподарств, які здійснюють догляд на непрофесійній основі, до професійного догляду через формалізацію зайнятості та/або проходження навчання.

Для збору первинної інформації про досвід представників/ць сфери догляду було використано метод **напівструктурованих глибинних інтерв'ю**. Цей метод полягав у спілкуванні віч-на-віч з респондентами на попередньо визначені у гайді теми, що стосуються сфери догляду; водночас учасники/ці могли самостійно наголошувати на важливих для них моментах, а інтерв'юери/ки — дещо відхилитися від переліку тем задля глибшого розуміння певних аспектів, важливих для дослідження. Загалом було проведено 17 інтерв'ю.

Для збору вторинної інформації про закордонні практики функціонування системи довготривалого догляду за ветеранами/ками було використано метод **аналізу літератури й відкритих джерел інформації**. Цей метод полягав у пошуку і відборі релевантної інформації про міжнародний досвід у сфері догляду та її подальшому опрацюванні для побудови комплексного розуміння цієї теми.

Категорії респондентів якісної частини дослідження:

- представники/ці середнього та молодшого медичного персоналу, які здійснюють догляд за важкохворими й пораненими ветеранами/ками в медичних закладах;

-
- доглядальники/ці у спеціалізованих закладах: геріатричних пансіонатах, реабілітаційних центрах;
 - соціальні робітники/ці;
 - приватні доглядальники/ці, що надають послуги на комерційній основі;
 - рідні та близькі, які здійснюють догляд за ветеранами/ками;
 - представники/ці благодійних організацій, що працюють у сфері догляду;
 - військовослужбовці/иці, що отримували послуги догляду або залучені до служб супроводу військових і ветеранів/ок, які потребують догляду;
 - фахівці з реабілітації.

Збір та аналіз даних

Дослідження охоплювало такі етапи роботи з даними:

- збір відкритих статистичних та адміністративних джерел державних інституцій;
- аналіз Реєстру надавачів соціальних послуг;
- аналіз нормативно-правових документів;
- аналіз вакансій і резюме на платформах працевлаштування;
- огляд публічно доступних матеріалів недержавних програм догляду;
- проведення розрахункових оцінок і сценарного економічного моделювання.
- підготовка та надсилання інформаційних запитів до відповідних державних органів для уточнення або доповнення даних, які були відсутні у відкритих джерелах;
- паралельно проведення глибинних інтерв'ю з визначеними категоріями респондентів, а також подальший аналіз зібраної інформації.

Дослідницькі припущення

- 1.** Потреба у персональному догляді в Україні зростає і продовжуватиме зростати, зокрема через наслідки війни та демографічне старіння.
- 2.** Поточні можливості професійних надавачів не покривають потребу, тому значну частину догляду здійснюють родини та інші люди поза офіційною зайнятістю.
- 3.** Кадровий дефіцит у професійному догляді пов'язаний з умовами праці, рівнем оплати, навантаженням та обмеженими можливостями професійного розвитку.

4. Суспільний статус професії впливає на готовність людей долучатися до сфери догляду та залишатися в ній; слабка привабливість професії зменшує кадровий резерв.
5. Родини, які здійснюють догляд, можуть потребувати базових знань і практичних навичок; доступ до навчання та підтримки може підвищувати якість догляду і зменшувати ризики виснаження.
6. Розширення пропозиції доступних професійних послуг зменшує навантаження на родини та створює передумови для легалізації зайнятості у сфері догляду.
7. Зростання частки ветеранів та ветеранок серед людей, які потребують догляду, підсилює запит на компетентний догляд з урахуванням ветеранського досвіду.
8. Інвестиції у сферу догляду (навчання, оплата праці, розвиток сервісів) можуть мати позитивний економічний ефект через створення робочих місць і збільшення економічної активності.
9. Територіальна доступність професійних послуг догляду є нерівною; у малих і віддалених громадах родини частіше змушені брати догляд на себе.
10. Низька поінформованість родин про наявні державні послуги може обмежувати фактичне отримання допомоги, навіть за умов її доступності.
11. Родинний догляд є реальною формою надання послуг догляду, а не лише побутовою підтримкою, і потребує такого ж суспільного визнання, як і інші види доглядової праці. Відсутність цього визнання через нестачу компенсації, підтримки та можливостей навчання посилює навантаження на родини та обмежує якість догляду, попри те що ця зайнятість фактично покриває значну частину реальної потреби.

Обмеження дослідження

1. Дані є фрагментарними: надходять із різних інституцій, відрізняються роками збору, методологіями та рівнем деталізації; можуть містити застарілу інформацію та неповні відомості щодо окупованих, деокупованих або прифронтових територій.
2. Значна частина неформального та тіньового догляду не охоплюється статистикою, оскільки члени або членкині родин часто не оформлюють статус, а приватні послуги можуть надаватися без реєстрації, що занижує оцінки потреби й зайнятості в догляді.
3. Показники різних державних інституцій не можуть зіставлятися безпосередньо через відмінності в поняттях, категоріях і методах вимірювання, що обмежує можливість уніфікації результатів.

4. Якісна частина (інтерв'ю) має обмежену репрезентативність і відображає досвід конкретних груп, без можливості статистичного узагальнення на всю країну.
5. Економічні розрахунки базуються на припущеннях і середніх значеннях, тому результати моделювання відображають можливі сценарії та приблизні оцінки, а не точний прогноз.
6. Результати дослідження не є репрезентативними для всіх представників сфери догляду в Україні; використаний у дослідженні метод унеможлиблює поширення висновків на широку аудиторію, втім, дає змогу ознайомитися з ключовими аспектами досвіду учасників/ць, побачити схожості, відмінності й взаємозв'язки.
7. Доволі широкий спектр респондентів водночас дає змогу поглянути на чинну систему догляду з різних ракурсів і обмежує можливість сфокусуватися на конкретній категорії представників сфери догляду і їхньому досвіді.
8. Не вдалося залучити до дослідження соціальних робітників/ць, які здійснюють догляд саме за ветеранами/ками російсько-української війни.
9. У дослідженні не відображено погляд представників державних органів, зокрема соціального захисту, на систему догляду за важкохворими та пораненими.
10. У дослідженні взяли участь чинні військовослужбовці/иці, які пережили поранення і лікування та повернулися до виконання службових обов'язків, відтак, у матеріалах не представлена думка ветеранів/ок, які завершили військову службу і потребують чи потребували послуг з догляду після поранення або внаслідок захворювання. Частково їхній досвід, зокрема виклики, з якими вони стикаються, можна простежити в розповідях респондентів/ок, які залучені до догляду.

Етичні аспекти дослідження

Всю інформацію в межах дослідження респонденти/ки надавали добровільно. Кожен учасник/ця були заздалегідь попереджені про запис розмови та поінформовані про можливість відмовитися від будь-якого запитання, якщо воно спричиняло дискомфорт. У тексті дослідження немає даних учасників/ць, цитати опубліковані у спосіб, що унеможлиблює ідентифікацію особи за жодними ознаками.

Довготривалий догляд за важкопораненими ветеранами: міжнародний досвід



Російсько-українська війна змушує шукати нові способи надання довготривалої підтримки ветеранам з пораненнями. Переважна більшість країн будували системи довготривалого догляду для ветеранів уже після завершення війни. Ба більше, зазвичай ці війни відбувалися на територіях інших країн, і поранені ветерани вже поверталися в мирне середовище. Розповсюджені системи надання догляду та підтримки розвивалася в умовах стабільного миру, коли кількість поранених більше не зростала в геометричній прогресії, а інфраструктура не зазнавала постійного руйнування. У світі практично немає досвіду, як організувати довготривалий догляд під час війни, що триває багато років і не має визначеного кінця.

США

Послуги довготривалого догляду. У Сполучених Штатах довготривалий догляд для важкопоранених ветеранів/ок організовує Департамент у справах ветеранів (VA). VA надає широкий спектр послуг **Довготривалого догляду та підтримки (Long-Term Services and Supports (LTSS))** у рамках системи охорони здоров'я ветеранів/ок⁷. Зокрема до цих послуг належать: цілодобовий сестринський та медичний догляд, фізична реабілітація, допомога з повсякденними справами (купання, одягання, приймання їжі, ліків тощо), паліативна допомога та інші види підтримки. Догляд може надаватися в різних умовах: як у спеціалізованих установах (ветеранські будинки догляду та реабілітаційні центри, контрактні приватні заклади, державні ветеранські будинки), так і вдома (виїзні медсестри, доглядальники, програми денного догляду тощо). Ветерани можуть отримувати або самі послуги або фінансове покриття для цих послуг за умови, що медичний висновок підтверджує їх необхідність. Також передбачено послугу надання відпочинку основному доглядальнику, якщо такий є. VA оплачує на цей період послуги доглядача.

Підтримка родичів, які здійснюють догляд. У США держава приділяє особливу увагу підтримці членів сім'ї, які доглядають за пораненими ветеранами/ками. У VA діє **Програма комплексної допомоги сімейним доглядальникам (Program of Comprehensive Assistance for Family Caregivers, PCAFC)**⁸. У її межах основний доглядальник важкопораненого ветерана/ки може отримувати низку пільг: щомісячну грошову виплату, доступ до медичного страхування, безоплатні тренінги та консультації, психологічну підтримку, а також право принаймні на 30 днів тимчасової перерви в догляді, під час якої VA забезпечить допомогу ветерану/ці. Крім того, компенсуються витрати на проїзд доглядальника/ці під час супроводу ветерана чи ветеранки на лікування, надається допомога з юридичних і фінансових питань, пов'язаних із доглядом, а основний доглядальник/ця

⁷ <https://www.va.gov/health-care/about-va-health-benefits/long-term-care/#:~:text=Our%20long>

⁸ <https://www.va.gov/family-and-caregiver-benefits/health-and-disability/>

одержує право на медичне обслуговування у військових торговельних точках і базах відпочинку на рівні ветерана/ки.

Ця програма охоплює частину ветеранів/ок з інвалідністю із підтвердженою потребою в постійному особистому догляді протягом щонайменше 6 місяців. Для ветеранів/ок, що не відповідають цим критеріям, передбачена **Програма загальної підтримки доглядальників (Program of General Caregiver Support Services)**⁹. Вона забезпечує сім'ї освітніми ресурсами та необхідною інформацією, але не здійснює грошових виплат.

Канада

Послуги довготривалого догляду. У Канаді підтримкою поранених ветеранів/ок опікується **Міністерство у справах ветеранів Канади (Veterans Affairs Canada, VAC)**. Система довготривалого догляду ветеранів/ок інтегрована в систему охорони здоров'я у провінціях. Загалом усі провінції забезпечують базові послуги догляду в ліцензованих закладах для людей, що цього потребують. Водночас VAC може фінансово допомагати ветеранам/кам з важкими пораненнями та покривати вартість довготривалого догляду. Якщо ветеран потребує 24-годинного нагляду і перебуває в спеціальному медичному закладі, VAC покриває частину або всю вартість перебування там¹⁰. Окрім догляду в спеціалізованому закладі, діє програма **Veterans Independence Program (VIP)**¹¹, націлена на те, щоб ветерани, які потребують догляду, отримували його у власному домі. За цією програмою VAC надає щорічні безподаткові гранти на оплату послуг з підтримки вдома, як-от прибирання житла, приготування їжі, доставка продуктів, дрібний ремонт подвір'я, а також базовий особистий догляд чи візити патронажної медсестри. Якщо ж стан здоров'я погіршується настільки, що домашній догляд стає неможливим, VIP може покривати перехід ветерана/ки до закладу довготривалого догляду в громаді.

Підтримка родичів, які здійснюють догляд. Канада запровадила спеціальні заходи підтримки сімей, які піклуються про поранених ветеранів/ок. Основним інструментом є **Допомога призначеному доглядальнику (Caregiver Recognition Benefit, CRB)**¹² — щомісячна виплата особі, яка неформально (не як професійний працівник) надає постійний догляд важкопораненому ветерану. Розмір цієї стипендії станом на 2023–2025 роки становить 1 000 CAD на місяць. Для встановлення цієї виплати ветеран має отримувати від VAC пенсію чи виплати за інвалідністю та потребувати безперервної сторонньої допомоги принаймні в чотирьох із базових повсякденних активностей (купання, одягання, харчування, гігієна тощо) або

⁹ https://www.caregiver.va.gov/care_caregivers.asp

¹⁰ <https://www.veterans.gc.ca/en/housing-and-home-life/long-term-care>

¹¹ <https://www.veterans.gc.ca/en/housing-and-home-life/help-home/veterans-independence-program>

¹² <https://www.veterans.gc.ca/en/housing-and-home-life/help-home/caregiver-recognition-benefit>

мати такий когнітивний чи фізичний стан, що унеможлиблює перебування без нагляду. Важливо, що вік доглядальника/ці має перевищувати 18 років; він або вона повинен мешкати разом з ветераном/кою або регулярно до нього/неї навідуватися, водночас не отримувати платні за цей догляд від інших організацій.

Окрім щомісячної виплати, VAC може надавати таким сім'ям послуги тимчасового догляду (для відпочинку основного доглядальника/ці), психологічну підтримку та навчання навичок догляду.

Ізраїль

Послуги довготривалого догляду. В Ізраїлі справами ветеранів/ок з пораненням опікується **Міністерство оборони (Відділ реабілітації)**. Для ветеранів/ок з важкими пораненнями держава організовує систему оплати послуг догляду¹³. Якщо ветеран/ка не може самостійно виконувати базові повсякденні дії через поранення, йому або їй призначають певну кількість годин допомоги доглядальника на день, оплачених державою. Практично існує два варіанти: ветеран/ка може отримати доглядальника/цю через акредитовану агенцію (Міноборони укладає угоду та оплачує послуги медсестри/доглядальника) або одержувати грошову компенсацію для самостійного найму помічника/ці.

Обсяг допомоги визначається індивідуально на основі оцінки здатності до самообслуговування та рішення лікаря. У найважчих випадках призначається цілодобовий догляд (24 години на добу). За потреби ветеран/ка може комбінувати обидва підходи. Частина годин забезпечує агенція, а за інші отримувати компенсацію і наймати додаткову допомогу самостійно.

Якщо стан ветерана/ки вимагає розміщення в закладі постійного догляду, Міністерство оборони оплачує і цей вид допомоги: при направленні у заклад, що має контракт з Міноборони, 100% вартості утримання покривається державою, оплата надходить безпосередньо установі. Якщо родина обирає інший ліцензований приватний заклад, держава відшкодує витрати ветерана/ки в межах стандартного державного тарифу вартості дня догляду. У такий спосіб ізраїльська система гарантує, що важкопоранені ветерани/ки отримують або фінансованого державою доглядальника вдома, або місце в медичному закладі, без фінансового тиску на родину.

Підтримка родичів, які здійснюють догляд. Політика Ізраїлю визнає важливу роль сім'ї в догляді за пораненим ветераном/кою. Законодавство

¹³ https://www.kolzhut.org.il/he/%D7%9C%D7%99%D7%95%D7%95%D7%99_%D7%A1%D7%99%D7%A2%D7%95%D7%93%D7%99_%D7%9C%D7%A0%D7%9B%D7%99_%D7%A6%D7%94%22%D7%9C_%D7%95%D7%9B%D7%95%D7%97%D7%95%D7%AA_%D7%94%D7%91%D7%99%D7%98%D7%97%D7%95%D7%9F#:~:text=%D7%9C%D7%A7%D7%91%D7%9C%D7%AA%20%D7%9C%D7%99%D7%95%D7%95%D7%99%20%D7%A9%D7%9C%20%D7%A2%D7%95%D7%91%D7%93%2F%D7%AA%20%D7%96%D7%A8

передбачає можливість призначення родича офіційним надавачем послуг із догляду за ветераном/кою із відповідною виплатою грошової допомоги від Міністерства оборони¹⁴. Зокрема, якщо сім'я обирає опцію доглядальника через ліцензовану агенцію, ветеран/ка має право вказати близького родича (друга чи члена родини) як свого помічника за умови, що цей родич старше 21 року та працюватиме як доглядальник не більше ніж 12 годин на добу. Такий родич укладає трудовий договір з акредитованою компанією догляду і фактично отримує зарплатню за свій догляд шляхом державного фінансування. У разі, якщо ветеран обирає отримувати грошову компенсацію і сам наймати доглядальника, ці кошти він може також спрямувати на виплату близькій людині, котра ним опікується (або найняти стороннього помічника).

Окрім фінансової підтримки, ізраїльська держава забезпечує пораненим ветеранам/кам повне медичне покриття через систему загальнообов'язкового медичного страхування, спеціальні реабілітаційні програми й центри.

Для родин існують й інші загальні права: наприклад, дружина або чоловік важкопораненого може мати право на соціальні пільги по догляду (в межах системи національного страхування), хоча специфічних надбавок саме для членів сімей ветеранів/ок із доглядом не передбачено. Загалом, модель підтримки в Ізраїлі спрямована на те, щоб ветерани отримували максимум допомоги від держави, тим самим полегшуючи тягар на родичів.

Велика Британія

Послуги довготривалого догляду. У Великій Британії надання медичного та соціального догляду ветеранам/кам інтегроване в загальнодержавну систему охорони здоров'я (NHS) та систему соціальних служб. Відсутня система окремих лікарень або закладів для довготривалого догляду за ветеранами/ками. Вони отримують допомогу нарівні з іншими громадянами. Особи з важкою травмою можуть бути влаштовані до звичайного будинку для людей похилого віку або отримувати медсестринський догляд вдома через місцеву службу охорони здоров'я. Водночас статус ветерана забезпечує пріоритетне право на отримання послуг догляду¹⁵.

Окремо в системі охорони здоров'я передбачені спеціальні програми для ветеранів/ок. **Op RESTORE**, служба фізичної реабілітації ветеранів/ок з

¹⁴ https://kolzchut.org.il/he/%D7%9C%D7%99%D7%95%D7%95%D7%99_%D7%A1%D7%99%D7%A2%D7%95%D7%93%D7%99_%D7%9C%D7%A0%D7%9B%D7%99_%D7%A6%D7%94%22%D7%9C_%D7%95%D7%9B%D7%95%D7%97%D7%95%D7%AA_%D7%94%D7%91%D7%99%D7%98%D7%97%D7%95%D7%9F#:~:text=%D7%99%D7%AA%D7%A7%D7%99%D7%99%D7%9E%D7%95%20%D7%9B%D7%9C%203%20%D7%94%D7%AA%D7%A0%D7%90%D7%99%D7%9D%20%D7%94%D7%91%D7%90%D7%99%D7%9D%3A,%D7%A9%D7%A0%D7%9E%D7%A6%D7%90%D7%95%D7%AA%20%D7%91%D7%94%D7%A1%D7%9B%D7%9D%20%D7%A2%D7%9D%20%D7%9E%D7%A9%D7%A8%D7%93%20%D7%94%D7%91%D7%99%D7%98%D7%97%D7%95%D7%9F

¹⁵ <https://www.nhs.uk/nhs-services/armed-forces-community/veterans-service-leavers-non-mobilised-reservists/>

травмами тіла, та **Op COURAGE**, служба психічного здоров'я для ветеранів/ок. Проте вони не покривають потребу в довготривалому догляді.

Довготривалий опікунський догляд (наприклад, допомога з повсякденним життям чи проживання в геріатричному центрі) зазвичай належить до компетенції місцевих органів влади. Місцеві Соціальні служби графств проводять оцінку потреб будь-якої важкохворої особи (зокрема ветерана/ки) та можуть організувати патронажну службу вдома або розміщення в закладі для людей, що потребують підтримки. Ці послуги фінансуються на основі перевірки фінансового стану пацієнта: багато ветеранів/ок із важкими інвалідностями мають право на повне покриття вартості догляду через Національну службу охорони здоров'я або через місцеві бюджети соцзабезпечення.

Підтримка родичів, які здійснюють догляд. Хоча в Британії немає окремої державної програми саме для сімей, які доглядають ветеранів/ок, ці родини мають доступ до всіх загальнонаціональних видів підтримки для опікунів людей з інвалідністю. Якщо ветеран/ка через поранення отримує державну допомогу з інвалідності або пенсію за інвалідністю від Міноборони, то член родини, який витрачає на догляд щонайменше 35 годин на тиждень, може оформити **допомогу доглядальнику (Carer's Allowance)**¹⁶. Розмір цієї допомоги становить приблизно £76 на тиждень (2025); виплата слугує формою державного визнання внеску сімейних опікунів у систему догляду. Додатково трудове законодавство гарантує таким особам право на відпустки для догляду та гнучкий графік роботи. З 2024 року в Британії запроваджено право на один тиждень неоплачуваної відпустки на рік для працівників, які доглядають хворого родича (Carer's Leave). Також місцеві влади проводять оцінку потреб опікуна. Якщо родина, що доглядає ветерана/ку, потребує послуг помічника з догляду (наприклад, на період своєї відсутності), психологічної підтримки чи матеріальної допомоги, муніципалітет може надати ваучери або послуги, зважаючи на зобов'язання Угоди про Збройні Сили.

Загалом, система Британії спирається на принцип універсальності: ветерани/ки користуються тими ж послугами довготривалого догляду, що й решта населення, проте держава намагається забезпечити пріоритетний доступ до послуг, щоб їхні бойові заслуги враховувалися при розподілі ресурсів та наданні допомоги.

