

Дослідження міжнародного досвіду та практик в Україні

Підхід «рівний-рівному» у реабілітації військовослужбовців та ветеранів

Між гнучкістю та стандартизацією



Принцип



Автори: Вікторія Подворчанська, Тіна Полек, Євген Лисенко, Дар'я Бевзюк, Ганна Гриценко

Редагування: Ірина Ніколайчук

Дизайн та верстка: Анастасія Струк

Фото на обкладинці: Данило Павлов / Superhumans

Дослідження стало можливим завдяки респондентам, які погодилися поділитися з нами власним досвідом. Дослідницька команда висловлює подяку їм, а також експертам та експерткам, які долучилися до ревізії й коментування цього документа.

Підхід «рівний-рівному» в реабілітації військових та ветеранів: між гнучкістю та стандартизацією. Дослідження міжнародного досвіду та практик в Україні. / [Вікторія Подворчанська, Тіна Полек, Євген Лисенко, Дар'я Бевзюк, Ганна Гриценко]. — Київ, 2025. — 92с.



Принцип

Правозахисний центр для військовослужбовців «Принцип» — це громадська організація, заснована у 2023 році для правового захисту військовослужбовців та ветеранів. Наша пріоритетна ціль — захист гідності військового та прозорість процесів на його шляху. Для цього ми працюємо за такими напрямками: правова просвіта військових та ветеранів, їхніх близьких про наявні механізми й можливості під час лікування та реабілітації; аналітична робота для напрацювання системних рішень у реформуванні системи; адвокація змін в цій системі у співпраці з органами влади.

сайт: pryncyp.org

facebook: fb.com/pryncypua

instagram: pryncyp.ua

x(twitter): [pryncyp_ua](https://pryncyp.ua)

Дослідження проведено Правозахисним центром «Принцип» в рамках Проекту «Посилення спроможності надання послуг комплексної реабілітації в Україні», що фінансується коштом Литовського Фонду розвитку співробітництва та гуманітарної допомоги (з цільовим внеском Міністерства національної оборони Литовської Республіки) та реалізовано литовською державною установою «Центральне агентство проєктного управління» (ЦАПУ). Звіт за результатами дослідження відображає позицію його авторів та може не збігатися з поглядами ЦАПУ.

Зміст

Вступ	6
Розділ 1. Огляд міжнародного досвіду	8
1.1. Загальний огляд літератури	9
1.1.1. Визначення та ландшафт інтервенцій «рівний-рівному»	9
1.1.2. Переваги та ефективність підтримки «рівний-рівному»	10
1.1.3. Вплив на фахівців «рівний-рівному»	12
1.1.4. Рекомендації щодо дизайну та реалізації інтервенцій «рівний-рівному»	13
1.2. Огляд досвіду окремих країн	22
1.2.1. США	22
1.2.2. Канада: державні послуги «рівний-рівному» для ветеранів	27
1.2.3. Литва	28
1.2.4. Підтримка «рівний-рівному» в реабілітації людей з УСМ: приклади Данії та Швейцарії	27
1.2.5. Підтримка «рівний-рівному» в реабілітації людей з ампутаціями: приклади Великої Британії та Німеччини	29
1.2.6. Підтримка «рівний-рівному» в реабілітації людей з порушеннями зору: приклад Нідерландів	31
Розділ 2. Огляд досвіду України	34
2.1. Підхід «рівний-рівному» в сфері психічного здоров'я	35
2.1.1. Нормативне регулювання	35
2.1.2. Практичне застосування	36
2.2. Підхід «рівний-рівному» у ФРМ	38
2.2.1. Роль фахівців «рівний-рівному»	38
2.2.2. Спільність досвіду	40
2.2.3. Структура та якість програм	42
2.2.4. Складність інтеграції в ЗОЗ	47
2.2.5. Інші виклики	49

2.3. Фахівці із супроводу ветеранів	52
2.3.1. Запровадження програми	52
2.3.2. Удосконалення та інтеграція в сферу охорони здоров'я	52
2.3.3. Позитивні аспекти	53
2.3.4. Виклики	54
2.4. Навчання фахівців «рівний-рівному»	57
2.4.1. Фрагментованість навчальних ініціатив	57
2.4.2. Рух до професіоналізації	57
2.4.3. Виклики розвитку системи навчання	59
2.5. Оцінка ефективності ініціатив «рівний-рівному»	61
2.5.1. Загальна ситуація	61
2.5.2. Окремі спроби створення індикаторів	61
2.5.3. Найбільш системні практики	61
Розділ 3. Етнографічне дослідження послуги «рівний-рівному» під час реабілітації (на прикладі лікарні в тиловому регіоні України)	64
3.1. Менторство: між роботою і покликанням	66
Що таке «рівний-рівному»?	66
Яким має бути ментор?	68
Менторське повсякдення	71
3.2. Пацієнт: нове тіло і нові сенси	75
3.3. Медперсонал: прірва досвідів	77
3.4. Близькі: підтримка, гіперопіка та інші виклики	79
Висновки	82
Рекомендації	84

Список скорочень

ВЛК	Військово-лікарська комісія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГО	Громадська організація
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІРР	Інтервенція «рівний-рівному»
КМУ	Кабінет Міністрів України
КНУ	Київський національний університет імені Тараса Шевченка
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
Мінветеранів	Міністерство у справах ветеранів України
МРК	Мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МСЕК	Медико-соціальна експертна комісія
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
РКД	Рандомізоване контрольоване дослідження
УСМ	Ураження спинного мозку
ФРМ	Фізична та реабілітаційна медицина

Вступне слово

В умовах повномасштабної війни все більше військовослужбовців і ветеранів стикаються з фізичними й психологічними наслідками бойових дій та потребують комплексної реабілітації. Для них це не лише відновлення фізичних функцій, але й шлях повернення до активного суспільного життя, економічної діяльності, а, за можливості, – і до військової служби. В цьому процесі особливу роль можуть відігравати ті, хто вже пройшов через подібний досвід і готовий підтримати інших, ставши для них містком до професійної допомоги. Цей підхід відомий як «рівний-рівному».