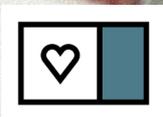
Досвід інших країн показує, що **ефективна система довготривалого догляду для ветеранів/ок має передбачати різні форми підтримки**. Це можуть бути як професійні послуги, так і компенсації та допомогу для родин, які здійснюють догляд. У більшості випадків, з якими ми стикалися протягом дослідження, саме близькі та рідні люди беруть на себе обов'язки, пов'язані з доглядом. І держава, пропонуючи рішення для таких родин,

¹⁶ <https://www.gov.uk/constant-attendance-allowance>

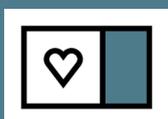
має всебічно підтримувати ці сім'ї, надавати можливості відпочинку та покращення якості життя.

Загалом для України, яка перебуває в умовах війни, важливо не просто копіювати моделі інших країн, створені в порівняно мирний час. Необхідно адаптувати найкращі практики і будувати систему, яка здатна працювати в умовах постійного ризику, нестачі ресурсів і зруйнованої інфраструктури. Нові адаптовані моделі мають враховувати нескінченність бойових дій та постійне зростання поранених або травмованих. Водночас система має пропонувати не тільки готові рішення, а й різноманітні можливості, враховувати стан сімей, потреби та інші особливості.

Частина 1. Кількісне дослідження сфери догляду в Україні



Розділ І. Потреба догляду в Україні



1.1. Масштаб і динаміка потреби в догляді в Україні

За інформацією від Міністерства соціальної політики в Україні, станом на кінець 2024 року понад 3 млн осіб потребують догляду¹⁷. Ця кількість охоплює людей з інвалідністю, хронічними та паліативними станами, наслідками поранень і захворювань, а також тих, хто через стан здоров'я не може самостійно забезпечувати повсякденне функціонування.

У 2024 році соціальні послуги з догляду отримали близько 400 тис. людей, що становить приблизно 13% від оцінної потреби. Медичні послуги з паліативного догляду охопили ще 160 тис. людей (5,3%), з яких 84,8 тис. скористалися мобільною паліативною допомогою. Разом соціальні, медичні послуги та програми державної компенсації забезпечили близько 21% загальної потреби в догляді. Утім, значна частина населення залишається без будь-якої соціальної або медичної підтримки, а саме, за результатами проекту «Всетурбота»^{18,19}, 26% осіб, які потребують догляду, не отримують його взагалі — ні через державні сервіси, ні через неформальні домовленості.

Згідно з поточними даними, близько 53% загальної потреби в догляді в Україні забезпечується неформальним сектором, тобто приватними неофіційними надавачами, членами родин та близькими. Міжнародний досвід демонструє таку структуру неформального сектора: 74% обсягу догляду забезпечують рідні та близькі на безоплатній основі, тоді як решту 26% становить неофіційний ринок платних послуг. У загальній структурі забезпечення догляду в Україні це може означати, що 39% потреб догляду забезпечують сім'ї та близькі, а ще 14% припадає на неофіційний платний сегмент. Це свідчить про те, що значна частина сфери догляду залишається поза системним аналізом і недостатньо враховується в державній політиці^{20,21,22}. Ці результати є індикаторами того, що значна частина сфери догляду може залишатися поза аналізом та увагою державних політик.

Окремим показником динаміки потреби є зростання кількості людей з інвалідністю, які потребують постійної підтримки. Станом на початок 2024 року кількість людей з інвалідністю I групи становила 158,2 тис.²³, що майже на 10 тис. більше, ніж на початку 2022 року. Водночас потреба в догляді не

¹⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=PGJz1mgJqSM>

¹⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=PGJz1mgJqSM>

¹⁹ Проект «Всетурбота» — ініціатива, покликана розвинути в Україні надання медико-соціальної послуги догляду вдома людям із хронічними неінфекційними захворюваннями, які мають обмежену мобільність. Ініціативу, засновану 2023 року Україно-швейцарським проектом «Діємо для здоров'я», реалізує агенція One Health за підтримки Посольства Швейцарії в Україні. <https://vseturbota.com.ua/about/>

²⁰ <https://assets.eurofound.europa.eu/f/279033/ac994bd0ca/ef25003en.pdf>

²¹ https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_633135.pdf

²² <https://www.advancingstates.org/sites/default/files/Caregiving%20in%20the%20US%202020%20Full%20Report.pdf>

²³ <https://stat.gov.ua/uk/publications/sotsialnyy-zakhyst-naselennya-ukrayiny-2024>

обмежується цією групою: регулярної допомоги потребують також люди з II групою інвалідності, поранені та ветерани/ки, що перебувають на етапах тривалого лікування й реабілітації. Здебільшого вони не мають статусу, який надає право на постійний догляд (зокрема інвалідності I групи або паліативного статусу), попри фактичну потребу в щоденній підтримці.

Система державних компенсацій охоплює обмежене коло осіб, які здійснюють догляд. Наприкінці 2024 року близько 55 тис. людей отримували компенсацію за догляд на непрофесійній основі, тоді як лише 1 223 людини отримали погодження на надання соціальних послуг з догляду на професійній основі та відповідну компенсацію. Це свідчить про обмежене використання формальних інструментів професійного догляду, зокрема соціальних послуг і програм державної компенсації, передбачених чинною системою соціальної підтримки. Відповідно, основний тягар догляду й надалі лягає на членів родин та приватних осіб, які надають послуги поза межами формальних трудових відносин і без належної системної підтримки з боку держави.

Тобто чинні інституційні рішення покривають лише частину потреби в догляді. За умов повномасштабної війни та зростання кількості людей з пораненнями й інвалідністю, зокрема серед ветеранів та ветеранок, обсяг цієї потреби продовжуватиме збільшуватися, тоді як основну відповідальність та навантаження беруть на себе родини або фахівці поза формальною системою догляду.

1.2. Фактори зростання потреби в догляді в Україні

Як зазначалося вище, в Україні прогнозується зростання потреби в догляді. Це припущення було сформоване кількома взаємопов'язаними чинниками, які одночасно впливають і на кількість людей, що потребують підтримки, і на характер цієї потреби.

Основним каталізатором цієї зміни є повномасштабна війна в Україні. Щодня кількість людей з пораненнями, інвалідністю та тривалими порушеннями здоров'я, як серед військових, так і серед цивільних стрімко збільшується. Лише за 2025 рік було поранено 12 142 особи, і це лише серед цивільних²⁴. Варто також враховувати те, що догляд для цих людей може не обмежуватися періодом лікування, а тривати місяцями або роками, що потребуватиме фізичної підтримки та навіть цілодобової присутності.

Окрему категорію отримувачів послуг формують ветерани та ветеранки з пораненням й інвалідністю. На рівні державної підтримки для них не передбачено окремого забезпечення послугами догляду, тож вони змушені користуватися загальнодоступними соціальними та медичними

²⁴ <https://ukraine.ohchr.org/en/2025-deadliest-year-for-civilians-in-Ukraine-since-2022-UN-human-rights-monitors-find>

сервісами. Водночас вони можуть потребувати більш фахової допомоги: надання профільних медичних процедур, потреба у швидшому фізичному відновленні, адаптація до цивільних умов життя, психічне відновлення та врахування навантаження, пов'язаного з бойовим досвідом. Внаслідок цього загальна потреба в догляді зростає не лише через збільшення кількості людей, а й через зростання якості та обсягу догляду, який припадає на одну людину.

Збільшення потреби в догляді також зумовлює демографічна динаміка. Україна входить у фазу прискореного старіння населення, яка посилюється повномасштабною війною. Низький рівень народжуваності, тривала демографічна криза та смертність серед працездатного населення — як серед військових, так і серед цивільних. Тобто, з одного боку, збільшується кількість людей, які потребують догляду, а з іншого — зменшується коло осіб, які можуть цю послугу надавати — як у межах родини, так і на ринку праці. Це створює довгостроковий ризик і зрештою великий дефіцит у сфері догляду, що підсилює потребу в її системному розвитку.

1.3. Послуги з догляду та інституції, які їх надають

Нині потребу в догляді в Україні покривають дві основні системи — медична та соціальна. Вони функціонують паралельно, мають різні цілі, різні джерела фінансування і різну логіку надання послуг. Такий поділ безпосередньо впливає на те, які форми догляду є доступними, а які — ні.

Медична система зосереджується передусім на паліативному догляді й працює через Програму медичних гарантій, яку фінансує НСЗУ. У межах цієї програми діють два основні пакети допомоги: стаціонарна паліативна медична допомога та мобільна паліативна медична допомога. Стаціонарний формат забезпечує цілодобовий медичний догляд, знеболення і спостереження в закладах охорони здоров'я. Мобільні паліативні бригади надають медичну та консультативну підтримку вдома.

У 2024 році ці два пакети допомоги охопили 160 тис. людей, що робить медичну систему важливим елементом догляду, але водночас обмежує її сферу дії. Наприклад, медичний паліативний догляд не покриває потреби у тривалій побутовій підтримці людей з інвалідністю або осіб з наслідками поранень, які не мають відповідного статусу.

Соціальна система догляду, яку координує Міністерство соціальної політики, фокусується на підтримці повсякденного життя людей: допомозі в самообслуговуванні, веденні побуту, пересуванні та соціальній взаємодії.

Класифікатор соціальних послуг визначає п'ять основних видів послуг для дорослих:

- 1) догляд вдома;

- 2) *стаціонарний догляд;*
- 3) *денний догляд;*
- 4) *паліативний догляд як соціальна послуга;*
- 5) *персональний асистент.*

Лише догляд вдома, послуга персонального асистента і паліативний догляд передбачають надання допомоги за місцем проживання людини. Денний і стаціонарний догляд потребують звернення до закладів, що ускладнює їх доступність для людей з обмеженою мобільністю або для тих, хто проживає у віддалених громадах, селах, селищах без можливості швидкого транспортування.

Надання соціальних послуг забезпечують територіальні центри, комунальні установи, державні, приватні та громадські організації, які мають бути внесені до Реєстру надавачів та отримувачів соціальних послуг. За даними Реєстру, близько 57% отримувачів користуються послугами комунальних надавачів, 25% — державних установ, 12% — громадських організацій та 6% — приватних надавачів. Водночас під час інтерпретації цих даних слід враховувати те, що Реєстр є неповним, містить розбіжності в загальних показниках кількості отримувачів та може не повною мірою відображати фактичну структуру ринку соціальних послуг²⁵. Загалом серед надавачів соціальних послуг переважають комунальні та державні установи, а також помітною є участь громадських організацій як альтернативної моделі надання послуг.

Окрему роль у системі відіграють громадські організації, які надають послуги з догляду завдяки донорському фінансуванню. Серед них — програма «Домашня опіка» Caritas, яка працює в 16 містах України й забезпечує догляд вдома для самотніх людей літнього віку, маючи нині понад 2 тис. бенефіціарів²⁶. Такі програми частково компенсують нестачу державних сервісів. Програма «Домашня опіка» передбачає регулярні домашні візити до людини, індивідуальне планування догляду, поєднання побутової допомоги з медичною та психологічною підтримкою, а також роботу мобільних бригад у віддалених, важкодоступних громадах. Водночас сталість таких програм залежить від донорського фінансування та індивідуальних донацій.

Поділ догляду між медичною та соціальною системами формують обставини, у якій люди з комплексними потребами в догляді часто змушені взаємодіяти з кількома інституціями одночасно. Медична система зосереджується на клінічних аспектах, тоді як соціальна — на побутовій підтримці. За відсутності узгодженої координації в системі догляду доступ до допомоги є ускладненим, а відтак навантаження на родини, які беруть на себе координацію між різними сервісами, також збільшується.

²⁵ <https://www.ioc.gov.ua/en/analytics/nadavachi-sotsialnykh-posluh>

²⁶ <https://caritas.ua/homecare/>

1.4. Рівень використання послуг з догляду та їхня доступність

Доступність сервісів догляду визначається не лише формальною наявністю послуг, а й фактичною можливістю людей скористатися ними в повсякденному житті. Показовим прикладом є паліативна допомога, що надається в стаціонарному та мобільному форматах.

У 2024 році мобільною паліативною допомогою скористалися 84,6 тис. осіб, тоді як стаціонарною — 75,6 тис. Перевага мобільного формату пояснюється тим, що послуга догляду надається вдома і не потребує поїздки до медичних профільних закладів. Водночас, за словами голови НСЗУ Наталії Гусак²⁷, на практиці мобільні бригади часто беруть на себе функції соціальних сервісів і обмежуються звичайним провідуванням. Це може впливати на якість медичної підтримки та зумовити недоотримання послуги тими, хто її справді потребує.

У 2024 році на мобільну паліативну допомогу було спрямовано близько 7 млрд грн. За оцінкою колишньої заступниці Міністерства соціальної політики Уляни Токаревої, близько 70% видатків на соціальний захист і забезпечення — орієнтовно 39,9 млрд грн — спрямовується на доглядові послуги та дозволяє охопити близько 400 тис. людей²⁸. Перерозподіл коштів з мобільної паліативної допомоги дав би змогу додатково забезпечити якісним доглядом понад 70 тис. людей, однак це не розв'язує проблеми системно. Йдеться і про інші виклики: про обмежену взаємодію між медичними й соціальними інституціями, нечітку систему перенаправлення людей між послугами та нерівномірну спроможність доглядових сервісів в різних місцевостях.

До того ж фактичне використання соціальних сервісів є нерівномірним. Догляд вдома охоплює 291 тис. осіб і має 1 651 зареєстровану організацію, що робить його базовим форматом для більшості родин²⁹. Денний догляд використовують близько 73 тис. людей, а стаціонарний — 41,2 тис.³⁰ Соціальним паліативним доглядом користується 3,3 тис. осіб у 309 установах, що свідчить про достатньо широке територіальне покриття цієї послуги. Натомість сервіс персонального асистента залишається вкрай обмеженим: при 640 різних доступних організацій ним користуються лише 175 людей по всій країні. Така різниця між масштабом мережі та фактичним використанням вказує на складність доступу людей до цього формату допомоги, непоінформованість населення про ці послуги та менший попит у цього формату підтримки серед потенційних отримувачів та отримувачок.

Важливо враховувати також цінову політику, яка безпосередньо впливає на можливість регулярного користування сервісами. Оскільки тарифи

²⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=PGJz1mgJqSM>

²⁸ <https://openbudget.gov.ua/?month=12&year=2024&budgetType=LOCAL>

²⁹ Кількість надавачів отримана на запит від Міністерства соціальної політики.

³⁰ За даними Обласних військових адміністрацій 24 областей у відповідь на інформаційний запит.

встановлюються громадами самостійно, вартість догляду вдома суттєво різниться: у малих громадах вона становить близько 60 грн за годину, тоді як у великих містах сягає 112 грн за годину. У приватному секторі за умови 8-годинного догляду погодинна вартість починається від 120 грн. Це означає, що для деяких родин регулярне користування цією допомогою обмежується не низькою потребою в догляді, а браком фінансових ресурсів, необхідних для забезпечення належного обсягу підтримки.

Зрештою, доступність сервісів догляду визначається не лише кількістю надавачів, а й низькою критичних факторів: можливістю отримання допомоги вдома, територіальною близькістю закладів, ціновою політикою та своєчасністю інформування через доступні канали. Крім того, вирішальну роль відіграє узгодженість між медичними та соціальними форматами підтримки. Саме ці чинники безпосередньо визначають реальну можливість людини отримати необхідну допомогу.

Висновки

У цьому розділі показано, що потреба в догляді в Україні є масштабною: за актуальними оцінками, понад 3 млн людей потребують регулярної підтримки, тоді як соціальні та медичні сервіси разом із програмами компенсацій покривають лише частину цієї потреби. Водночас значна частина догляду фактично відбувається неофіційно, через неоплачувану працю близьких або неофіційних доглядальників і доглядальниць, що робить цю працю малопомітною для аналізу політики.

Розділ II. Інституційна архітектура сфери догляду



2.1. Професійний догляд

2.1.1. Професійні ролі, функції та вимоги у сфері

Загальне зростання потреби в догляді, кадровий дефіцит, значна частка догляду в родинах і обмежена доступність послуг є індикаторами того, як сьогодні функціонує професійна робота у сфері догляду. Щоб оцінити характер та довгостроковий ефект цих викликів, важливо розглянути, які ролі у сфері догляду нині існують, як між відповідними фахівцями розподілені функції та які вимоги щодо підготовки до них висуюються.

Як ми попередньо зазначали, професійний догляд організований через дві основні системи — соціальну та медичну. У соціальній сфері послуги надають фахівець із соціальної допомоги вдома та соціальний робітник. Обидва фахи передбачають завершення профільної вищої освіти. Однак їхні посадові обов'язки відрізняються. Фахівець чи фахівчиня із соціальної допомоги мають зробити оцінку потреб і сформувати індивідуальний план допомоги. Натомість до обов'язків соціального робітника належить допомога в самообслуговуванні, ведення побуту, підтримка щоденної організації життя та спостереження за загальним станом людини. Саме на цьому рівні зосереджена більша частина щоденного побутового догляду.

У медичних закладах фізичний догляд формально забезпечує молодший медичний персонал, зокрема молодша медична сестра з догляду за хворими. Ця посада передбачає також професійно-технічну освіту. До обов'язків молодшої медсестри чи медбрата належить проведення гігієнічних дій з пацієнтом чи пацієнткою, допомога з харчуванням і пересуванням. Клінічні втручання залишаються відповідальністю середнього медичного персоналу. Станом на 2024 рік у закладах охорони здоров'я працює 21,6 тис. молодших медичних сестер з догляду за хворими — на 15% менше, ніж у довоєнний період, що вже створює додаткове навантаження на команди³¹.

Фактична організація роботи часто відхиляється від цієї моделі. Значна частина функцій догляду де-факто виконується медичними сестрами, хоча це не відповідає їхнім посадовим обов'язкам. Посади молодших медичних сестер з догляду в багатьох закладах майже не укомплектовані, і система спирається на неформальний перерозподіл обов'язків усередині колективів. У результаті медичні сестри поєднують клінічну роботу з великим обсягом рутинного фізичного та гігієнічного догляду.

Така організація роботи посилює їхнє фізичне й емоційне навантаження, що надалі може спричиняти професійне виснаження та загалом зниження ефективності роботи фахівців та фахівчинь. Наприклад, частина часу витрачається на рутинні завдання, які не потребують медичної підготовки,

³¹ <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-2>

тоді як складні клінічні випадки та відповідні спеціалізовані послуги можуть виконуватися гірше або взагалі не надаватися. У результаті, коли працівників та працівниць бракує, стає складніше забезпечити більшу кількість людей необхідним доглядом.

І цей виклик ідентифікує ще одну потребу — формалізація окремої професії асистента з догляду, спільної для системи охорони здоров'я і соціального захисту. Такий фахівець чи фахівчиня за потреби може брати участь у певних медичних процедурах у взаємодії з медичною командою, але більшою мірою він також має підтримувати щоденну активізацію людини — комунікацію, залучення до простих занять і дозвілля, що є важливою частиною відновлення та повернення людини до самостійного життя.

Водночас важливо розмежувати функції асистента з догляду та санітарного персоналу: останній забезпечує санітарно-гігієнічний режим і підтримку чистоти в приміщенні, де здійснюють догляд, тоді як асистент відповідає за щоденну підтримку людини — допомогу в пересуванні, харчуванні, фізичному відновленні та інших повсякденних діях.

Формалізація цієї ролі дає змогу зменшити перевантаження медичних працівників та працівниць, зберегти їхній кадровий потенціал, зробити професію догляду більш видимою та створити підґрунтя для системного розвитку підготовки кадрів, оплати праці й масштабування послуг у громадах.

2.1.2. Професійні портрети кадрового складу у сфері догляду

Для розуміння можливостей масштабування послуг догляду важливо аналізувати не лише потребу у фахівцях та кількість вакансій від різних медичних закладів, а й самих кандидатів та кандидаток на посаду: їхній професійний досвід, гендерно-вікову структуру та шляхи підготовки і залучення працівників та працівниць.

За даними платформи work.ua, офіційні професії у сфері догляду демонструють високу конкуренцію серед шукачів та шукачок роботи. За останній місяць було розміщено 120 вакансій соціальних робітників та робітниць і з'явилося 954 нових резюме (загалом близько 3 тис. резюме за п'ять років). Середня заробітна плата становить 18 100 грн.

Ще інтенсивніша конкуренція спостерігається серед молодших медичних сестер: за останній місяць на 728 вакансій припадало 5,8 тис. нових резюме (загалом 33,6 тис. резюме за п'ять років). Середня заробітна плата за вакансіями становить 19 700 грн. Водночас офіційні оклади в комунальних закладах залишаються суттєво нижчими — у межах 3 770–4 060 грн, що впливає на стабільність утримання кадрів у публічному секторі.

Окрему нішу формує сегмент доглядальників та доглядальниць, які працюють у приватному секторі. За останні десять років у цій сфері було

розміщено близько 8,8 тис. резюме, а середня заявлена оплата праці становить 20 500 грн, що перевищує рівень оплати на офіційних посадах. Саме цей сегмент частково компенсує обмежену пропозицію інституційних сервісів, але не створює стабільної системи підготовки та якості послуг.

Кадровий профіль доглядальників та доглядальниць має певні особливості. Середній вік людей, які шукають роботу у сфері догляду, — 55 років. Молодь віком 16–25 років становить лише 1,38% від усіх резюме. Понад 62% кандидатів старші за 55 років, з них 41% — старші за 60 років. Така вікова структура створює додаткові обмеження для довгострокового відтворення кадрового потенціалу, з огляду на фізичне навантаження роботи та зростання попиту на догляд.

Залучення молодших за віком працівників і працівниць має потенційні переваги з погляду фізичної витривалості та швидшого опанування сучасних підходів до догляду. Водночас слабка присутність молоді у професії вказує на обмежену привабливість цієї сфери як кар'єрного вибору, що узгоджується з гіпотезами про вплив умов праці, оплати та суспільного статусу цього виду діяльності. А також може погіршуватися сама якість надання догляду, оскільки лише 17,8% кандидатів мають вищу освіту, і тільки 14,9% — релевантний медичний досвід.

Ще однією важливою складовою професійного портрета є гендерна структура галузі. Догляд в Україні переважно залишається жіночою сферою — як у формальному секторі, так і в неформальному (де основний тягар лягає на членкинь родини). Це відповідає усталеному уявленню про догляд як «домашню» або допоміжну працю. Це також означає, що ринок догляду фактично залежить від однієї соціальної групи, яка вже може відповідати за значну частку неоплачуваної домашньої роботи, догляду за дітьми та старшими членами й членкинями родини. Крім того, обмежена участь чоловіків у доглядівій праці звужує кадровий резерв у ситуації, коли потреба в догляді зростає швидше, ніж можливості системи її покривати, особливо якщо йдеться про догляд, який потребує більшої фізичної підготовки. Тобто фактично половина потенційного ринку праці майже не залучена до цієї сфери, що ускладнює її масштабування навіть за умови збільшення фінансування або запуску нових програм підготовки.

Недержавний сектор формує окреме середовище формування практик і підготовки кадрів. Найбільшим стабільним провайдером є «Карітас України», який реалізує програму догляду за людьми літнього віку вдома та паліативного догляду ще з 1998 року — «Домашня опіка»³². Програма охоплює понад 2 тис. бенефіціарів у 16 містах України та поєднує індивідуальну оцінку потреб, регулярний догляд, консультації для родин і надання допоміжного реабілітаційного обладнання. Послуги передбачають індивідуальну гігієнічну та побутову допомогу, організацію дозвілля,

³² <https://caritas.ua/wp-content/uploads/images/karitas2012-opika.pdf>

супровід до медичних і соціальних закладів, а також безоплатну оренду реабілітаційного обладнання. Схожий за масштабом напрям «Догляд вдома» розвиває Український Червоний Хрест. Програма охоплює 23 області та місто Київ, залучає близько 1 330 соціальних помічників, які надають підтримку приблизно 7 750 підопічним, забезпечуючи понад 700 тис. послуг із догляду щомісяця. Соціальні помічники допомагають у гігієнічному догляді, приготуванні їжі, закупівлях, супроводі до лікаря та підтримці повсякденної активності людей літнього віку. Додатково розвивається мережа 106 клубів активного довголіття, спрямованих на зменшення соціальної ізоляції людей літнього віку.

Громадський сектор загалом відіграє важливу роль у поширенні стандартів догляду, розвитку експертизи та підготовці фахівців і фахівчинь, зокрема через навчальні програми, підвищення кваліфікації та формування етичних і комунікаційних навичок. Частина ініціатив працює з окремими цільовими групами — ветеранами і ветеранками, людьми з інвалідністю, людьми літнього віку — а також формує запит на інвестиції в доглядову інфраструктуру та якість послуг. Реабілітаційні центри інтегрують доглядову працю з процесами фізичного та психосоціального відновлення, наприклад, «Лісова поляна», яка підтримує відновлення ветеранів та ветеранок.

Але попри цю підтримку з громадського сектора, все ж за формально високої конкуренції на ринку праці кадрова база сфери догляду має обмежений потенціал оновлення та професійного зростання. Вік кандидатів та кандидаток, різниця між задекларованими зарплатами та реальними окладами, а також фрагментованість фахової підготовки кадрів формують довгострокові ризики для здатності системи відповідати зростанню попиту на якісний догляд.

2.1.3. Суспільне сприйняття професії. Статус доглядової праці

Суспільне сприйняття професії загалом безпосередньо впливає на готовність людей долучатися до цієї сфери, залишатися в ній і пов'язувати з нею довгострокову професійну траєкторію. Наразі сфера догляду не має відповідного рівня визнання та зацікавленості, зокрема через уявлення про цю зайнятість як тимчасову, допоміжну або «непрофесійну». Вона також асоціюється з високим фізичним та емоційним навантаженням і невідповідною фінансовою винагородою за цю тяжку працю.

Окрему роль у формуванні статусу відіграє неймінг. Термін «доглядальниця» інколи може асоціюватися з побутовою допомогою, неформальною роботою, що не відображає професійного характеру діяльності. Або, наприклад, назва «медична сестра». Коли цей термін використовують для позначення функцій догляду, це формує помилкові очікування щодо медичних повноважень, підміняє зміст роботи та дезорієнтує щодо

обов'язків. Натомість сфера потребує гідної та чіткої назви професії, наприклад, «асистент персонального догляду». Вона вдало окреслює межі ролі та спеціалізацію роботи, що важливо надалі у формуванні стандартів підготовки, зрозумілих очікувань щодо компетенцій фахівців і фахівчинь та їхньої відповідальності.

Також важливим компонентом покращення статусу сфери догляду є гідна фінансова винагорода. Підвищення рівня оплати має розглядатися в контексті оплати праці медичних працівників та працівниць загалом, оскільки ці ринки взаємопов'язані й конкурують між собою за фахівців. Можемо зробити припущення, що без узгодженої політики підвищення оплати фахівцям навіть формалізація нових ролей не забезпечить збільшення кількості людей, які хочуть працювати у сфері догляду.

Елементом професіоналізації цього фаху є запровадження державного диплома або сертифікації, що фіксує стандартизований рівень підготовки та підвищує довіру до якості послуг з боку осіб, які користуються підтримкою, і безпосередньо роботодавців. Формалізоване навчання також створює передумови для розвитку системи підвищення кваліфікації та накопичення й покращення професійної експертизи.

Необхідно перетворити професію асистента з догляду на ефективну точку входу до системи охорони здоров'я та соціальної підтримки. Вона має пропонувати чітку кар'єрну перспективу з можливістю подальшого професійного розвитку, а не сприйматися як тупикова зайнятість без перспектив росту. Наявність зрозумілої траєкторії розвитку підвищує привабливість професії для молодших людей і підтримує довгострокову стабільність та оновлення кадрового складу, якого потребує сфера догляду в Україні.

Отже, затвердження фактичної професії, гідна фінансова винагорода, фахова освітня підготовка, визначення кар'єрних перспектив, перекваліфікування — усі ці чинники формують підґрунтя для підвищення суспільного статусу догляду як професійної діяльності та зміцнення кадрового потенціалу сфери.

2.2. Неформальний догляд близькими та рідними

2.2.1. Умови, за яких догляд здійснюють люди поза професійною сферою

Неформальний догляд може виникати за різних обставин. В одних випадках родина може делегувати догляд фахівцям та фахівчиням, а в інших — догляд переходить до членів та членкинь сім'ї, особливо коли доступ до професійної допомоги обмежений територіально або рівень цін ускладнює регулярне користування послугами догляду. Для України характерним є

поєднання цих факторів, у межах якого родини часто виконують догляд власноруч.

Важливе значення має те, за ким саме здійснюється догляд. Догляд за людьми літнього віку або за ветеранами та ветеранками з інвалідністю відрізняється за інтенсивністю, тривалістю, специфікою досвіду та вимог до навичок. Різницю між доглядом за ветеранами/ками та цивільними людьми, зокрема у профілі доглядальників і доглядальниць, ілюструє дослідження корпорації RAND «Hidden Heroes: America's Military Caregivers»³³, що порівнює умови догляду у США. У випадку цивільних людей догляд частіше здійснюють старші родичі. Натомість серед осіб, які доглядають за ветеранами та ветеранками, переважають люди працездатного віку. Аналогічну тенденцію ми спостерігаємо в Україні: за публічними оцінками Міністерства у справах ветеранів³⁴, середній вік ветеранів та ветеранок в Україні становить до 30 років, що означає, що догляд серед членів та членкинь родини (батьки, дружини, чоловіки, сестри та брати) часто здійснюють люди економічно активного віку, які поєднують догляд із роботою, навчанням, вихованням дітей та іншими обов'язками.

Навіть у системі з розвиненими програмами підтримки це має помітні наслідки для зайнятості та добробуту. Люди, які здійснюють догляд за ветеранами та ветеранками з інвалідністю, в середньому пропускають близько 3,5 робочих днів на місяць (приблизно 29 годин), тоді як серед доглядальників та доглядальниць за цивільними цей показник становить близько одного дня (приблизно 9 годин). 28% доглядальників/ць ветеранів повністю залишили роботу, а 48% брали неоплачувану відпустку; серед цивільних ці частки становлять відповідно 13% і 25%. Ще 16.3% перейшли на нижчі посади з меншою оплатою через поєднання роботи з доглядом.

У площині ж фінансових витрат та доходів 62% людей, які доглядають за ветеранами/ками, та 40% серед тих, хто доглядає за цивільними, повідомляють про напруженість, пов'язану з грошовими витратами на догляд. В освітній сфері 25,6% доглядальників/ць ветеранів/ок і 6,1% серед цивільних змушені переривати або скорочувати навчання. Це також впливає на ментальне здоров'я доглядальників/ць та загалом на їхню спроможність працювати в майбутньому: у сфері здоров'я майже 40% людей, які здійснюють догляд за ветеранами/ками, та близько 20% серед доглядальників/ць цивільних відповідають критеріям клінічної депресії.

За оцінками міжнародних досліджень The National Alliance for Caregiving та AARP («Caregiving in the U.S.»)³⁵, Eurofound («Undeclared care work in the EU»)³⁶ та Міжнародної організації праці («Care work and care jobs for the

³³ https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR499.html

³⁴ <https://news.novyny.live/u-minveteraniv-nazvali-serednii-vik-uchasnikiv-boiovikh-dii-300779.html>

³⁵ <https://www.advancingstates.org/sites/default/files/Caregiving%20in%20the%20US%202020%20Full%20Report.pdf>

³⁶ <https://assets.eurofound.europa.eu/f/279033/ac994bd0ca/ef25003en.pdf>

future of decent work»)³⁷, частка догляду, який здійснюється близькими на безоплатній основі, становить 69–74% усіх випадків неформальної підтримки. В українських реаліях це охоплює до 1,2 млн людей, які отримують догляд переважно через родину. Відповідно, саме родина фінансово забезпечує цей догляд.

2.2.2. Державне визнання доглядової праці поза професійною сферою

Держава передбачає окремий механізм офіційного визнання догляду, який здійснюють члени та членкині родини або знайомі поза професійною зайнятістю. Особа, яка доглядає за близькою людиною, може отримати статус «фізична особа, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі».

Цей статус є підставою для призначення щомісячної грошової компенсації. Компенсація на непрофесійній основі призначається людям, які не працюють, не зареєстровані як фізичні особи-підприємці та не перебувають на обліку в центрі зайнятості, за умови, що догляд здійснюється членом родини при спільному проживанні. Станом на кінець 2024 року розмір виплати становив 2 920 грн на місяць³⁸.

Паралельно діє програма компенсацій за надання послуг з догляду на професійній основі. Вимоги щодо зайнятості є аналогічними, однак додатково необхідне підтвердження відповідної кваліфікації або проходження навчання. Розмір компенсації залежить від кількості відпрацьованих годин, але не може перевищувати 360 годин на місяць, а догляд може здійснюватися одночасно не більш як для трьох людей. Загальний обсяг виплат у межах цієї програми коливається від 4 500 до 12 000 грн на місяць³⁹. Фінансування обох програм здійснюється з місцевих бюджетів.

За даними Національної соціальної сервісної служби, у 2023 році компенсацію за догляд на непрофесійній основі отримали 47,3 тис. людей на суму 750,3 млн грн, а у 2024 році — 55 тис. людей (за 83,5 тис. звернень) на суму 1,1 млрд грн, що у 1,4 раза більше, ніж роком раніше.

Компенсацію за догляд на професійній основі у 2023 році отримували 244 людини на суму 7,6 млн грн, а у 2024 році — 1 223 особи (за 1,5 тис. заявок) на суму 71,8 млн грн. Попри зростання кількості отримувачів у 5,4 раза, ця група становить лише 2,2% у загальній структурі людей, які користуються компенсаційними програмами догляду. У середньому учасники цієї програми отримують близько 4 888 грн на місяць, а один доглядальник надає послуги переважно лише одній людині.

³⁷ https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_633135.pdf

³⁸ Комплексна турбота про людину вдома: <https://www.youtube.com/watch?v=PGJz1mgJqSM>

³⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1040-2021-%D0%BF#Text>

Окрему групу становлять родини поранених військовослужбовців. Законодавство передбачає для самих військових низку прямих грошових виплат, зокрема збереження грошового забезпечення на час лікування, додаткову винагороду у розмірі 100 тис. грн на період лікування, одноразову допомогу при встановленні інвалідності, виплати на оздоровлення, а також оплату лікування і протезування. Водночас для довготривалого догляду, який потребує постійної залученості члена родини, окремого спеціалізованого компенсаційного механізму для родин ветеранів/ок не передбачено. У таких випадках вони користуються тими самими умовами підтримки, що й родини цивільних людей.

Фактичні параметри компенсацій показують, що фінансова підтримка осіб, які здійснюють догляд у родині, залишається дуже обмеженою, порівняно з реальним обсягом роботи. Щомісячні виплати не покривають навіть базових витрат часу, фізичних зусиль і втрати доходу, які виникають, коли хтось із родини постійно залучений до догляду.

Водночас догляд у родині — це не лише допомога з гігієною, пересуванням чи побутом. Йдеться про щоденну підтримку ментального стану, збереження соціальної активності, відчуття безпеки, стабільності та включеності людини у життя родини й громади — гідної підтримки та відновлення. Ця є критично важливим для якості життя, але практично непомітним не лише у фінансовій винагороді за догляд членам родини, а й у їхній соціальній підтримці також.

У такому разі компенсація радше виконує символічну функцію, ніж визнає догляд як повноцінну зайнятість із відповідним економічним еквівалентом та державною підтримкою. Зрештою, це обмежує можливості родин довгостроково поєднувати догляд із роботою, навчанням та відновленням власних ресурсів і не створює стабільної основи для розвитку системи підтримки людей, які потребують тривалої допомоги. Ба більше, для родин ветеранів та ветеранок це є невизнанням їхнього досвіду як того, що потребує державної підтримки і вдячності за внесок ветерана чи ветеранки в захист країни.

Висновки

Професійний догляд в Україні формально поділений між соціальною та медичною системами, але на практиці цей поділ працює неузгоджено. У медичних закладах значну частину фізичного та гігієнічного догляду часто виконують медичні сестри, хоча ці обов'язки не належать до їхніх посадових функцій. Через це персонал перевантажений, і з такою кількістю людей та умовами роботи складно допомогти всім, хто цього потребує. Портрет кадрів у сфері догляду також показує проблеми з оновленням персоналу: у професії багато людей старшого віку, а молоді працівники та

працівниці майже не приходять. Окремо впливає і те, що оплата праці в державному та приватному секторі суттєво відрізняється — і це посилює ризик, що в державних закладах з часом буде все менше людей, які можуть виконувати доглядову роботу. У результаті найбільшу частину догляду продовжують забезпечувати родини та неформальний сектор, тоді як державні механізми підтримки й компенсацій залишаються обмеженими і не відповідають реальному обсягу цієї праці.

Розділ III. Формальна та неформальна освіта у сфері догляду



3.1. Освітні можливості професійної підготовки фахівців та фахівчинь

За 2021–2025 роки в Україні було підготовлено близько 15 тис. нових соціальних працівників та 1,4 тис. молодших медичних сестер з догляду⁴⁰. Серед медсестринства також присутній кадровий потенціал для сфери догляду. 20%⁴¹ від працевлаштованих за спеціальністю медичних сестер⁴² відкриті до перекваліфікації або додаткового навчання, що становить 4,7 тис. випускників профільних закладів освіти за останні п'ять років⁴³. Такий кадровий резерв потенційно може стати основою для оновлення вікової структури працівників та професіоналізації сфери догляду. Водночас динаміка підготовки кадрів є тривожною: порівняно з довоєнним періодом, у 2022–2025 випуск спеціалістів з догляду скоротився на 19%⁴⁴. Це свідчить про формування структурного дефіциту персоналу саме в той момент, коли попит на доглядові послуги стрімко зростає.

Професійна підготовка соціальних робітників відбувається переважно на базі державних закладів освіти (73%). Натомість підготовка молодших медичних сестер з догляду за хворими значною мірою покривається приватними освітніми закладами (53%)⁴⁵.

Чинна система підготовки кадрів у сфері догляду представлена двома опціями на державному рівні, однак жодна з них не виконує своєї функції. Одним з елементів підготовки є Типова програма навчання фізичних осіб, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності⁴⁶. Цей механізм спрямований передусім на стандартизацію мінімального рівня знань і навичок для людей, які надають догляд у неформальному секторі, — членів родин. Водночас впровадження цієї програми залежить від фінансування з бюджету громад, через що вона рідко реалізується на практиці. Тривалість програми становить 2 дні, що, з одного боку, відповідає лише базовому рівню підготовки учасників, а з іншого — є оптимальною в умовах, коли член домогосподарства не може надовго залишити людину, за якою здійснює догляд, для проходження навчання.

Для системи професійної освіти розроблено державний стандарт за професією 5132 «Молодша медична сестра (молодший медичний брат)

⁴⁰ <https://registry.edbo.gov.ua/opendata/>

⁴¹ <https://www.youtube.com/live/MewtlxbVm3Y>

⁴² <https://mon.gov.ua/osvita-2/vishcha-osvita-ta-osvita-doroslikh/monitorynhu-pratsevlashtuvannia-vypusknykiv-zakladiv-vyshchoi-ta-fakhovoi-peredvyshchoi-osvity>

⁴³ <https://registry.edbo.gov.ua/opendata/graduate/>

⁴⁴ <https://registry.edbo.gov.ua/opendata/>

⁴⁵ <https://registry.edbo.gov.ua/opendata/educators/>

⁴⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0550-21#Text> Програма затверджена наказом Міністерства соціальної політики України №131 від 15 березня 2021 року та реалізується в межах порядку, визначеного постановою Кабінету Міністрів України №430 щодо підготовки та перепідготовки людей, які здійснюють догляд.

з догляду за хворими»⁴⁷, який у практиці реалізується через коротко-термінові програми тривалістю близько 3–4 місяці. Однак, як засвідчують практики з медичної освіти, тримісячна модель підготовки є критично недостатньою навіть для базового рівня професійного догляду. В реальних умовах більшість молодших медичних сестер та санітарного персоналу засвоюють ключові навички на робочому місці в умовах постійного дефіциту часу та перевантаження, що не дає змоги зосередитися на якості навчання і призводить до низького рівня підготовки. Тому серед медичних працівників часто бракує базових практичних навичок догляду — правильного переміщення пацієнтів, гігієнічних процедур, годування, профілактики пролежнів тощо.

З огляду на це, формалізація професії догляду має починатися із запровадження окремого державного стандарту підготовки асистентів з персонального догляду в системі професійно-технічної або післядипломної освіти. Такий стандарт має врахувати недоліки попередніх спроб формалізації суміжної освіти та закласти основу для якісно нової системи підготовки кадрів. На думку практиків, оптимальною є модель навчання тривалістю від шести до дванадцяти місяців, залежно від базової освіти: скорочений трек для людей з медичним або соціальним фахом і повний річний цикл для новачків. Обов'язковими компонентами такої підготовки мають стати практична анатомія, гігієна та інфекційна безпека, догляд за лежачими пацієнтами, основи паліативної допомоги та реабілітації, професійна комунікація і робота з родинами, модулі з ментального здоров'я та профілактики вигорання, а також стажування в медичних закладах.

Заміна освітнього стандарту підготовки молодшої медичної сестри / молодшого медичного брата з догляду за важкохворими на стандарт підготовки асистента з персонального догляду є важливою також у контексті переосмислення та перейменування професії, що дасть змогу чітко відокремити сферу догляду від надання медичної допомоги.

3.2. Наявні навчальні програми для людей, що здійснюють догляд на професійній / непрофесійній основах

Наявні навчальні програми, курси та тренінги з догляду, що пропонуються на безоплатній чи комерційній основі, не забезпечують можливості отримати ґрунтовну підготовку в цій сфері. Переважна більшість програм орієнтована на короткострокове навчання та реалізується дистанційно або у форматі очних тренінгів тривалістю до кількох днів. Такі формати дають змогу оперативно передати базові знання, однак не забезпечують формування стійких практичних навичок.

⁴⁷ <https://mon.gov.ua/npa/pro-zatverdzhennya-standartu-profesijnoy-profesijno-tehnichnoy-osviti-z-robitnichoy-profesiji-molodsha-medichna-sestra-z-doglyadu-za-hvorimi>

Змістовно навчальні програми не відповідають ключовим потребам доглядальників. У більшості з них наявна базова інформація з догляду, а компоненти психоемоційної підтримки та профілактики професійного вигорання трапляються вкрай рідко. Окремою суттєвою прогалиною навчальних програм є практична відсутність спеціалізованих модулів, присвячених догляду за важкопораненими ветеранами/ками та особливостям комунікації з людьми, що мають бойовий досвід, та їхніми родинами.

Більшість програм не передбачають вимог до попередньої освіти, що робить їх доступними для широкого кола людей. Сертифікати, які видаються після проходження курсів, зазвичай підтверджують факт участі у навчанні без визначеного рівня професійної компетентності.

Окремі програми позиціонуються як професійні, зокрема курси наживо із заявленим практичним компонентом. Проте навіть у цих випадках навчання не досягає тривалості, необхідної для повноцінної підготовки фахівця, який міг би працювати в системі охорони здоров'я або соціального захисту на постійній основі. Крім того, відсутність єдиного професійного стандарту та державної атестації обмежує можливість інтеграції випускників/ць програм у систему зайнятості.

Загалом наявні навчальні програми виконують важливу функцію первинної підготовки та підвищення обізнаності у сфері догляду, однак не можуть розглядатися як інструмент системного забезпечення кадрами. Вони ефективні для підтримки родинного або неформального догляду, а також як додаткове навчання для людей з досвідом, але не замінюють потреби в довгострокових освітніх траєкторіях.

Для переходу від короткострокових курсів до повноцінної професійної підготовки необхідне державне втручання у вигляді запровадження освітнього стандарту та механізмів визнання кваліфікації.

Рівні державної участі в неформальному навчанні

Участь держави в розробці та проведенні деяких з проаналізованих тренінгів і курсів для доглядальників була різною: від прямого нормативного регулювання до опосередкованої підтримки через донорські проекти та державні установи.

Активна державна участь простежується у тих випадках, коли держава є співорганізатором освітнього процесу або забезпечує його нормативно-правову базу. Прикладом такого підходу є онлайн-курс «Основи догляду вдома»⁴⁸, реалізований за участі Міністерства соціальної політики України у партнерстві з ПРООН. Цей курс концептуально спирається на чинну нормативну базу — типову програму навчання фізичних осіб, що надають

⁴⁸ <https://www.undp.org/uk/ukraine/osnovy-dohlyadu-vdoma>

соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності⁴⁹. У цьому випадку держава задає рамку навчання: визначає цільову групу, мінімальний обсяг знань і перелік базових компетентностей. Водночас ця модель орієнтована передусім на сегмент неформального догляду і не формує повноцінного професійного треку з працевлаштуванням і кар'єрною перспективою.

Державна участь також реалізується через безпосереднє надання освітніх послуг, наприклад на базі державних або комунальних закладів⁵⁰. Такі курси проводяться на регіональному рівні для фізичних осіб, які надають догляд, та мають прикладний характер. Проте сертифікати про проходження навчання не мають чіткого правового статусу і не гарантують визнання на ринку праці поза межами конкретної установи.

Ще один рівень державної участі представлений інституційним партнерством. До таких ініціатив належала програма підготовки тренерів у межах швейцарсько-українського проекту «Діємо для здоров'я»⁵¹, яка реалізувалася у партнерстві з Міністерством охорони здоров'я. Такі програми добре працюють для масштабування окремих практик і методик, проте не перетворюються з проектної діяльності на сталий механізм відтворення професійних кадрів.

3.3. Навчання як механізм підтримки та визнання доглядової праці

Для людей, які пройшли спеціалізоване навчання, відкривається низка нових професійних можливостей. По-перше, накопичений практичний досвід і формалізовані знання дають змогу фахівцям/чиням виконувати роль наставників для нових працівників або членів родин, які здійснюють догляд уперше. У перспективі це створює умови для розвитку внутрішніх систем менторства в медичних та соціальних закладах, а також для організації коротких навчальних курсів або тренінгів на базі лікарень та реабілітаційних центрів на платній основі.

По-друге, наявність підтвердженої підготовки підвищує шанси на працевлаштування в закладах охорони здоров'я, соціальних службах та установах довготривалого догляду.

По-третє, для людей із медичною або соціальною освітою навчання з персонального догляду може стати основою для розвитку індивідуальної справи — зокрема через відкриття власної практики в статусі фізичної особи-підприємця або перехід до роботи у приватний медичний заклад.

⁴⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0550-21#Text>

⁵⁰ https://vin-ocsssdm.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=548&catid=8&Itemid=108

⁵¹ https://novagromada.gov.ua/en/news/vseturbota-rozpochala-vidbir-uchasnykiv-treninhu-dlya-treneriv-iz-pidhotovky-domashnikh?utm_

Загалом, навчання у сфері догляду є фундаментом для трансформації доглядової праці з низькооплачуваної, неформальної діяльності у визнану професійну сферу. Саме воно стає ключовим інструментом заповнення кадрового дефіциту в системі охорони здоров'я та соціального захисту.

3.4. Нова модель підготовки доглядальників та доглядальниць у сфері сервісів підтримки ветеранів і ветеранок: програма «Наші тут [дбають]»

Наприкінці 2025 року було проведено першу програму з підготовки асистентів з персонального догляду, орієнтовану безпосередньо на роботу з ветеранами і ветеранками з важкими пораненнями та людьми з інвалідністю. Програму реалізує команда Центру ініціатив «Повернись живим» у партнерстві з організацією Ivan Franko Homes (Канада) та Львівським медичним фаховим коледжем післядипломної освіти в межах проекту «Наші тут [дбають]».

Програма має професійну спрямованість з комплексною підготовкою асистентів з персонального догляду. Навчання триває 10 тижнів і поєднує 16 тематичних вебінарів, чотири онлайн-супервізії та дві офлайн-практики у Львові.

Цільовою аудиторією програми є медичні працівники, соціальні фахівці, піклувальники та родичі, які безпосередньо здійснюють догляд за ветеранами/ками з тяжкими травмами або людьми з інвалідністю. Участь у програмі взяли 37 людей.

Соціально-професійний профіль учасників:

- Приблизно 97% слухачів мають професійний або освітній досвід у медицині чи соціальній роботі.
- Кожна друга учасниця (≈50%) має досвід щоденного персонального догляду за людьми з тяжкими травмами або інвалідністю.
- Приблизно 43% уже працюють з ветеранами з важкими пораненнями.

Перший набір учасників продемонстрував значний попит на програму з боку медичних працівників, що засвідчує наявність прогалин у формальній підготовці з питань догляду навіть серед професійних кадрів та підтверджує потребу в підвищенні кваліфікації в цій сфері.

Зміст програми охоплює широкий спектр компетентностей: фізичний догляд (гігієна, переміщення, харчування, профілактика ускладнень, перша допомога), ведення базової документації та медичних показників, а також окремий блок, присвячений психологічній підтримці, комунікації з підопічними, саморегуляції та профілактиці професійного вигорання. Важливою особливістю є системне впровадження теми етики догляду,

зокрема у питаннях підтримки автономії та гідності людини: акцент робиться на тому, що клієнт/ка має зберігати максимальний рівень самостійності, а роль асистента/ки полягає у підтримці функціонування.

Методологічно програма базується на північноамериканській моделі підготовки Personal Support Worker (PSW) і використовує холістичний підхід до догляду. Для українського контексту це є новою практикою, оскільки більшість наявних курсів зосереджуються на окремих технічних навичках і майже не приділяють уваги комунікації з людьми з бойовим досвідом, роботі з травмою, агресією, недовірою чи складними емоційними станами. Це робить програму єдиною в Україні, яка системно інтегрує ветеранський контекст у підготовку доглядальників/ць.

Програма «Наші тут [дбають]» у перспективі може слугувати основою для розробки національних стандартів підготовки асистентів з персонального догляду, зокрема в системі реабілітації та професійного догляду за ветеранами/ками.

Висновки

В Україні відсутня інституційна система підготовки фахівців з догляду. Наявні освітні програми та професійні стандарти лише частково формують простір для розвитку доглядової праці, проте не забезпечують якісної та безперервної підготовки кадрів.

Участь держави у сфері підготовки фахівців/чинь залишається фрагментованою: нормативна база охоплює лише обмежений сегмент неформального догляду (сферу соціальних послуг для фізичних осіб), регіональні ініціативи не передбачають отримання визнаних кваліфікацій, а донорські проекти не трансформуються у сталі державні програми.

Запровадження державного стандарту підготовки асистентів з персонального догляду з тривалістю навчання 6–12 місяців та атестацією — необхідний крок до формалізації професії. Навчання передбачає низку кар'єрних можливостей — роботу в медичних та соціальних закладах або відкриття приватної практики. У ширшій перспективі це сприяє легалізації зайнятості, зростанню податкових надходжень та зменшенню навантаження на медичний персонал.

Програма «Наші тут [дбають]» демонструє, що в Україні можливе створення якісно нової моделі підготовки асистентів з персонального догляду, яка поєднує теоретичне навчання, практичну компоненту, супервізію та спеціалізацію на ветеранському контексті. Ця програма може розглядатися як приклад для майбутньої державної системи підготовки кадрів для довготривалого догляду.

Розділ IV. Економічний потенціал та моделювання розвитку сфери догляду



Сфера догляду в Україні тривалий час розглядається як приватна відповідальність сімей або як частина державної соціальної підтримки поза межами економічної діяльності, попри її критичну потребу на ринку праці, важливу роль у підтримці домогосподарств та соціальній стійкості суспільства в умовах демографічних змін і війни.

Значна частина доглядових потреб сьогодні покривається неоплачуваною працею членів родин, переважно жінок, або тіньовими ринковими практиками, що не відображаються у ВВП та не формують страхового стажу для самих доглядальників.

Економічна модель, розроблена в межах цього дослідження, має на меті зробити догляд видимою економічною діяльністю та кількісно оцінити наслідки поступової професіоналізації і формалізації професії догляду в Україні.

Модель прогнозує, що навіть для часткового задоволення наявного попиту на послуги догляду необхідно створити десятки тисяч нових робочих місць. Це створює передумови для формування значного економічного сектора та змінює уявлення про сферу догляду, виводячи її за межі суто соціально дотаційної.

Водночас модель дає змогу побачити економічну вартість неоплачуваної доглядової праці. Професіоналізація догляду створює умови для вивільнення часу родичів, які можуть повернутися на ринок праці та відновити власну зайнятість.

Модель завершується ілюстрацією фінансових перспектив, які відкриваються перед родичами-доглядальниками та медичним персоналом, якщо вони підвищать свою кваліфікацію або перейдуть на роботу в інший сектор.

4.1. Оцінка потреби в кадровому забезпеченні та створення робочих місць у секторі догляду

Для оцінки потенційного економічного ефекту розвитку сфери професійного догляду було проведено розрахунки, що базуються на переведенні потреби в догляді у людино години та подальшому розрахунку необхідної кількості доглядальників/ць і економічного ефекту від виходу їх на ринок праці.

За наявними оцінками, **дефіцит покриття доглядових потреб** становить близько **2,38 млн людей**⁵², і значна частина цього дефіциту наразі покривається неоплачуваною працею членів родин або тіньовим ринком.

⁵² В Україні близько **3 млн людей потребують догляду**, з яких приблизно **560 тис. людей** отримують державні соціальні або медичні послуги, ще **56,2 тис.** отримують догляд від родичів та фізичних осіб, що надають послуги на професійній основі.

Для моделі було використано диференційований підхід до інтенсивності догляду⁵³:

- **55%** людей мають незначну потребу (≈ 1 год/день),
- **35%** — помірну потребу (≈ 3 год/день),
- **10%** — високу потребу (≈ 8 год/день).

Середня потреба в догляді становить **2,3 години на день на одну особу**. З урахуванням зазначеної інтенсивності, загальний обсяг дефіциту догляду для 2,38 млн людей становить понад **2 млрд людиногодин на рік**.

У контексті поступової формалізації професії найбільш реалістичним є розрахунок ефекту, який може бути досягнутий за умов професійного покриття 10% дефіциту. Цей показник еквівалентний обсягу догляду **≈ 200 млн людиногодин на рік**, які будуть надаватися професійними доглядальниками/цями.

За виконання сценарію масштаб формалізованого сегмента ринку праці у сфері догляду буде потребувати ≈ 96 тис. доглядальників/ць на повній зайнятості⁵⁴. Припустимо, що кожен доглядальник/ця працюватиме за тарифною ставкою 150 грн/год⁵⁵ до вирахування податків (або ж 120 грн/год фактичного доходу), тоді сектор генеруватиме **30 млрд грн на рік**, а податки становитимуть **≈ 7 млрд грн на рік**.

4.2. Мінімізація неоплачуваної домашньої праці та залучення вивільненого ресурсу до ринку праці

Базовий сценарій передбачає, що **100% годин** професійного догляду фактично заміщують неоплачуваний догляд родини. Це означає, що кожна година професійного догляду вивільняє 1 годину часу членів домогосподарств. За цього припущення обсяг вивільненого часу становить **≈ 200 млн годин на рік**.

Переведення цього обсягу часу в еквівалент повної зайнятості (2 080 год/рік) дає змогу оцінити потенціал вивільнення робочої сили на рівні **≈ 96 тис. повних робочих місць**.

Цей показник відображає максимальний потенціал участі членів домогосподарств у ринку праці за умови, що усі вивільнені години можуть бути використані для оплачуваної роботи.

За умови, що зайнятість членів домогосподарств буде оплачуватися на рівні середньої зарплати — **26 623 грн⁵⁶**, загальний фонд оплати праці становить

⁵³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1100-21#Text>

⁵⁴ 40 годин на тиждень.

⁵⁵ Середня ставка у приватному догляді. Зарплата на 1 особу становить 20 020 грн/місяць.

⁵⁶ https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2005/gdn/Zarp_ek_m/Zp_ek_m_u/arh_zpm_u.html

≈31 млрд грн на рік. Відповідно, потенційні податкові надходження можуть сягати **≈8 млрд грн на рік.**

Сукупний внесок у ВВП

У сукупності створення нових робочих місць для доглядальників/ць та вихід членів домогосподарств, які здійснюють догляд, на ринок праці формують істотний макроекономічний ефект. За сценарієм 10% професійного покриття потреби в догляді та повного заміщення неоплачуваної родинної праці:

- загальний обсяг річної оплати праці становить близько **62 млрд грн**;
- внесок у ВВП через компонент оплати праці разом із соціальними внесками роботодавців — близько **75,7 млрд грн на рік**⁵⁷.

4.3 Фінансові стимули та доходи доглядальників

4.3.1. Перехід членів домогосподарств на професійний догляд

Законодавством України передбачено виплату компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на професійній основі без здійснення підприємницької діяльності⁵⁸. За умови проходження додаткового навчання з догляду та підтвердження кваліфікації, члени домогосподарств, які наразі здійснюють догляд на непрофесійній основі, потенційно можуть перейти до надання послуг на професійній основі без ведення підприємницької діяльності. Такий перехід може сприяти збільшенню їхніх грошових надходжень, хоча й у межах обмеженої тарифної рамки.

Станом на 2025 рік ставка компенсації за надання соціальних послуг з догляду на професійній основі становить **33,6 грн за годину**⁵⁹. За умови 140 годин догляду на місяць, **сума компенсації становитиме 4 704 грн щомісяця**, що приблизно **на 65% більше**, ніж середній розмір виплат на непрофесійній основі. Водночас навіть за такого сценарію розмір компенсації залишається нижчим за мінімальну заробітну плату і не може розглядатися як гідна оплата праці.

Для отримання максимального розміру компенсації (близько 12 тис. грн на місяць) фізична особа має надавати догляд приблизно 12 годин щоденно, що свідчить про значне навантаження та обмежену фінансову привабливість такого механізму.

⁵⁷ Ця оцінка відображає **потенціал** сектора за умови повної реалізації моделі. За більш консервативних припущень щодо участі родичів у ринку праці або рівня оплати, фактичний ефект буде нижчим.

⁵⁸ У 2024 році можливістю виплат на професійній основі скористалися близько **1 200 людей**. Водночас значно більшою є група осіб, які надають догляд на непрофесійній основі: близько **55 000** з них отримують відповідні соціальні виплати, середній розмір яких за рік становить **1 668 грн на місяць**.

⁵⁹ Розмір компенсації становить 70% від мінімальної погодинної заробітної плати за кожну годину догляду за однією особою. <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/salary/min/?utm>

Отже, оформлення державних виплат за надання догляду на професійній основі без здійснення підприємницької діяльності може бути порівняно ефективним інструментом в окремих випадках — зокрема для людей, які через вік, стан здоров'я або життєві обставини не можуть бути офіційно працевлаштовані, але прагнуть мати часткове підвищення доходу або зарахування страхового стажу.

Водночас з боку держави актуальним залишається перегляд підходів до **тарифікації послуг догляду**. Низький рівень компенсації фактично закріплює уявлення про догляд як другорядну та низькокваліфіковану діяльність, що знижує престиж професії, обмежує її привабливість для нових кадрів і відтворює вразливе соціально-економічне становище самих доглядальників.

4.3.2. Міжсекторальна мобільність кадрів: приклад медичного персоналу

Попри наявність у штатних переліках медичних закладів окремої посади молодшої медичної сестри з догляду за хворими, на практиці значну частину доглядових функцій виконують професійні медичні сестри, кваліфікація яких перевищує характер виконуваних завдань. У державних медичних закладах тилкових областей оплата праці медичної сестри становить **13 500 грн на місяць**⁶⁰.

В умовах зростання потреби в догляді внаслідок війни медичні сестри, що пройшли додаткове навчання або курси з догляду, отримують реальну можливість переходу до приватного сектора догляду. За такого сценарію середній рівень оплати праці медсестри/медбрата у приватних закладах може становити близько **20 160 грн на місяць**⁶¹, що на **49% вище**, ніж у державному секторі. Ця різниця формує потужний економічний стимул до міжсекторальної мобільності кадрів.

З погляду державної політики, така динаміка створює ризик відтоку кваліфікованого медичного персоналу з публічних медичних закладів, особливо у випадках, коли медсестри/медбрата системно залучаються до виконання доглядових функцій, не пов'язаних із їхньою медичною кваліфікацією. У межах економічної моделі це підкреслює необхідність чіткого розмежування обов'язків між медичними сестрами/братами та працівниками, які надають послуги з догляду, з метою запобігання професійному вигоранню, неефективному використанню кваліфікації та втратам кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

⁶⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/28-2023-%D0%BF#Text>

⁶¹ <https://www.work.ua/salary-%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%81%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0/>

Висновки

Економічна модель показала, що сфера догляду в Україні має потенціал стати повноцінним сегментом ринку праці. Навіть часткове професійне покриття наявного дефіциту догляду потребує створення значної кількості робочих місць і формує нову додану вартість через оплату праці та соціальні внески. Заміщення неоплачуваного родинного догляду створює потенціал для вивільнення ще більше кадрів на ринок праці, які будуть залучені до економічної активності під час війни.

За сценарієм 10% професійного покриття потреби в догляді та повного заміщення неоплачуваної родинної праці:

- загальний обсяг річної оплати праці становить близько **62 млрд грн**;
- внесок у ВВП через компонент оплати праці разом із соціальними внесками роботодавців — близько **75,7 млрд грн на рік**.

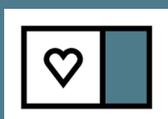
Водночас чинна система компенсацій для доглядальників на професійній основі не забезпечує достатніх фінансових стимулів для масштабування професійного догляду. Розмір компенсації у більшості випадків ледь перевищує половину мінімальної заробітної плати й не може вважатися гідною винагородою.

У разі підвищення кваліфікації медичного персоналу з догляду за хворими їхні доходи можуть зрости майже впововину завдяки переходу до приватного сектора. Водночас це вказує на фінансово вразливе становище медичних працівників у державних закладах, яке поєднує високе навантаження з порівняно низьким рівнем оплати праці.

Частина 2. Результати якісної частини дослідження



Розділ V. Професійні доглядальники/ці у системі догляду



5.1. Ролі та функції професійних доглядальників/ць

У межах цього дослідження категорія професійних доглядальників/ць охоплює медичний персонал, приватних та інституційних доглядальників/ць, а також соціальних робітників:

- **медичний персонал:** йдеться переважно про середній і молодший медичний персонал (медичні сестри і брати, молодші медсестри і медбрати (санітари/ки) у медзакладах, але також до догляду можуть бути залучені лікарі, зокрема фахівці з фізичної терапії і реабілітації;
- **приватні та інституційні доглядальники/ці:** особи, які надають послуги з догляду приватно, від імені благодійної організації або у спеціалізованих закладах (наприклад, геріатричних пансіонатах) — такі доглядальники/ці можуть опанувати навички догляду самостійно або ж мати дотичну освіту чи спеціалізоване навчання;
- **соціальні робітники/ці:** працюють у комунальних Центрах надання соціальних послуг, призначаються відповідними комунальними або державними органами для забезпечення догляду за людьми, які цього потребують.

Представники категорії професійних доглядальників/ць надають різноманітні послуги з догляду тим, хто цього потребує.

Розглянемо детальніше, що передбачає догляд:

- підтримка гігієни: вмивання, заміна білизни / гігієнічних засобів, догляд за волоссям, нігтями;
- догляд медичного характеру: ін'єкції, обробка ран, догляд за катетером, догляд за стоною, видача медикаментів;
- фізичні вправи, елементи реабілітації: вертикалізація пацієнта, руханка, масаж, допомога з пересуванням, супровід на прогулянках;
- перевдягання пацієнта, заміна постільної білизни;
- побутова допомога: прибирання, приготування їжі, оплата комунальних рахунків, отримання пенсії, придбання медикаментів тощо;
- спільне проведення часу, спілкування, інші послуги на прохання пацієнтів чи їхніх близьких.

Очевидно, це загальний перелік послуг, їх надання або ненадання залежить від стану пацієнта, місця, у якому здійснюється догляд, статусу доглядальника/ці, а також побажань та потреб близьких. Наприклад, приватні та інституційні доглядальники/ці можуть здійснювати усі види перерахованих послуг, переважно за винятком догляду медичного характеру. Хоча, якщо в пацієнта є потреба, такий догляд теж надається попри те, що це може бути поза обов'язками і повноваженнями

доглядальника/ці. Медичний персонал теж має розмежування: медсестри / медбрати надають догляд медичного характеру, молодший персонал (санітари/ки) — підтримку гігієни, заміну одягу та постелі.

«Медсестра більше такий догляд: медикаменти, позиціонування пацієнта, а вже такий догляд, як підгузок і тому подібне, нижня частина тіла, це вже санітарочки більше», — респондент/ка з медичного персоналу.

«В мої обов'язки багато чого не входить, я там не повинна розкладувати ліки, видавати я можу, але розкладувати я їх не можу. Уколи, якщо потрібно, я теж не маю права робити, хоча це все робимо», — респондент/ка з інституційних доглядальників.

Соціальні робітники/ці, з якими спілкувалися інтерв'юери в межах дослідження, також надають різноплановий догляд своїм підопічним — переважно це люди похилого віку або після складних захворювань. До їхньої роботи входять майже всі види догляду. Окремо варто наголосити на побутових послугах, які вони забезпечують: купівля і доставка продуктів, медикаментів, прибирання, готування їжі, оплата рахунків тощо. Важливо зазначити, що серед підопічних соціальних робітників/ць, учасників/ць цього дослідження, немає ветеранів/ок російсько-української війни.

«Знаєте, я деколи, може, і смішно виглядає, кажемо, що ми робимо все, окрім інтимних послуг. Варимо, купаємо, миємо вікна, прибираємо. (...) Купив, приніс, до лікаря сховався», — респондент/ка із соціальних робітників.

Приватні доглядальники/ці, яких наймають переважно близькі для догляду, виконують той перелік функцій, що був безпосередньо погоджений із замовником. Вони можуть охоплювати і гігієнічний догляд, і побутову допомогу, і фізичні вправи — все залежить від запиту працедавця і можливостей та умов доглядальника/ці.

«Підняти її, переодягнути, відвести її в туалет, відвести її у ванну (...) Я їй мию голову, я її сушу, як вона хоче, я її накручу, я її фарбую, я її купаю», — респондент/ка з приватних доглядальників.

Ще одна роль, яку можуть виконувати доглядальники/ці — це навчати рідних та близьких основ догляду за людиною, що його потребує. Таке трапляється серед медперсоналу, а також інституційних доглядальників/ць, які працюють в організаціях, що надають послуги догляду (наприклад, благодійних ініціативах). Тоді догляд поступово через навчання передається в руки близьких, а доглядальник/ця бере на себе роль супроводу.

«Навчаю родичів, і вони вже цей. Я можу бути деякий час (...) І коли вони вже на ти [зі стоною — прим.], ми спілкуємося, коли там потрібно, вони знають, куди звернутися, але самі доглядають вдома», — респондент/ка з інституційних доглядальників.

5.2. Особливості надання послуг професійного догляду

Як раніше було зазначено, професійний догляд за людьми, що його потребують, здійснюється у різний спосіб різними надавачами послуг: у медзакладах, вдома, у спеціалізованих закладах; доглядальниками можуть бути представники медичного персоналу, найняті доглядальники/ці, а також соціальні робітники/ці. Їхній досвід, навички, освіта можуть суттєво відрізнятися. Наприклад, серед інституційних доглядальників/ць, які брали участь у дослідженні, є як ті, що навчалися на практиці — переймали досвід колег, самостійно вивчали нюанси догляду, згодом брали участь в додаткових навчаннях, — так і ті, хто має фахову освіту медсестри, бо потребували цих знань. Соціальні робітники/ці також послуговуються власними навичками ведення побуту, гігієнічного догляду тощо. Загалом можна сказати, що єдиного підходу до навчання, професійної підготовки доглядальників/ць немає.

«Я не знаю, я найбільше вчилася, і їхній опит десь взяла, але начала вчитися вже з кожною людиною. Люди різні приїжджають, хватала все більше і більше якихось знань. Тому, напевно, я до сих пор вчусь. Доглядаю і вчусь», — респондент/ка з інституційних доглядальників.

Навантаження доглядальників/ць також різняться: наприклад, соціальні робітники/ці зауважували, що вони щодня відвідують в середньому шістьох осіб, яким надають догляд, — на кожного розрахована одна година часу доглядальника/ці. Медичні працівники також ділилися, що на одну медсестру й одну-двох молодших медсестер впродовж зміни може лягати догляд за мінімум десятьма пацієнтами, а є випадки й більшого навантаження. Серед респондентів/ок, що працюють в інституційному догляді, навантаження коливається від трьох-чотирьох до дев'яти пацієнтів, яким потрібно присвятити час впродовж дня. Найбільш автономними в сенсі вибору навантаження і пацієнтів є приватні доглядальники/ці: вони можуть обирати, з якими клієнтами готові працювати, а з якими ні. Наприклад, одна з респонденток поділилася, що вона не готова була б працювати з людиною в повністю лежачому стані, а також з пацієнтами з психічними порушеннями.

«У нас відділення на 25 ліжок, а на зміну залишається одна медсестра і дві молодші. У нас може бути на зміну 10 важких пацієнтів», — респондент/ка з медичного персоналу.

«Навіть за велику оплату я б не пішла до лежачої людини. Хоча би частково вона має ходити. (...). А так, щоб вона була повністю лежача, змінювати памперс, повертати з боку на бік. Для мене це дуже важко», — респондент/ка з приватних доглядальників.

Іншою важливою особливістю догляду є взаємодія з рідними та близькими пацієнтів. Такий досвід має кожен з доглядальників/ць, з якими ми спілкувалися, але відображена ця взаємодія по-різному. Вона може полягати у:

- навчанні рідних та близьких нюансів догляду, переданні навичок: досвід присутній у медичного персоналу і доглядальників/ць з інституцій, які навчають і супроводжують близьких;
- догляді за пацієнтом, що здійснюється спільно медперсоналом і близькими;
- комунікації щодо стану і потреб пацієнта — спостерігається серед доглядальників/ць у спеціалізованих закладах;
- фізичній допомозі, забезпеченні необхідними продуктами і речами — це взаємодія рідних та близьких і приватних доглядальників/ць;
- доволі низький рівень взаємодії між близькими пацієнтів і соціальними робітниками/цями — буває, що рідні та близькі відсутні або ж догляд здебільшого беруть на себе соціальні робітники/ці.

«Вони просто заняті своєю роботою. В них є діти. Вони можуть прийти в суботу-неділю, вони би ще хотіли, щоб ми в суботу-неділю, знаєте. Ну от вона прийде, дала, я не маю коли, я побігла. Все там рішить [ім'я респондентки — прим.], все тобі зроблять, а я тобі зазвоню, чи там забіжу при нагоді», — респондент/ка із соціальних робітників.

«Я можу більше розказати про людину, яка у нас знаходиться, бо я з нею більше часу провожу. Тому вони дзвонять до мене, щоб узнати, як діла у мамі», — респондент/ка з інституційних доглядальників.

«Вона молода дівчина, умовно 20 років, і вона не вміла цього всього робити, з часом вона навчилась. Медсестри, санітарки, вони їй щось розказували, показували», — респондент/ка з медперсоналу.

5.3. Бар'єри та виклики в наданні професійного догляду

Учасники/ці дослідження, які надають послуги з догляду пацієнтам вдома або в закладах, розповіли про труднощі, з якими вони стикаються у своїй роботі.

- Спільною для багатьох респондентів темою стали **психологічні труднощі й вигорання**. Постійне перебування серед тих, хто потребує догляду, велике навантаження, задоволення різних потреб пацієнтів — від гігієни до спілкування — може призвести до швидкого виснаження доглядальника, що своєю чергою відображається на якості надання послуг.

«Важкі, легкі, різні. Робота важка, тому що психологічно важка. Не так фізично, а психологічно. Люди різних настроїв, і тому дуже важко працювати», — респондент/ка із соціальних робітників.

«Я, на жаль, помічала таку трошки халатність в їхній роботі. Можливо, від вигорання. Бо пацієнтів було багато, можливо, і були на це інші причини», — респондент/ка з медперсоналу.

- Поруч із цим викликом постає проблема **великого навантаження і високої інтенсивності роботи** доглядальників/ць. Це стосується медперсоналу, доглядальників/ць у спеціалізованих закладах і соціальних робітників/ць. Перевантаження пов'язане з нестачею персоналу і різнотиповими обов'язками, які доводиться виконувати. Наприклад, респонденти/ки розповідали, що хотіли б мати змогу більше часу приділити одному підопічному, а поєднання багатьох різнопланових обов'язків (гігієнічний догляд, прибирання, готування їжі тощо) призводить до зниження якості уваги до пацієнта і швидкого виснаження. У соціальних робітників/ць є розрахований план щодо кількості осіб, яких вони мають відвідати впродовж дня. За словами респондентів/ок, теперішнє навантаження є завеликим для того, щоб виконати всю передбачену роботу, до якої входить не лише догляд вдома, а й виконання доручень підопічних: купівля необхідних речей, відвідини держорганів і медзакладів та інші обов'язки.

«Якщо йде період, що дуже багато важкопоранених хлопців, то не вистачає, однозначно ні. Не вистачає. Того, що дві санітарочки і дві медсестри на добу, коли велика кількість важких пацієнтів, їх мало», — респондент/ка з медперсоналу.

«Година — це нічого. Ще три людини — так, ти можеш, тому що ти йдеш на базар, ти мусиш їм комуналку поплатити, ти мусиш щось в'яснити. (...) Шість людей, просто, якщо при восьмигодинному робочому дні, ми навіть свої обіди не рахуємо. У нас навіть ніхто не знає, що ми можемо на обід піти, тому що ми просто не встигаємо», — респондент/ка із соціальних робітників.

- Окремою категорією викликів є **взаємодія із самими підопічними, їхніми рідними та близькими, а також колегами** в інших закладах. Загалом

небагато респондентів/ок вказали на проблеми в цьому напрямі, проте згадували про певний рівень недбалості серед близьких і медперсоналу: невиконання рекомендацій щодо догляду, ігнорування потреб пацієнта, невідвідування його, що своєю чергою може призвести до погіршення стану пацієнта. Також соціальні робітники/ці зауважили, що стосунки з підопічними не завжди бувають дружніми і приязними: є випадки пихатого ставлення чи надмірної вимогливості до доглядальників/ць.

«Також складно, коли не виконують рекомендацій. Вони можуть бути дуже примітивними. Чи то перевертання, чи то посидіти 5 хвилин раз на годину. Але якщо їх не виконувати, ефективність падає», — респондент/ка з медперсоналу.

«Але ви розумієте, що є, де ти працюєш, де людина тобі 150 разів сказала дякую, і вона задоволена, і є, де ти приходиш і тобою фиркають, бо ти не так стала, ти не то зробила. Але ти робиш. Так не має бути», — респондент/ка із соціальних робітників.

- Доглядальники/ці, зокрема серед медичного персоналу і працівників спеціалізованих закладів, висловили **потребу в кращому матеріально-технічному забезпеченні**. Сюди належать різноманітні витратні матеріали для догляду, медичні вироби і техніка, що полегшують догляд за пацієнтами, як-от ковзкі простирадла для переміщення, підйомники для перенесення пацієнтів. Респонденти/ки вказують на обмежену кількість деяких матеріалів, що спричиняє додаткові незручності для персоналу.

«Рукавички, мочалочки, пелюшечки, я не знаю, там [досвід респондента/ки за кордоном — прим.] є все. І там воно настільки полегшує, що то просто. У нас ми мусимо вимудровувати, ми тратимо час на щось придумати. Тобто всього немає такого, немає його багато, в потрібній кількості, скажімо так», — респондент/ка з медперсоналу.

- **Фінансовий аспект також належить до викликів**, з якими стикаються медперсонал і соціальні робітники/ці. За словами респондентів, їхня заробітна плата не відповідає робочому навантаженню і не може покрити поточні потреби. Серед медперсоналу це, зокрема, може стати причиною нестачі або високої плинності кадрів. Соціальні робітники/ці також мають транспортні витрати, пов'язані з виконанням обов'язків (купівлею продуктів, відвідинами установ за дорученнями підопічних), які окремо не компенсують.

«Санітарочка відповідає і за клінінг у відділенні, і виходить, що вона є тим самим асистентом, вона допомагає медсестрі, а зарплата щось там шість з копійками», – респондент/ка з медперсоналу.

Отже, в рамках цього розділу розглянуто категорію «професійних» доглядальників/ць, до якої належить медперсонал, соціальні робітники/ці, приватні доглядальники/ці та люди, що забезпечують догляд у спеціалізованих закладах чи працюють в організаціях, пов'язаних зі сферою догляду. Вони надають різноманітні послуги залежно від місця перебування підопічного/ї, передбачених посадою обов'язків і запитів пацієнтів та їхніх рідних і близьких. Переважно за процедури медичного характеру відповідає саме медперсонал, проте є випадки, коли й інші доглядальники/ці здійснюють необхідні маніпуляції підопічним. **Доглядальники/ці можуть взаємодіяти з близькими пацієнтів і загалом позитивно ставляться до участі близьких у догляді.** Крім медсестер і медбратів, немає загальних вимог до кваліфікації чи навчання доглядальників/ць — навички часто опановуються на практиці або з допомогою колег. До викликів, з якими стикаються доглядальники/ці, належать психоемоційні труднощі, вигорання, високе навантаження, різноплановість обов'язків і низький рівень фінансового забезпечення.

5.4. Погляд військовослужбовців/иць і патронатної служби на систему догляду

Цінним доповненням до матеріалів дослідження стали думки про систему догляду військовослужбовців/иць, які пережили поранення і лікувалися у медичних закладах, а також представника патронатної служби одного з підрозділів Сил оборони України.

Досвід перебування військовослужбовців/иць у медичних закладах і реабілітаційних центрах різниться: є як позитивні, так і негативні приклади. Порівняльний аналіз відповідей респондентів/ок дає змогу виокремити такі пункти:

- **системність підходу до лікування та догляду:** респонденти/ки цінують, коли є чіткий узгоджений маршрут пацієнта по всіх медичних і доглядових процедурах. Відповідно, негативне враження залишають заклади, де немає супроводу пацієнта і системного догляду, немає чіткої інформації від лікаря чи іншого медперсоналу щодо подальших кроків, немає необхідної інфраструктури (або обмежений доступ до неї), що змушує пацієнта з пораненням самостійно шукати способи зробити необхідні обстеження;

«До тебе, якщо лікаря не було, медсестри не підходили і не визнавали, як, що, чого більше треба, такого ніколи не було. Ти мусиш просити: дайте, дайте», — респондент/ка-військовослужбовець/иця.

- **залученість персоналу до догляду**, зацікавлення в тому, щоб пацієнту стало краще: позитивні враження залишили заклади, де відчувалася небайдужість персоналу, що здійснював догляд, їхні намагання бути корисними пацієнту, якісно виконувати свою роботу. Натомість негативний досвід пов'язаний з недбалим ставленням до своїх обов'язків, нечуйністю до пацієнтів;

«Якщо в палаті шість людей, тоді медсестра заходить раз в день, і то, якщо зайде, оце порозмазує. А тут в тебе кожен день, кожен ранок, вони все, в тебе палата чиста, може тобі постіль переставити», — респондент/ка-військовослужбовець/иця.

- **харчування в закладах теж є частиною догляду**, й недбалість відчувається, зокрема, в неякісно приготованій їжі, натомість турботливе ставлення персоналу і смачна їжа залишають приємне враження.

«Коли ти доїдаєш, жіночка приходить, забирає тарілочку і дає тобі другу. Можна й самому взяти, але щоб облегшити нам життя, це як один з мінімумів, які можна було їм зробити», — респондент/ка-військовослужбовець/иця.

Представник патронатної служби одного з підрозділів Сил оборони України також поділився власними спостереженнями за тим, яким є шлях військових і ветеранів/ок, що отримали травму і потребують лікування та догляду. Основна теза полягає у відсутності чіткої системи догляду за людьми, які потребують допомоги в самообслуговуванні, належних житлових умов і супроводу після лікування, якщо ці люди є самотніми і не мають рідних та близьких, що готові взяти на себе догляд за ними. Незрозумілим залишається механізм співпраці із соціальними службами у таких випадках: є сумніви щодо його ефективності на практиці. Підтримка надається стихійно волонтерами, проте системного підходу немає.

«В нас в країні не існує інституцій в цілому, які би займалися ветеранами, які не можуть самі себе обслуговувати, особливо з психічними порушеннями. От в нас зараз потрібно його кудись пристроїти... І от у нас просто в країні відсутні установи, які би займалися такими людьми. Немає куди його прилаштувати», — респондент з патронатної служби.

Загалом ветерани/ки, що потребують супроводу і догляду, повинні мати людей, на яких можуть розраховувати, — переважно цю роль беруть на

себе близькі й родичі. Вони стикаються і з іншими проблемами: наприклад, неінклюзивний простір вдома, що стає суттєвим викликом як для ветерана/ки у процесі його відновлення, так і для людини, яка здійснюватиме догляд.

«Він [ветеран — прим.] переживає за те, як він буде в побуті, через те, що в нього подвійно висока ампутація нижніх кінцівок. Це повністю треба переробляти будинок. Він остерігається майбутнього, він того боїться, він про це говорить. І йому потрібне якесь розуміння того, що буде якась людина, яка би його могла підтримати, допомогти в пересуванні», — респондент з патронатної служби.

Описуючи необхідні якості доглядальників, респондент акцентував на емпатії, навичках комунікації з ветеранами та ветеранками, а головне — на небайдужому ставленні до роботи. Саме це, на його думку, є запорукою якості догляду за військовослужбовцями/ицями. Цьому може сприяти ретельний відбір людей, які потенційно здійснюватимуть догляд, і гідне грошове забезпечення. Також, як вважає респондент, для ветеранів/ок важливо, щоб до них не було зайвого особливого ставлення — достатньо емпатійного підходу без надмірностей.

«Це має бути емпатійна людина. Тобто вона має розуміти, що вона робить, з ким вона це робить і для чого. Потім це має бути людина, яка пройшла хоча б якесь навчання в плані комунікації, взаємодії з ветеранами, військовослужбовцями. Я б не вдавався в плані якоїсь медичної освіти чимось таким пріоритетним, тобто це не обов'язково має бути. Головне — це бажання розуміти те, що ти робиш, і бажання це робити якісно. І розуміти, для чого ти це робиш», — респондент з патронатної служби.

«Людей навчають в принципі цього, щоб не робити з них щось унікальне, скажімо так, щоб ставитися як до людини просто-напросто, без оцих всяких зайвих нюансів зверху. (...) Щоб це були гарно підібрані люди і навчені. Навчені тому, як взаємодіяти з ветеранами чи з пораненими хлопцями. Щоб вони не робили зайвого», — респондент з патронатної служби.

Розділ VI. Рідні та близькі як непрофесійні доглядальники/ці



6.1. Шляхи залучення до доглядової праці: мотивації, обставини та набуття навичок

Залучення рідних і близьких до доглядової праці за важкопораненими ветеранами та ветеранками в більшості випадків відбувається не як усвідомлений вибір, а як вимушена відповідь на поєднання обставин, що склалися після поранення. Догляд постає як продовження родинної відповідальності в умовах відсутності або обмеженої доступності професійних послуг з догляду. Участь у доглядовій праці можуть брати різні члени родини, зокрема батьки, діти, брати чи сестри, однак у переважній більшості випадків основне навантаження з догляду покладається на дружин або партнерок ветеранів.

6.1.1. Мотивації залучення до доглядової праці

Для частини респондентів ключовою мотивацією залучення до доглядової праці є поєднання морального зобов'язання та емоційної близькості. Для таких респондентів догляд сприймається як нормальна й очевидна роль, яку не потрібно окремо пояснювати. Турбота про поранену близьку людину осмислюється як невід'ємний елемент родинних стосунків, а не як форма праці.

«А я не можу відмовитись, тому що він був на фронті, він там воював заради нас, щоб ми тут жили спокійно, під мирним небом, і просто, знаєте, так якось чинити по відношенню до нього негарно я не можу, тому що мені виховання, по-перше, не дозволяємо, а по-друге, ну все одно ми були... Ми були як рідні, тому що наші батьки двоюрідні. Ми все дитинство провели разом, у діда і баби в селі. Мені просто совість, скажімо так, чесно моя, не дозволить з ним вчинити погано», — респондент/ка з родини ветерана з важким пораненням.

«Плюс вони одружились, і як би там не було, вони живуть разом. В неї немає іншого виходу, вона мусить», — респондент/ка з медичних працівників, розповідає про свою подругу.

Водночас у межах дослідження зафіксовано випадки відмови рідних і близьких від залучення до догляду, про які респонденти/ки повідомляли опосередковано, описуючи досвід інших членів родини або знайомих. Оскільки особи, які безпосередньо приймали рішення про відмову від догляду, не брали участі в інтерв'ю, наявні дані не дозволяють реконструювати мотивації таких рішень. Сам факт наявності подібних випадків, однак, свідчить про те, що залучення до доглядової праці не є універсальною або автоматичною практикою для всіх родин.

«У нас пішло через те, що мати у нас була, вона хотіла, щоб я його кинулася і забрала собі виплати отримувати. Тобто вона побачила, що він іде на відновлення, їй це все не сподобалося, тому що вона думала, що він зараз раз — і буде вона ці мільйони у нас свої отримувати. І ось тут почала йому сказати, що ти овоч, що ти нормальним не будеш. Мені це все набридло, я сказала, що не подобається їй — взагалі сиди вдома», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Окремо в розповідях респондентів/ок простежується мотивація залучення родичів до догляду, пов'язана з недовірою до медичних працівників. Ця недовіра формується на основі власного досвіду респондентів/ок під час тривалого перебування в закладах охорони здоров'я разом із ветеранами та ветеранками, де вони спостерігали випадки недбалого ставлення та браку уваги з боку персоналу. У результаті родини частіше обирають догляд удома.

«Догляду там ніякого не було в лікарні. Тобто якщо ти за ним не дивишся, ти сам його перевертаєш, ти сам його мієш, то ніхто нікому не потрібний», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Негативний досвід взаємодії із системою догляду також формується в межах порівняно вузького соціального кола рідних і близьких важкопоранених ветеранів/ок. Оскільки родини регулярно перетинаються в лікарнях і реабілітаційних закладах, вони постійно спілкуються між собою та обмінюються досвідом. У такому середовищі окремі негативні випадки швидко поширюються й стають частиною спільного досвіду, що посилює недовіру до зовнішніх надавачів догляду та формує уявлення про обмежені можливості наявної системи підтримки.

«А це, ну, я ще раз скажу, це сторонні люди, їх ніколи не залишаю. Я не вірю нікому, як вони будуть за ним дивитися, я не знаю. Я ж їх треба помити, коли він у туалет ходить», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

«У (назва міста) нас кинули, як собаку, в палату, просто от-от-от так. Коло нас ні лікаря, ні медсестри, ні... взагалі нікого», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Ще одним важливим чинником, що впливає на залучення рідних і близьких до доглядової праці, є обмежена доступність альтернативних форм догляду. У ситуаціях, коли професійні послуги з догляду є фінансово, територіально або з інших недоступними, рідні фактично стають основними або єдиними можливими доглядальниками/цями. За таких умов мотивація залучення до

догляду родини формується не стільки навколо індивідуального бажання, скільки як відповідь на необхідність та недбалість системи.

Доступність альтернативних форм догляду також варіюється залежно від характеру травми, захворювання чи поранення. Зокрема, рідні та близькі ветеранів/ок із закритими черепно-мозковими травмами вказують на обмежені можливості отримання довготривалого догляду в межах державної системи. За їхніми словами, наявні механізми підтримки не враховують специфіки таких станів або не передбачають тривалого супроводу, необхідного у повсякденному житті. У результаті родини опиняються перед необхідністю звернення до комерційних центрів або організації догляду в домашніх умовах власними силами.

У багатьох випадках рідні та близькі починають виконувати доглядові функції ще під час перебування ветерана/ки в лікарні, поступово залучаючись до повсякденного догляду в умовах медичного закладу.

«Два місяці я спала біля нього... ну як спала? Сиділа. І він теж щось не спав. Біля нього сиділа два місяці на стільчику. От так цілодобово, на стільчику, не спала, не відпочивала як слід», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Важливою обставиною є перетворення тимчасового догляду на довготривалий. Те, що на початковому етапі сприймалося як короткострокова допомога «на період відновлення», з часом набуває стабільного характеру та інтегрується в повсякденне життя родини. Це змінює сімейну динаміку, розподіл часу, ролей і відповідальностей.

«От саме з тими, хто постраждав головою. Щоб у них була тривала, довго відновлювана реабілітація. Бо вони їм не цікаві, а... а як сім'я має жити? Якщо ти доглядаєш за важким, правильно?» — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

«Тут ми уже на постійній основі кожен божий день, коли чоловік, ну, якщо не рахуючи, що треба якісь там документи, ще щось, то я пропадаю, бо це треба», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Також респонденти вказують на нерівномірний розподіл доглядової праці всередині родин. Найчастіше основне навантаження лягає на одну людину, переважно партнерку або близьку родичку, тоді як інші члени родини можуть долучатися епізодично або не брати участі взагалі.

6.1.2. Набуття навичок догляду

Набуття навичок догляду за важкопораненими ветеранами та ветеранками в досвіді респондентів/ок постає як поступовий, фрагментований і значною мірою неформалізований процес, що ґрунтується на поєднанні власної

ініціативи, підтримки з боку медичних працівників та обміну знаннями в межах родинного й близького соціального кіл.

На початкових етапах догляду рідні часто стикаються з браком базових знань і впевненості у власних діях. Респонденти/ки описують стан розгубленості та страху нашкодити пораненому, зокрема під час виконання фізичних маніпуляцій, як-от перевертання тіла чи позиціонування кінцівок:

«Спочатку згублюєшся, руки-ноги трусилися, бо боялася підійти, перевернути, не знаєш, з якої сторони повернути... Боялася, щоб не вивихнути плече чи кінцівку», — респондент/ка, член родини важкопораненого ветерана.

Важливу роль у формуванні доглядових навичок відіграють неформальні знання, передані іншими членами родини або близькими, які мали попередній досвід догляду чи роботи в медичній сфері. У таких випадках знання передаються через пояснення та практичні підказки, часто в критично важливих аспектах догляду:

«За пролежні — це була його мати, вона колись дивилась за своєю матір'ю. Я про пролежні взагалі не знала, це вона сказала, що потрібно перевертати... Якби не вона, я б теж нічого не знала», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Так само респонденти/ки згадують ситуації, коли відсутність системних інструкцій компенсувалася досвідом родичів, пов'язаних із медичною сферою:

«Коли ці трубки стояли, ніхто нічого не розказував, як ранки обробляти. Це вже мати, бо вона працювала санітаркою, все це бачила і підказувала», — респондент/ка, член родини важкопораненого ветерана.

Окремим джерелом набуття навичок є спостереження за медичним персоналом та безпосередня взаємодія з фахівцями. У частині випадків респонденти згадують цілеспрямовану підтримку з боку фізичних терапевтів чи фахівців з реабілітації, яка допомагала зрозуміти логіку догляду та профілактики ускладнень:

«До нас прийшла реабілітолог, і вона одразу показала, що робити, щоб не було проблем. Руки, ноги розробляти. Я ж цього всього не знала — звідки я могла знати?» — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням

Респонденти також підкреслюють, що процес навчання часто відбувається через активне залучення самих родичів, які прагнуть опанувати необхідні навички:

«Родичі, які хочуть навчитись, кажуть: можна я подивлюсь, як ви це робите, щоб я потім сама могла. І ніхто не заперечує — показують, розказують», — респондент/ка, член родини важкопораненого ветерана.

Поряд із цим важливою складовою процесу стає самоосвіта, зокрема звернення до онлайн-ресурсів і неформальних інформаційних джерел, особливо у сфері психологічної підтримки та організації домашнього простору:

«Весь січень я дивилась багато відеоблогів — як правильно поводитися з військовими після таких поранень, як вдома облаштувати моральну обстановку», — респондент/ка, член родини важкопораненого ветерана.

Загалом набуття навичок догляду в досвіді респондентів/ок постає як адаптивний процес, що розгортається в умовах обмеженої формалізованої підтримки. Навички формуються поступово — через поєднання страху, практики, зовнішніх підказок і повторення — та значною мірою залежать від доступності людей і фахівців, готових ділитися знаннями й досвідом.

6.2. Досвід взаємодії з державними інституціями та отримання підтримки

Взаємодія рідних і близьких важкопоранених ветеранів/ок з державними інституціями є важливим, але водночас складним елементом доглядового досвіду. У розповідях респондентів дослідження цей досвід постає як фрагментований, нерівномірний та значною мірою залежний від індивідуальної ініціативи самих доглядальників, а не від системної логіки державної підтримки.

Респонденти описують взаємодію з державними структурами не як цілісний процес, а як ланцюг окремих, слабо пов'язаних між собою епізодів, що вимагають постійного залучення, наполегливості та емоційних зусиль з боку рідних і близьких. Отримання будь-якої форми підтримки рідко є автоматичним або зрозумілим і, як правило, передбачає самостійний пошук інформації, повторні звернення та тривале очікування.

6.2.1. Канали взаємодії з державними інституціями

Основними точками контакту з державою для рідних важкопоранених ветеранів/ок є медичні заклади, органи соціального захисту, територіальні центри, а також структури, пов'язані з оформленням статусів, виплат і пільг. Водночас респонденти/ки зазначають, що ці інституції функціонують ізольовано одна від одної, що ускладнює побудову послідовної траєкторії отримання допомоги.

Брак єдиного координаційного центру або зрозумілої точки входу призводить до того, що рідні та близькі змушені самостійно поєднувати інформацію з різних джерел, часто не маючи впевненості у правильності власних дій. У таких умовах навіть базові форми підтримки сприймаються як складні для доступу та незрозумілі з погляду процедур.

«Там жінки, мама, сестра, жінка. І вони мені почали розказувати. Я кажу, форма 100 у вас є? Я на них дивлюся, кажу, що нема, яка форма 100? А форма 5, поранення? Я дивлюся на них, кажу, яка форма поранення? І якби не ті жінки? Я б не знала взагалі, що існують такі документи. Я вам скажу, що дуже важко їх достати. Тут треба чекати, вибивати. І те, що треба 7 кругів ада пройти», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

6.2.2. Взаємодія рідних та близьких з державними інституціями

Досвід взаємодії рідних і близьких важкопоранених ветеранів/ок з державними інституціями у межах дослідження характеризується високим рівнем складності, тривалості процедур та емоційного виснаження. Респонденти/ки описують державну підтримку не як скоординований процес, а як послідовність розрізнених бюрократичних етапів, проходження яких вимагає значних часових і ресурсних витрат.

- Часто респонденти говорять про тривале очікування та затягування процедур, зокрема тих, що стосуються оформлення статусів і документів. Процес набуття інвалідності або доступу до пов'язаних з нею прав описується як непрозорий і надмірно розтягнутий у часі:

«Тобто я чотири місяці чекала, щоб йому подати документи просто на інвалідність. Чотири місяці», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

- Такі затримки сприймаються не лише як технічна складність, а як прояв інституційної байдужості, що підсилює відчуття покинутості з боку держави:

«Держава на нас сплюнула зверху. Виплат, ну, від слова взагалі нічого немає ні з якого боку», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

- Окремий блок проблем пов'язаний зі складністю навігації в системі та браком зрозумілої інформації. Респонденти стикаються з вимогами щодо документів і форм, про існування яких вони раніше не знали та щодо яких не отримували попередніх роз'яснень:

«Форма 100 у вас є? Я на них дивлюся, кажу, що нема, яка форма 100? А форма 5, поранення? ... І якби не ті жінки, я б не знала взагалі, що існують такі документи», – респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

У цьому контексті ключову роль у доступі до інформації відіграють не офіційні канали, а неформальні мережі взаємодопомоги між родичами ветеранів/ок, які обмінюються досвідом і знаннями. Відсутність системного інформування з боку державних інституцій змушує рідних покладатися на поради інших людей, що опинилися у подібній ситуації.

- Суттєвим бар'єром також є територіальна недоступність інституцій, особливо для родин, які проживають у сільській місцевості. Отримання необхідних послуг часто вимагає фізичної присутності в районних або обласних центрах, що створює додаткове навантаження:

«Якщо це в селах, так? Ти мушиш їхати в район, знаходити цю... правильну установу», – респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Процес взаємодії з державними структурами респонденти нерідко описують як виснажливий і принизливий, такий, що потребує наполегливості, постійних звернень і «вибивання» рішень:

«Я вам скажу, що дуже важко їх дістати. Тут треба чекати, вибивати. І те, що треба – 7 кругів пекла пройти», – респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Окрім процедурних складнощів, у відповідях респондентів/ок чітко простежується відчуття несправедливості та браку поваги до досвіду поранення та служби. Респонденти/ки очікують від держави не лише формальної допомоги, але й символічного визнання та гідного ставлення:

«Дуже було шкода, що з ним так поступили... Хотілося, щоб держава, лікарні, ця бюрократія – щоб вони поважали і такого не допускали», – респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Отже, взаємодія рідних і близьких важкопоранених ветеранів/ок з державними інституціями постає як процес, позначений бюрократичними бар'єрами, інформаційною непрозорістю та емоційним виснаженням. Державна підтримка в цьому контексті сприймається не як автоматично гарантоване право, а як ресурс, доступ до якого потребує значних зусиль і неформальних стратегій навігації.

Важливо зазначити, що в розповідях респондентів запит на державну підтримку не зводиться винятково до фінансової допомоги. Значно частіше

очікування пов'язані з можливістю доступу до якісного та безперервного догляду, зрозумілою і своєчасною інформаційною підтримкою, а також зі спрощенням бюрократичних процедур. **У цьому контексті державна підтримка осмислюється як інституційна спроможність супроводжувати родини в процесі догляду, зменшуючи адміністративне навантаження та невизначеність, а не лише як джерело матеріальної компенсації.** У взаємодії з державними інституціями рідні та близькі ветеранів/ок прагнуть відчуття інституційної присутності та підтримки, зокрема усвідомлення того, що вони не залишені наодинці з наслідками поранення, травми чи захворювання. У цьому контексті очікування пов'язані не лише з отриманням конкретних форм допомоги, але й із символічним виміром державної підтримки, визнанням того, що здоров'я, підірване внаслідок захисту України, не було втрачено даремно, а держава готова брати на себе відповідальність за подальший добробут ветерана/ки та їхніх родин.

У довготривалій перспективі відсутність позитивного досвіду взаємодії з державою має ширші суспільні наслідки, зокрема це впливає на рівень довіри до інституцій, суб'єктивне відчуття справедливості та задоволеності в суспільстві загалом. Крім того, сприйняття державної підтримки відіграє важливу роль у процесах повернення ветеранів/ок до цивільного життя, а також у формуванні соціальної згуртованості та готовності суспільства до довготривалого відновлення.

6.3. Наслідки вимушеного залучення до догляду: соціальний, економічний та психологічний виміри

Вимушене залучення рідних і близьких до доглядової праці за важкопораненими ветеранами та ветеранками має довготривалі наслідки, які виходять далеко за межі безпосереднього процесу догляду. У межах дослідження догляд постає не як окрема тимчасова активність, а як структурна зміна життєвих обставин, що впливає на соціальне становище, економічну стабільність та психологічний стан доглядальників/ць.

Ці наслідки формуються поступово, часто залишаючись непомітними на початкових етапах, але з часом накопичуються та стають визначальними для повсякденного життя рідних і близьких.

6.3.1. Економічні наслідки

Постійна залученість до догляду за важкопораненими ветеранами та ветеранками має суттєвий вплив на можливості рідних і близьких брати участь в оплачуваній праці. У наративах респондентів/ок догляд постає як форма повної або майже повної зайнятості, що унеможливорює поєднання

доглядових обов'язків із роботою поза домом або навіть із дистанційною діяльністю.

Респонденти вказують на те, що не можуть поєднувати професійну зайнятість (роботу) з доглядом, тому доволі часто звільняються:

«Я не можу працювати, тому що я повинна бути для нього. А мені кажуть, що ви працювати не хочете. Дійсно», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

У таких висловлюваннях простежується розрив між реальним обсягом доглядової праці та її соціальним сприйняттям. Ззовні відсутність трудової зайнятості доглядальників/ць нерідко трактують як небажання працювати. Водночас самі доглядальники наголошують, що це не вибір, а вимушена ситуація, спричинена умовами догляду та браком альтернатив.

Тривала відсутність на ринку праці має накопичувальний ефект і призводить до втрати професійних навичок, робочого місця та подальшого погіршення економічного становища:

«Втрата професійних навичок, втрата місця роботи — і далі оце все сніжним комом нагрібається».

Респонденти також наголошують, що наслідки догляду не обмежуються економічною сферою, а поширюються на ширший спектр соціального життя. Постійний догляд спричиняє випадання доглядальників/ць не лише з економічного, але й з культурного та соціального простору:

«Насправді велика шкода була саме цим доглядачам, які, по суті, мають випадати з економічного життя, з культурного життя, з соціального життя».

Респонденти/ки доволі часто підкреслювали саме питання неможливості поєднувати основну роботу з доглядом. Це свідчить про те, що для них ця тема доволі гостра й потребує врегулювання:

«Я не можу працювати, тому що я повинна бути постійно біля нього», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Отже, постійний догляд за важкопораненими ветеранами та ветеранками формує ситуацію вимушеного виходу доглядальників/ць з ринку праці, що має довгострокові наслідки для їхньої професійної біографії, економічної стабільності та соціальної включеності. Цей досвід вказує на структурну невидимість доглядової праці, яка фактично заміщує повноцінну зайнятість, проте не визнається ані як робота, ані як підстава для інституційної підтримки.

6.3.2. Психологічні наслідки

Постійний догляд за важкопораненими ветеранами та ветеранками супроводжується значним психологічним навантаженням для рідних і близьких, яке має тривалий і накопичувальний характер. У досвіді респондентів психологічні труднощі постають не як поодинокі кризові стани, а як хронічний фон, зумовлений поєднанням фізичної втоми, емоційної відповідальності та відсутності передбачуваності майбутнього.

Психологічними викликами для рідних та близьких у догляді є:

Емоційне вигорання, яке респонденти описують через підвищену дратівливість, різкі емоційні реакції та потребу у використанні медикаментів, щоб стабілізувати свій стан:

«От буквально цей тиждень мені хочеться обійти кожного друга, тому що все на межі... Видно, що знову це вигорання починається. Я вже собі замовила заспокійливі ліки, бо я скоро людей кусати буду», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

1. **Емоційне вигорання**, яке респонденти описують через підвищену дратівливість, різкі емоційні реакції та потребу у використанні медикаментів, щоб стабілізувати свій стан:

«От буквально цей тиждень мені хочеться обійти кожного друга, тому що все на межі... Видно, що знову це вигорання починається. Я вже собі замовила заспокійливі ліки, бо я скоро людей кусати буду», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

2. Водночас респонденти наголошують на **емоційній нестабільності свого стану**, який коливається між періодами піднесення та різкого емоційного спаду:

«Буває нічого. Все класно, все супер. А буває — прямо такий настрій афігенний... а потім знову накриває», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

3. Окремим важливим виміром психологічних труднощів є трансформація інтимних і подружніх стосунків, зокрема зміна ролей у парі. Респонденти/ки описують ситуації, у яких партнерські взаємини поступово заміщуються взаєминами догляду, що сприймається болісно:

«Моя подруга каже, що інколи їй здається, що вона живе не з чоловіком, а ніби дбає про нього, як про свою дитину. І це її як жінку гнітить».

4. Психологічне навантаження також посилюється **накопиченими емоціями образи, несправедливості та знецінення**, які респонденти/ки не завжди мають можливість проговорити або прожити відкрито. Часто

респонденти/ки говорили про те, що відчувають знецінення і неповагу з різних джерел: в державних службах, від мешканців своєї громади, подекуди навіть від членів родини :

«Я певний період і дуже плакала, і не могла зрозуміти, чому так до мене відносяться... Стараєшся, а потім уже не хочеться старатися. І ці переживання вона тримає в собі. І це, безумовно, шкодить сім'ї», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

5. Важливим чинником психологічного виснаження є **хронічна невизначеність**, пов'язана з відсутністю зрозумілих часових горизонтів реабілітації та прогнозів щодо майбутнього стану ветерана або ветеранки:

«Якби мені сказали: от дивись, три роки реабілітації, рік так, рік так — я готова. Але коли ти кожен день не знаєш, що буде завтра, це дуже важко», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

6. Респонденти/ки також описують **досвід втрати власної суб'єктивності**, коли догляд повністю поглинає ідентичність доглядальника/ці, витісняючи інші ролі та потреби:

«Це дуже важка робота. Цілодобова. Коли ти втрачаєш своє "я", бо ти здоровий, але живеш як ніби вже ні».

7. Постійна потреба емоційно «тримати себе в руках» у взаємодії з ветераном, який може проявляти агресію чи дратівливість, створює додаткове психологічне навантаження для доглядальників/ць:

«Вони кричать, грублять. А ця жінка все переживає з боку. І вона мусить бути тактовна, мусить розуміти, мусить все витримувати».

Отож психологічні труднощі доглядальників формуються на перетині емоційного виснаження, втрати передбачуваності, трансформації близьких стосунків і постійної потреби в самоконтролі. Цей досвід свідчить про те, що догляд за важкопораненими ветеранами та ветеранками є не лише фізично й організаційно складним, але й психологічно затратним. Це потребує системної підтримки, а не індивідуального «витримання».

6.3.3. Соціальні наслідки

Психологічні труднощі доглядальників/ць посилюються не лише інтенсивністю самого догляду, але й **дефіцитом емпатії та підтримки з боку суспільства**, включно з родичами ветерана або ветеранки. Респонденти/ки часто говорили про досвід морального осуду, недовіри та стигматизації з боку інших людей (як близького оточення, так і від суспільства загалом), які накладаються на вже наявне емоційне виснаження й лише погіршують

ситуацію. Фактично доглядальники/ці змушені тривалий час жити в ситуації, коли на них тиснуть з усіх боків очікуваннями й стежать за кожним кроком, але при цьому не пропонують жодної допомоги.

Зокрема, доглядальники стикаються з припущеннями щодо корисливих мотивів догляду, що сприймається як знецінення їхньої праці з догляду :

«Ти його використовуєш, ти його тримаєш, бо тобі треба його гроші... Чесно, навіть про це говорити не хочу. Ну, придумують», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Такі висловлювання не лише підривають емоційну стійкість доглядальників/ць, але й формують відчуття соціальної ізоляції, коли їхні зусилля не визнаються, а навпаки — ставляться під сумнів.

Окремий вимір становить **тиск з боку родичів ветерана/ки**, які не залучені безпосередньо до повсякденного догляду, але висловлюють критичні або радикальні судження щодо ухвалених рішень. Респонденти/ки описують ситуації, в яких їхні дії інтерпретуються як «продовження страждань» пораненого, без урахування реального контексту догляду:

«Кажуть: мамо, ти продовжуєш його муки. Вийди в другу кімнату і хай він перестане... Люди добрі, що ви таке кажете?» — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Такі оцінки часто надходять від людей, які фізично відсутні або проживають за кордоном і не мають безпосереднього досвіду щоденного догляду:

«Хай поприїжджають зі своїх закордонів, хай йдуть до нього і дивляться, як він вмирає. Якщо вони думають, що це так легко», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

У цьому контексті доглядальники наголошують на **нерозумінні складності ситуації**, особливо з огляду на емоційний зв'язок із пораненим:

«Це ще й кохана людина. Ти з ним життя прожила, ти родила йому дитину», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Накладання постійного догляду, емоційної прив'язаності та зовнішнього осуду створює умови для подвійного психологічного навантаження, коли доглядальники або доглядальниці змушені одночасно витримувати як внутрішній тиск, так і агресивні або знецінювальні реакції з боку інших:

«Жінку добивають просто морально. Вона себе вб'є — а ще й люди. І свої», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Отож відсутність емпатії з боку соціального оточення є самостійним чинником психологічної вразливості доглядальників. Цей досвід свідчить

про те, що догляд за важкопораненими ветеранами та ветеранками відбувається не лише в умовах фізичного й емоційного перевантаження, але й у середовищі соціального нерозуміння, що посилює ізоляцію та підриває ресурси стійкості доглядальників/ць.

Соціальні, економічні та психологічні наслідки залучення до непрофесійного догляду для рідних і близьких тісно переплітаються між собою, утворюючи замкнене коло. Економічна нестабільність посилює психологічну напруженість, а соціальна ізоляція зменшує можливості для здобуття підтримки. У результаті догляд стає не лише фізичною або практичною діяльністю, але й комплексним досвідом, що формує нову реальність життя доглядальників/ць.

Залучення рідних і близьких до догляду за важкопораненими ветеранами та ветеранками має глибокі й багатовимірні наслідки. Вони виходять за межі індивідуального досвіду та вказують на потребу системного підходу до підтримки доглядальників/ць як окремої соціальної групи, чия роль залишається критично важливою, але недостатньо визнаною.

Розділ VII. Системні виклики функціонування сфери догляду за важко- пораненими та важко- хворими ветеранами/ками



Аналіз досвідів як професійних, так і непрофесійних доглядальників/ць свідчить про наявність низки системних викликів у сфері догляду за важкопораненими та важкохворими ветеранами/ками, які не зводяться до окремих інституційних проблем, а мають структурний характер. Центральною проблемою постає невідповідність між потребами ветеранів/ок у довготривалому, комплексному догляді та наявними формами інституційної підтримки.

До основних бар'єрів, які наразі існують у системі догляду в Україні, можемо зарахувати низку пунктів, поданих нижче.

Відсутність системи для ветеранів/ок після важких поранень, які потребують довготривалого догляду

- По-перше, не всі родини мають фізичну, соціальну або матеріальну можливість організувати догляд у домашніх умовах. Респонденти/ки зауважують, що така можливість значною мірою залежить від віку родичів, стану їхнього здоров'я, житлових умов і місця проживання. Особливо вразливою є ситуація родин старшого віку та мешканців сільської місцевості:

«Є люди старшого віку — якщо в них син або донька з такою проблемою, то дуже тяжко. Багато людей із сіл, а в селі то взагалі капець, тому що там ніяких умов немає», — респондент/ка з медперсоналу.

- По-друге, респонденти вказують на відсутність проміжної ланки між лікарнею та домом, що створює ситуацію передчасного повернення важких пацієнтів у середовище, не пристосоване до їхніх потреб. Домашній догляд у таких випадках стає не лише надмірним навантаженням для родини, але й ризиком для самого пацієнта:

«Віддати таку тяжку людину до хати — це складно в першу чергу йому. Складно рідним», — респондент/ка з медперсоналу.

У цьому контексті респонденти/ки наголошують на необхідності реабілітаційних центрів або закладів довготривалого догляду принаймні на початкових етапах після виписки:

«Хотілося б, щоб таких тяжких хлопців не списували одразу. Навіть якщо списують — щоб їм хоча б пропонували реабілітаційні центри на перші пів року чи рік», — респондент/ка, представник/ця громадської організації.

- По-третє, серйозним викликом є некоректна класифікація станів пацієнтів, зокрема автоматичне зарахування важких, але потенційно стабільних або тривалих станів до паліативних. Респонденти/ки

чітко розрізняють паліативну допомогу та довготривалий догляд, наголошуючи на принциповій різниці між цими підходами:

«Це не паліатив. Паліатив — це коли він просто лежить з трубками і не реагує. А тут — це не паліативні пацієнти», — респондент/ка з медперсоналу.

- Водночас простежується тенденція до інституційного «випадіння» пацієнтів, які потребують довготривалого догляду, після виписки з лікарні, коли інтерес до них з боку системи різко знижується:

«Раз-два лікар прийде — і все. Потім ніхто ходити не буде. Вони їм не цікаві. Вважаються лежачі — що з них взяти», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Це особливо проблематично з огляду на те, що такі пацієнти потребують постійного медичного моніторингу, включно з контролем показників, ризиків ускладнень і можливістю екстреного втручання:

«Ця людина все одно потребує постійного моніторингу, аналізів, лікаря "на підхваті", реанімаційного набору. Бо що, як тромб обірветься?» — респондент/ка з медперсоналу.

Респонденти/ки описують наявну систему як таку, що пропонує лише два крайні варіанти: або високоспеціалізовану лікарню з дефіцитом місць, або повністю домашній догляд без достатньої підтримки. Проміжні форми — заклади довготривалого догляду з належною апаратною та медичною підтримкою — або відсутні, або недоступні:

«Щось або сильно overqualified, або сильно underqualified. А чогось середнього я, чесно, не знаю», — респондент/ка, представник/ця громадської організації.

Як підсумок, системні виклики у сфері догляду за важкопораненими та важкохворими ветеранами і ветеранками полягають у **відсутності безперервної моделі догляду, нестачі інституційних альтернатив домашньому догляду, некоректній класифікації станів і браку закладів довготривалого медично орієнтованого супроводу**. У результаті відповідальність за складні медичні й доглядові рішення перекладається на родини, які часто не мають для цього ані ресурсів, ані підтримки.

Відсутність необхідної інфраструктури та інклюзивних просторів

Окремим системним викликом у сфері догляду за важкопораненими ветеранами та ветеранками є відсутність доступної інфраструктури та інклюзивного середовища поза межами спеціалізованих закладів. Респонденти говорять про те, що умови, створені в реабілітаційних

центрах, та умови вдома або інших просторах поза закладом радикально відрізняються.

Під час перебування на реабілітації ветерани та їхні рідні стикаються із середовищем, адаптованим до потреб людей з порушеннями мобільності, що суттєво полегшує як сам процес догляду, так і повсякденне життя:

«Коли він на реабілітації, там все інклюзивно: туалети, душові кабінки, можна під'їхати до умивальника. Там усе зроблено суто для таких людей, і це набагато легше», — респондент/ка з медперсоналу.

Натомість після повернення додому родини опиняються в умовах глобальної неготовності житлового простору. Навіть за наявності знань і навичок догляду фізичне середовище часто стає додатковою перешкодою, адже на його обладнання у родин часто немає фінансової спроможності.

«Одне діло — розказати, де мають бути поручні і яка вбиральня. А тепер ще цьому доглядачу шукати, хто йому це зробить», — респондент/ка з медперсоналу.

Респонденти/ки наголошують, що навчання догляду без паралельної адаптації простору має обмежений ефект і не знімає основного навантаження:

«Якщо ми навчимо їх доглядати, але простір не облаштований вдома — це теж дуже важко, це теж перешкода», — респондент/ка з медперсоналу.

Особливо гостро проблема інклюзивності проявляється в громадському просторі та транспортній інфраструктурі. Респонденти/ки говорять про те, що відсутність пандусів і доступного транспорту змушує працівників або рідних переносити людину вручну, що є небезпечним:

«Там по цих платформах переносять під руки, не на ношах, а просто беруть і несуть. Пандусів немає, щоб під'їхати в колясці. Нема взагалі для них нічого», — респондент/ка, член родини ветерана із пораненням.

Відсутність інклюзивної інфраструктури поза межами закладів охорони здоров'я фактично обмежує мобільність і соціальну участь ветеранів/ок, зводячи їхній простір життя до меж квартири або навіть окремої кімнати:

«Я тут на кріслі колісному, а ви що, не можете придумати, як мені тут добратися звідти туди? Як мені в цій п'ятиповерховій хрущовці жити?» — респондент/ка з медперсоналу.

Респонденти/ки зауважують, що проблема має багаторівневий характер і особливо гостро проявляється в старому житловому фонді без ліфтів і пандусів:

«На п'ятому поверсі хрущовки — навіть не викатиш на кріслі колісному подихати повітрям. Нема ні пандуса, ні ліфта, нічого немає» — респондент/ка з медперсоналу.

У цьому контексті повернення з лікарні або реабілітаційного центру часто відбувається в простір, який не є готовим до прийняття людини з інвалідністю, що суттєво ускладнює як процес догляду, так і адаптацію самого ветерана/ки:

«Він виписується з лікарні вже на кріслі колісному, а вдома немає пандуса, підйомника, сходи — це перешкода. Простір не готовий», — респондент/ка з медперсоналу.

Таким чином, **відсутність доступної інфраструктури та інклюзивного середовища виступає окремим системним викликом, який знецінює зусилля з навчання догляду та реабілітації.** Без комплексної адаптації житлового й громадського простору відповідальність за подолання цих бар'єрів фактично перекладається на родини, що додатково посилює фізичне, емоційне та соціальне навантаження доглядальників.

Відсутність системних рішень для ветеранів/ок, які не мають родин або чії родини не спроможні здійснювати догляд

Окремим системним викликом у сфері догляду за важкопораненими та важкохворими ветеранами і ветеранками є відсутність інституційних рішень для осіб, які не мають рідних або близьких, здатних узяти на себе функції догляду. Респонденти/ки наголошують, що наявність або відсутність родинного ресурсу принципово змінює траєкторію подальшого життя ветерана/ки після поранення.

Зокрема, йдеться про ситуації, коли ветеран/ка є неодруженим / незаміжньою, не має партнера/ки або проживає окремо від батьків, які через вік, стан здоров'я чи інші обставини не можуть забезпечити догляд:

«Бувають такі ситуації, коли умовно молодий хлопець, неодружений. Він може мати батьків поруч, може не мати, може бути сам. І це змінює суть ситуації», — респондент/ка, представник/ця громадської організації.

У таких випадках система фактично передбачає мовчазну наявність доглядальника/ці, не пропонуючи альтернативних інституційних рішень. Навіть у родинях, де догляд здійснюється, він часто потребує радикальних життєвих жертв з боку близьких, зокрема вимушеної відмови від роботи та залучення інших членів родини:

«Дружина змушена залишити роботу. Або змушена залучати дітей, батьків. Тобто є речі, де ми не маємо права так робити — ми маємо щось запропонувати», — респондент/ка, представник/ця громадської організації.

Респонденти стверджують, що у випадках відсутності родинної підтримки держава мала б брати на себе більшу відповідальність, однак на практиці цього не відбувається:

«Ми маємо щось запропонувати. А система нічого не пропонує. І це неповага», — респондент/ка, представник/ця громадської організації.

Наслідком такої інституційної порожнечі стає фактичне покидання ветеранів/ок сам на сам із наслідками поранення, що респонденти/ки описують як морально неприйнятну ситуацію:

«Їх просто отак кидають. І все. І вони мучаються — і морально, і фізично», — респондент/ка, член родини ветерана із пораненням.

Цей досвід особливо гостро переживається в контексті усвідомлення внеску ветеранів/ок у безпеку суспільства та ціни, яку вони за це заплатили:

«Ця людина здоров'я своє віддала, воювала. А потім мучається. І дуже було шкода, що з ним так поступили», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Респонденти/ки очікують від держави не лише практичної допомоги, а й прояви поваги та гідного ставлення, а також належної підтримки важкопоранених ветеранів/ок:

«Хотілося, щоб держава, лікарні, ця бюрократія — щоб вони поважали. І такого не допускали», — респондент/ка, член родини ветерана із пораненням.

Відсутність інституційних рішень для ветеранів/ок без родинної підтримки постає критичним системним викликом. Наявна модель догляду не враховує різноманіття життєвих ситуацій і фактично відтворює нерівність доступу до гідного життя та догляду залежно від сімейного статусу, що вимагає переосмислення ролі держави в забезпеченні довготривалої підтримки.

Економічна незахищеність родин

Важливим системним викликом у сфері догляду за важкопораненими та важкохворими ветеранами/ками є економічна незахищеність родин, які беруть на себе постійний догляд. У розповідях респондентів/ок чітко

простежується ситуація, коли родина фактично втрачає можливість отримувати дохід, водночас стикаючись зі зростанням витрат, пов'язаних із лікуванням і доглядом.

Типовою є ситуація, коли догляд здійснюється в межах малої сім'ї, що складається з двох дорослих і дитини, де один із партнерів зазнав тяжкої травми, а інший змушений повністю присвятити себе догляду:

«Є сім'я з двох людей: чоловік мав травму, вона за ним доглядає. Є пенсія 19 тисяч. Вона ніяких виплат не отримує, працювати не може. Дитину треба і в садик, і в школу, і ботінки купити. І що далі робити – незрозуміло», – респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

У таких умовах ключовим стає не питання покращення якості життя, а базове виживання сім'ї:

«Це основна проблема, вона дуже практична. Де взяти гроші – не те щоб існувати», – респондент/ка, представник/ця громадської організації.

Респонденти/ки наголошують, що для людей із тяжкими ураженнями держава фактично не пропонує фінансово життєздатних рішень довготривалого догляду. Це своєю чергою змушує родини самостійно покривати всі витрати на підтримку або відмовлятися від неї:

«Для важких людей, на жаль, нічого не зробили, бо їм не вигідно їх тримати. Я бачила, як людей із черепно-мозковими травмами, з кисневим голодуванням забирали, бо вони просто не витягували фінансово», – респондент/ка, член родини ветерана із пораненням.

Особливо виразною є різниця між приватними та державними формами догляду. Приватні заклади, за словами респондентів/ок, можуть забезпечувати більш регулярний нагляд і залучення фахівців, однак їхня вартість робить такі послуги недоступними для більшості родин:

«Якщо це приватний заклад, то там медсестри, санітарки, спеціалісти приходять більш-менш регулярно. Але це суми. Це все дорого», – респондент/ка, представник/ця громадської організації.

У результаті формується замкнене коло економічної вразливості, у якому родина одночасно втрачає джерела доходу та стикається з необхідністю оплачувати догляд, який держава не покриває:

«Це такий ланцюжок, закритий, і його важко розірвати. Вихід є тільки в тих, у кого є гроші, зв'язки, можливості наймати», – респондент/ка з медперсоналу.

Отже, економічний вимір догляду за важкопораненими ветеранами та ветеранками виявляє глибоку структурну нерівність. Доступ до якісного та безперервного догляду значною мірою залежить від фінансових ресурсів родини, тоді як державна система не забезпечує механізмів компенсації втрати доходів доглядальників/ць і не покриває реальних витрат на довготривалий догляд. Це перетворює догляд на фінансово непосильне завдання для значної частини родин і поглиблює їхню соціально-економічну вразливість.

Прогалини в догляді як наслідок перевантаження системи

Випадки недостатнього догляду, зафіксовані в межах дослідження, можуть бути як наслідком особистої недбалості персоналу, так і результатом перевантаження працівників. Доглядові процедури виконують медсестри / медбрати і санітари/ки, поєднуючи це з іншими обов'язками: медичними маніпуляціями, прибиранням тощо. Надмірне навантаження на персонал, спричинене великим напливом пацієнтів, призводить до деградації якості догляду та провокує професійне вигорання працівників закладу. Схожий виклик спостерігається і серед респондентів з-поміж соціальних робітників/ць. Кількість підопічних на одну людину, а також різноплановість обов'язків — від забезпечення гігієни до купівлі й доставки харчових продуктів — часто не дозволяє присвятити достатню кількість часу якісному догляду і спілкуванню з людиною, яка цього потребує. Інтенсивність роботи, високе фізичне і психологічне навантаження не дає можливості взяти необхідний час на відновлення.

В медичних закладах відсутня ланка в команді лікарів, медсестер і молодшого медперсоналу, яка б відповідала саме за доглядові процедури. Про необхідність введення такої штатної одиниці говорять самі професійні доглядальники/ці та інші фахівці, залучені до сфери догляду. Це допомогло б більш чітко розподілити функції кожної ланки персоналу і забезпечити якісніше надання послуг.

«Якщо санітарка, вона має мити коридори і принести, занести там стільчик гігієнічний чи судно. Ну окей, якщо медична сестра, вона там роздає ліки, ін'єкції робить, ще щось, перев'язку допомагає, це все зрозуміло. То оця прогалина вона не закрита. Тобто асистента персонального догляду, або доглядача, або як його хочете називати, його навіть немає», — респондент/ка з фахівців з реабілітації.

«Я б дуже хотіла, щоб це була така посада — асистент персонального догляду, тобто я розумію організаційно, що клінінг повинен бути окремо, асистент персонального догляду окремо, а тоді медична сестра. Це б дуже полегшило роботу, тобто це був би розподіл функцій конкретніший і якість, звісно, була краще», — респондент/ка з медперсоналу.

Суттєві прогалини в догляді також проявляються в ситуаціях, коли пацієнт, зокрема ветеран/ка, не має родичів або близьких, готових узяти на себе догляд. Респонденти/ки описують сценарії, за яких у разі відмови родичів або їхньої фізичної неможливості доглядати за пораненим пацієнт фактично залишається «підвішеним» у системі без чіткої подальшої траєкторії:

«А що вони роблять? От відмовились від чоловіка — і що? Він просто лежить в лікарні. Його нікуди не відправляють», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

За відсутності постійного догляду та уваги такі пацієнти починають швидко втрачати функціональний стан, зокрема через базову нестачу доглядових процедур:

«Він просто лежить в лікарні і починає гнити від пролежнів. Тому що батьки відмовилися за ним доглядати. Він не мав дружини», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Респонденти/ки часто говорять про те, що через недбалий або недостатній догляд втрачається потенціал відновлення, коли за належного догляду людина могла б повернутися до більш активного життя:

«Людина за рік могла ходити і жити повноцінним життям. Він говорив, він їв ротом, усе було. Але елементарного догляду не було», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Респонденти/ки зауважують, що ця ситуація має глибокий моральний вимір, оскільки йдеться про людей, які зазнали тяжких ушкоджень унаслідок військової служби і повинні мати можливість отримати якісне та системне лікування й догляд.

Про негативні наслідки недбалого догляду згадують також респонденти/ки серед медичного персоналу. Вони описують лікування, реабілітацію і догляд як нерозривні частини відновлення пацієнта, відтак якщо на якомусь із етапів догляд був неналежним, це може вплинути на роботу інших фахівців у процесі лікування та реабілітації і на загальний стан пацієнта та його прогрес у відновленні.

«Є різниця між пацієнтом, який має доглядальницю і який не має. Різниця відчутна. Якщо пацієнт вчасно поїв, йому вчасно зробили ліки і він вчасно з'їздив на обстеження, то ми тоді працюємо якісно. Якщо тут у нас постійні проблеми, а через те, що відсутні люди, які цим займаються, то наша робота, вона сповільнюється», — респондент/ка з фахівців з реабілітації.

Випадки недбалого догляду слід розглядати як індикатор інституційної перевантаженості та браку структурних рішень для довготривалого догляду, особливо щодо ветеранів/ок без родинної підтримки. Коли немає чітко визначеної відповідальності за догляд, базові потреби пацієнтів часто залишаються без належної уваги. Це погіршує їхній стан і знижує можливості для відновлення. Це вказує на необхідність системних змін, спрямованих на забезпечення безперервності догляду незалежно від сімейного статусу ветерана/ки.

Матеріально-технічне, освітнє і фінансове забезпечення професійних доглядальників/ць

Під час виконання своїх обов'язків професійні доглядальники/ці (медичний персонал, працівники/ці спеціалізованих закладів, приватні доглядальники/ці) стикаються з низкою викликів, які також варто розглянути як складові наявної системи догляду. Передусім йдеться про матеріально-технічне забезпечення закладів, де перебувають пацієнти/ки — респонденти/ки як серед професійних доглядальників/ць, так і рідних та близьких звертали увагу на обмежені ресурси закладів лікування та догляду, нестачу засобів гігієни, медичних виробів тощо. Забезпечення матеріалами для догляду має бути достатнім, а самі засоби — сучасними і якісними, щоб персонал, який доглядає за пацієнтами/ками, не переймався їх нестачею і не повинен був самотійно закуповувати необхідні речі або ж перекладати цю функцію на рідних і близьких. Крім цього, серед респондентів/ок звучав запит на ознайомлення з новими засобами та підходами до догляду, які могли б полегшити їхню роботу — відповідно, це також потребує вкладення ресурсів у навчання і забезпечення доглядальників/ць.

«Є така категорія, в яких нема родичів, нема нікого, хлопці здалеку, то ми беремо цю функцію на себе, тобто ми якимось своїми силами це все закуповуємо в благодійній організації, але це ж потік і його зараз багато, бо це розхідні матеріали. А знаєте, ми хочемо, щоб це було все якісно і класно», — респондент/ка з медичного персоналу.

Іншим викликом, який згадували представники/ці медперсоналу і соціальні робітники/ці, є низький рівень заробітної плати. Респонденти/ки згадують, що середньомісячна заробітна плата часто не покриває їхніх особистих потреб. Цей виклик перетинається із суттєвим навантаженням на одного/у працівника/цю — надмірна робота, що не передбачає достатньої фінансової винагороди, може призвести до високої плинності кадрів у закладі, погіршення якості послуг з догляду, загального незадоволення сферою праці тощо.

«Ну і звісно, що заробітна плата, це напряму впливає на мотивацію і так само на якість, тому що контроль виконання він, скажімо, присутній, але

людський фактор ніхто не відміняв. Заробітна плата, так, повинна бути достойніша для медичного персоналу», — респондент/ка з медичного персоналу.

Наступним викликом, який вказали респонденти/ки, що працюють у сфері догляду, є відсутність єдиного стандартизованого підходу до навчання й обліку доглядальників/ць. Найбільше це стосується тих, хто надає послуги з догляду приватно, адже зазвичай такі особи не проходять спеціалізованого навчання, відтак ніхто не може засвідчити правильність і якість надання послуг з догляду. У схожій ситуації опиняються і рідні та близькі, які взяли на себе обов'язки з догляду, — вони також, на думку респондентів/ок, потребують навчання з основ догляду, яке їм мають забезпечити фахівці у цій сфері. Станом на зараз існує чимало можливостей для здобуття чи покращення знань з доглядових послуг, втім такі освітні можливості є несистемними, необов'язковими і часто невідомими для тих, хто може їх потребувати.

Респонденти/ки вважають, що єдиний узгоджений підхід до навчання і професійного визнання доглядальників/ць також може позитивно вплинути на рівень довіри до працівників цієї сфери. Люди, які пройшли навчання і мають визнання та підтримку певної компетентної організації, утворюють пул професійних доглядальників/ць, серед яких можна буде обрати того / ту, з ким комфортно співпрацювати і кому можна довірити, наприклад, догляд за близькою людиною. Водночас важливо, щоб така людина діяла в межах своїх повноважень: не виконувала, наприклад, медичні маніпуляції, якщо не має на це права, попри можливі запити з боку працедавця чи підопічного/ї; тобто система повинна передбачати як відповідальність за знання і дії доглядальника/ці, так і захист інтересів людини, що надає послуги з догляду.

«Тоді ми кажемо, що член родини ветерана, дружина, вона може повернутися до роботи. Вона сама має знати все про догляд. 100%. Вона має знати, як це ідеально має бути. Але вона знає, що в неї зараз є фаховий доглядач в приміщенні, що все зручно, все нормально, що він навчений, що є система захисту гідності того, кого доглядають. Ну і, вибачте, є система юридичного захисту асистента, самого доглядача», — респондент/ка з фахівців з реабілітації.

«В наші обов'язки входить те, що ми не повинні робити. Дуже багато. Ми є соціальний робітник. Значить, робітник не має права ні з документами бути. Як я можу мати з документами справу? Я повинна прийти, людині надати якусь допомогу, ну а ми, рахуйте, люди нам і гроші довіряють, і медичну, і мусимо купити, ну дуже багато», — респондент/ка з соціальних робітників.

Отже, **недостатнє матеріально-технічне та фінансове забезпечення** поруч із надмірним навантаженням є викликами, з якими стикаються у роботі професійні доглядальники/ці, зокрема серед медперсоналу та соціальних робітників. Крім цього, **відсутність єдиного системного підходу до навчання, професійного визнання доглядальників/ць і захисту їхніх інтересів** створює низку викликів як для працівників сфери догляду, так і для їхніх потенційних працедавців і пацієнтів/ок.

Відсутність єдиного державного інформаційного середовища

Одним з ключових системних викликів у сфері догляду за важкопораненими та важкохворими ветеранами/ками є відсутність цілісної, доступної та зрозумілої інформаційної системи, яка б забезпечувала родини необхідними знаннями про доступні послуги, права, алгоритми дій і механізми підтримки. У досвіді респондентів/ок інформація про можливості догляду, реабілітації та соціального супроводу є фрагментарною, несистемною і часто передається випадково.

Респонденти/ки описують ситуації, в яких навіть за наявності офіційних документів або рекомендацій вони не отримують пояснень щодо їхнього змісту та подальших кроків:

«Кажуть: тобі ж дали цей реабілітаційний листочок. Дали, але що це? Я знаю, що треба документи показати, але що з ним робити — ніхто не сказав», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

У результаті родини змушені самотійно інтерпретувати документи, звертаючись до інших людей або випадкових джерел інформації:

«Каже: ти береш цей листочок, дивишся, що там написали, ідеш до сімейного. Я читаю — і дійсно. Але я цього не знала. Мені ніхто не сказав», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Особливо показовими є наративи про тривалу відсутність доступу до інформації, яка мала б надаватися автоматично та на ранніх етапах догляду:

«Півтора року я цього не знала. Просто щоб ви розуміли. Дали дату, але я не знала, що з нею робити», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Респонденти/ки також наголошують, що інформація про реабілітаційні пакети, засоби догляду або соціальні виплати стає відомою зі значним запізненням:

«Це чоловіку травма 2,5 роки. І тільки зараз я знаю про ці реабілітаційні пакети. Про памперси, пелюшки — теж 2,5 роки», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

У системі догляду простежується нестача централізованих джерел інформації щодо пошуку фахівців, оформлення опікунства або отримання виплат. Натомість ці процеси відбуваються через неформальні мережі та особисті рекомендації:

«Де шукати доглядальника? Нема де шукати. Це одні одному передають рекомендації», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Респонденти/ки також припускають, що низька поінформованість родин пов'язана не лише з відсутністю каналів комунікації, але й із поширеними хибними уявленнями про незначущість або мінімальний обсяг допомоги:

«Може, люди просто не знають, що це можна. Або думають, що там дуже малі виплати по догляду», — респондентка, дружина ветерана з важким пораненням.

Отже, **відсутність єдиного державного інформаційного середовища призводить до того, що доступ до догляду, реабілітації та соціальної підтримки стає нерівним і випадковим, залежним від особистої ініціативи, соціальних зв'язків та часу, витраченого на пошук інформації.** Брак централізованих реєстрів (зокрема реєстру приватних доглядальників), чітких покрокових інструкцій, переліків необхідних документів і зрозумілих маршрутів отримання виплат перетворює догляд на процес постійного «вгадування», що додатково навантажує родини та поглиблює їхню вразливість.

Відсутність системної підтримки родин і доглядальників як окремого напряму допомоги

Окремим системним викликом у сфері догляду за важкопораненими та важкохворими ветеранами і ветеранками є відсутність цілеспрямованої підтримки родин і близьких, які вже залучені до доглядової праці. Попри те що саме доглядальники/ці фактично забезпечують безперервність догляду, їхня роль не інституціоналізована як окремий об'єкт уваги державної політики та соціальних сервісів.

У межах чинної системи родина розглядається переважно як ресурс, що автоматично бере на себе функції догляду, однак не як суб'єкт із власними потребами, обмеженнями та ризиками. Відсутні сталі механізми психологічного супроводу, правової підтримки та консультаційної допомоги, орієнтовані саме на доглядальників/ць, а не опосередковано через статус ветерана. У результаті родини змушені самотужки давати раду емоційному виснаженню, правовій невизначеності та складній навігації між медичними, соціальними й реабілітаційними структурами.

Особливо гостро ця прогалина проявляється у психологічному вимірі. Постійний догляд, хронічна невизначеність, трансформація сімейних ролей і відповідальність за стан близької людини створюють високі ризики емоційного вигорання, тривожних і депресивних станів. Водночас системна психологічна підтримка доглядальників/ць, яка б враховувала специфіку саме доглядової праці, практично відсутня або має фрагментарний характер. Це призводить до накопичення невідрефлексованих переживань, що негативно впливає як на самих доглядальників/ць, так і на стабільність сімейних стосунків.

Не менш важливим є брак правового супроводу, орієнтованого на потреби родин. Доглядальники стикаються з питаннями оформлення опікунства, представництва інтересів ветерана/ки, отримання виплат, соціальних гарантій, трудових прав і компенсацій, однак змушені розбиратися із цим самотійно. Відсутність фахового юридичного супроводу підвищує ризик помилок, втрати доступу до підтримки та додаткового психологічного навантаження.

Крім того, родини не мають доступу до координованого соціального супроводу або кейс-менеджменту, який би допомагав вибудовувати довготривалу траєкторію догляду, з урахуванням зміни стану ветерана/ки, ресурсів сім'ї та доступних інституційних можливостей. У результаті догляд перетворюється на процес постійного реагування на кризи, а не на плановану і підтримувану практику.

Відсутність системної підтримки доглядальників/ць має довготривалі наслідки. Вона знижує стійкість родин, підвищує ризики вигорання та соціального випадіння і, зрештою, негативно впливає на якість догляду. Це вказує на необхідність формування окремого напряму підтримки, орієнтованого саме на родини та близьких як ключових суб'єктів системи догляду, із фокусом на психологічний, правовий та організаційний супровід.

Загалом, зазначені виклики свідчать про структурну неузгодженість системи догляду, у межах якої відповідальність за складні медичні, соціальні та економічні рішення перекладається на родини. Це вимагає переходу від фрагментарних рішень до комплексної моделі довготривалого догляду з чітко визначеними інституційними зобов'язаннями.

Додатки



Опис соціальних послуг з догляду

Денний догляд

Денний догляд — соціальна послуга **без надання місця постійного проживання**, що забезпечує перебування людини протягом дня у відділенні / центрі надавача. Мета — підтримка **щоденного самообслуговування** (гігієна, харчування, пересування), **соціалізація** (організація дозвілля) та надання **реабілітаційних послуг**.

Послуга передбачена для **людей похилого віку, осіб з інвалідністю** та інших отримувачів з обмеженою здатністю до самообслуговування. Центри денного догляду **зменшують соціальну ізоляцію** отримувачів і **полегшують навантаження** на родину/доглядальника.

Надання послуги регулюється **Державним стандартом соціальної послуги денного догляду** (наказ Мінсоцполітики № 452 від 30.07.2013)⁶².

Стаціонарний догляд

Проживання у закладі / відділенні з **цілодобовим наглядом і доглядом** для людей, які **втратили або не набули здатності до самообслуговування**. Послуга надається **стаціонарно** у приміщенні надавача й охоплює **побутове забезпечення, харчування, гігієну, дотримання санітарного режиму, соціальну підтримку, організацію дозвілля, а також медико-соціальну взаємодію**.

Надання послуги регулюється **Державним стандартом соціальної послуги стаціонарного догляду** (наказ Мінсоцполітики № 198 від 29.02.2016 р., зі змінами № 1944 від 26.12.2018)⁶³.

Догляд вдома

Регулярна допомога особі у здійсненні самообслуговування та веденні побуту винятково за місцем проживання. Вона охоплює як **безпосередній фізичний догляд, так і виконання повсякденних завдань**, необхідних для комфортного життя: приготування їжі, закупівлю продуктів, прибирання, оплату комунальних послуг тощо.

Послуга призначена переважно для людей похилого віку та людей з інвалідністю. Її надання регулюється **Державним стандартом соціальної послуги догляду вдома** (наказ Мінсоцполітики № 760 від 13.11.2013 р., зі змінами №1100-21 від 16.06.2021)⁶⁴.

⁶² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1363-13?utm#Text>

⁶³ <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0518739-17#Text>

⁶⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1100-21?utm#Text>

Паліативна допомога

Паліативний догляд — це комплексна соціальна підтримка людини з невиліковним або життєво обмежувальним захворюванням, що поєднується з медичною паліативною допомогою. Послуга передбачає сприяння в самообслуговуванні, пересуванні, організації догляду, створенні гідних умов проживання, а також допомогу в доступі до медичних і соціальних послуг.

Паліативний догляд може надаватися **як вдома, так і у стаціонарних умовах**, залежно від потреб отримувача. Його надання регулюється **Державним стандартом соціальної послуги паліативного догляду** (наказ Мінсоцполітики № 70-Н від 05.04.2024)⁶⁵.

Персональний асистент

Це **індивідуальна форма допомоги та фізичного супроводу** вдома і поза домом, спрямована на підтримку **самостійного життя людини з інвалідністю**. Послуга не охоплює людей старшого віку без суттєвих обмежень життєдіяльності.

До переліку підтримки належить допомога в самообслуговуванні, організації побуту, плануванні дня, супроводі у справах і транспорті, комунікації з установами, а також супровід у суспільному, освітньому чи професійному житті (на місці праці / в освітніх установах).

Послуга **персонального асистента є порівняно новою** — вона затверджена у **червні 2020 року** і наразі не має розробленого державного стандарту. Надається за Порядком організації надання соціальних послуг⁶⁶. Її мета виходить за межі фізичного догляду — це створення умов для **гідного, активного та соціально включеного життя** людини з інвалідністю, охоплюючи дозвілля, розвиток, освіту й підтримку соціальних контактів.

Через відсутність детального **законодавчого регулювання** обов'язки персонального асистента залишаються **нечітко визначеними**, а зміст послуги — обмеженим загальним описом.

Крім того, у **Класифікаторі професій ДК 003:2010** не зазначена окрема професійна позиція «персональний асистент». Натомість це офіційна соціальна послуга з кодом 016.0 «Персональний асистент» у Класифікаторі соціальних послуг. Отож таку діяльність можна розглядати, як **некваліфіковану працю**, що не передбачає тривалої фахової підготовки або вимог до освіти. За потреби, компетенції набуваються шляхом коротко-термінових **курсів з догляду**, а якість надання послуги забезпечується через **супервізію з боку організації-надавача** (згідно з методичним посібником із впровадження послуги персонального асистента особи з

⁶⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0504-24?utm>

⁶⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/587-2020-%D0%BF?utm#Text>

інвалідністю від Київського міського центру з впровадження соціальних послуг, 2021)⁶⁷.

Послуги персонального асистента наразі надають рідні чи родичі людей з інвалідністю, а також юридичні та фізичні особи, зокрема фізичні особи-підприємці, внесені до розділу «Надавачі соціальних послуг» Реєстру надавачів та отримувачів соціальних послуг.

⁶⁷ <https://kmcss.kyiv.ua/wp-content/uploads/2022/11/%D0%91%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE-%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96-%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97.pdf?utm>

Порівняння послуг з догляду та допомоги вдома

Соціальні послуги, які порівнюємо:

Показник	Догляд вдома (015.1)	Персональний асистент (016.0)	Паліативний догляд (015.4)
Мета	Регулярна допомога з самообслуговуванням і побутом за місцем проживання , щоб людина могла жити вдома.	Допомога й фізичний супровід удома та поза домом для підтримки самостійного життя людини з інвалідністю.	Комплексна соціальна підтримка людини з невиліковною / життєво обмежувальною хворобою та її сім'ї (разом з медичною паліативною допомогою).
Місце надання	Удома.	Удома та в громаді (дорога, установи, сервіси тощо).	Удома, у відділеннях / центрах або на виїзді (мобільно); координується з медичною системою.
Ключовий зміст	Гігієна, інконтиненція, приготування їжі / закупи, прибирання, супровід до установ, базова активізація.	Самообслуговування, організація дня / побуту, супровід у справах і транспорті , комунікація з установами.	Підтримка доглядальника / сім'ї, допомога в самообслуговуванні, організація догляду, соціально-психологічна підтримка; співпраця з медичними паліативними бригадами.
Кому	Літні люди, люди з інвалідністю / обмеженнями самообслуговування.	Діти й дорослі з інвалідністю зі значними обмеженнями життєдіяльності.	Особи з невиліковними / життєво обмежувальними станами та їхні сім'ї / доглядальники.
Частота / тривалість	За оцінкою потреб та індивідуальним планом; візити за графіком.	Гнучко за індивідуальним планом (зокрема супровід поза домом).	За індивідуальним планом; інтенсивність може бути вищою (особливо разом з мобільною медичною бригадою).
Нормативна база	Держстандарт соцпослуги догляду вдома (наказ №760; зі змінами №1100-21).	Вид соцпослуги у Класифікаторі №429 (код 016.0); окремого держстандарту поки немає ; організація — за Порядком №587 ; є методичні рекомендації.	Держстандарт соцпослуги паліативного догляду (наказ №70-Н, 05.04.2024); у Класифікаторі №429 — код 015.4 .
Оплата для отримувача	Може бути безоплатно / диференційовано / платно — за рішенням громади; механіка — Порядок №587 .	Те саме: безоплатно / диференційовано / платно (тарифи затверджує громада).	Те саме для соціальної складової; медична паліативна допомога оплачується НСЗУ за пакетами ПМГ (мобільна / стаціонарна) і для пацієнта безоплатна .

Професійні стандарти

Професія (код КП)	Основна мета професійної діяльності	Умови допуску / необхідні кваліфікації
<u>Фахівець із соціальної допомоги вдома</u> (2446.2)	Організовує та надає соціальні послуги вдома людям похилого віку, людям з інвалідністю та хворим, щоб допомогти подолати / зменшити складні життєві обставини.	Вища освіта (бакалавр) за відповідною спеціальністю; для II/I категорій — додаткові вимоги до стажу (1–2 роки) та підвищення кваліфікації; медична довідка і вступний інструктаж з охорони праці.
<u>Соціальний робітник</u> (5133)	Допомога отримувачам та їхнім сім'ям розв'язувати соціальні / побутові проблеми й зберігати можливість жити в громаді активним життям з огляду на вік і стан здоров'я.	Документ, що підтверджує кваліфікацію «Соціальний робітник» (диплом кваліфікованого робітника, свідоцтво про присвоєння робітничої кваліфікації); медична довідка; вступний інструктаж з ОП; обов'язкове підвищення кваліфікації щонайменше раз на 5 років.
<u>Фахівець із соціальної роботи</u> (2446.2)	Надання та координація соцпослуг для профілактики, подолання або мінімізації складних життєвих обставин людей / сімей.	Вища освіта (бакалавр) за спеціальністю «Соціальна робота» (для II/I категорій — стаж 1–2 роки відповідно); медична довідка ; вступний інструктаж з ОП.
<u>Молодша медична сестра з догляду за хворими</u> (5132)	Базовий догляд за пацієнтами (гігієна, допомога в пересуванні / харчуванні, підтримка побуту) під керівництвом медперсоналу.	Повна / базова середня освіта + професійно-технічна освіта або профпідготовка на курсах чи на робочому місці. Вимог до стажу немає.

Групи та категорії інвалідності

Людина з інвалідністю внаслідок війни. Згідно із Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» до людей з інвалідністю внаслідок війни належать особи з-поміж військово-службовців чинної армії та флоту, партизанів, підпільників, працівників, які стали особами з інвалідністю внаслідок поранення, контузії, каліцтва, захворювання, одержаних під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків) чи пов'язаних з перебуванням на фронті, у партизанських загонах і з'єднаннях, підпільних організаціях і групах та інших формуваннях, визнаних такими законодавством України, в районі воєнних дій, на прифронтових ділянцях залізниць, на спорудженні оборонних рубежів, військово-морських баз та аеродромів у період громадянської та Другої світової воєн або з участю в бойових діях у мирний час⁶⁸.

I група інвалідності — особа, яка повністю втратила працездатність і вимагає постійної опіки;

II група інвалідності — особа здатна до самообслуговування, але не здатна до праці у звичайних виробничих умовах;

III група інвалідності встановлюється тим, хто здатен працювати в полегшених умовах.

⁶⁸ https://kyivcity.gov.ua/pilhy_dovidky_ta_sotsialnyi_zakhyst/invalidam/khto_nalezhyt_do_invalidiv_viiny/