В останні роки підхід «рівний-рівному» набрав популярності в Україні. Він часто фігурує у громадських проєктах, грантових заявках і навіть у державних політиках. Причини цього зрозумілі: спільний досвід традиційно є джерелом довіри та емпатії, а у високоризикованих професіях його ефект особливо сильний. Братерство, яке формується під час військової служби, залишається консолідаційною силою і після неї; подібним чином може об'єднувати і досвід пережитої травми. Проте популярність підходу не дорівнює його зрілості. Поки що в Україні бракує даних про те, наскільки системними, ефективними та сталими є інтервенції «рівний-рівному» (далі – ІРР).

Мета нашого дослідження – зрозуміти, як підхід «рівний-рівному» застосовується у реабілітації військо-

вослужбовців і ветеранів, та сформулювати рекомендації для покращення практик. Ми прагнули відповісти на такі ключові запитання – у яких випадках підхід «рівний-рівному» створює додану цінність у реабілітації, де він може породжувати ризики та як їм запобігти.

Пріоритетом нашого дослідження була сфера фізичної та реабілітаційної медицини (далі – ФРМ), орієнтована на відновлення військовослужбовців та ветеранів після поранень і травм. Водночас у цьому звіті ми побіжно розглядаємо й застосування підходу «рівний-рівному» у сфері психічного здоров'я з огляду на поширеність таких програм серед військової спільноти.

Наш звіт систематизує дані, отримані декількома методами. По-перше, ми провели кабінетне дослідження міжнародних та українських джерел академічної й «сірої» літератури щодо впровадження та ефективності підходу «рівний-рівному» в реабілітації. Ці висновки лягли в основу дизайну напівструктурованих глибинних інтерв'ю. Ми проводили цільовий відбір респондентів для інтерв'ю із подальшим доповненням реферальним методом. Додатково відкриті запрошення взяти участь у дослідженні поширювалися через соціальні мережі «Принципу». Всі респонденти надали інформовану згоду на участь в інтерв'ю та їх аудіозапис; їхні персональні дані були знеособлені.

Участь в інтерв'ю взяли 23 респонденти, в тому числі:

- 14 представників надавачів підтримки за підходом «рівний-рівному» – громадських організацій (далі – ГО) та закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ). Ця категорія охопила як респондентів управлінського рівня, які мають досвід планування та організації відповідних програм, так і тих, хто безпосередньо надавав підтримку;

- 2 медичних працівники (фізичний терапевт і лікар фізично-реабілітаційної медицини), які співпрацюють з фахівцями «рівний-рівному» у медичних закладах;

- 3 чинних або колишніх військовослужбовці, які одержували підтримку за підходом «рівний-рівному»;

- 3 представники державних структур, зокрема Міністерства у справах ветеранів України (далі: Мін-ветеранів) та Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України;

- 1 представник литовської недержавної організації, що працює за підходом «рівний-рівному» в реабілітації.

Крім того, збір даних для нашого дослідження здійснювався методом етнографічного спостереження у лікарні в тиловому регіоні України. Цей метод дав нам можливість побачити, як модель підтримки «рівний-рівному» реалізується в реальних умовах.

Наше дослідження має декілька обмежень. Як в Україні, так і за кордоном IPP є гетерогенними та фрагмен-

тованими. Це ускладнило узагальнення висновків і формулювання типових рекомендацій. Додатковим викликом для нас стала термінологічна нечіткість: термін «рівний-рівному» вживається у вкрай різних контекстах і з різним змістовим наповненням, а бенефіціари IPP часто з ним не знайомі та ідентифікують надавачів допомоги під іншими назвами (наприклад, «ментор», «інструктор», «тренер» тощо). Це створило труднощі у відборі респондентів та обмежило розмір вибірки.

Більшість наших респондентів були зацікавлені у розвитку та підвищенні стандартів програм «рівний-рівному». Вони розповідали нам і про відомі їм приклади очевидно проблемних IPP в інших організаціях, однак ми не мали змоги незалежно їх дослідити з огляду на відсутність доступу до учасників та етичні обмеження. Таким чином, результати дослідження відображають насамперед досвід і позиції тих, хто мотивований до вдосконалення підходу, а не повний спектр наявних практик.

Попри ці обмеження, наше дослідження є першою системною спробою комплексно проаналізувати стан впровадження підходу «рівний-рівному» у реабілітації військових і ветеранів в Україні. Ми сподіваємося, що воно стане підґрунтям для більш доказових управлінських рішень на рівні як окремих організацій, так і державної політики.

Розділ 1

Огляд міжнародного досвіду

1.1 Загальний огляд літератури

1.1.1. ВИЗНАЧЕННЯ ТА ЛАНДШАФТ ІНТЕРВЕНЦІЙ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»

У світовій практиці інтервенції з застосуванням підходу «рівний-рівному» (далі — IPR) використовуються як форма взаємної підтримки для подолання життєвих труднощів. Термін не має уніфікованого визначення, але суттєвою характеристикою IPR є спільний досвід учасників, що слугує джерелом довіри й емпатії.

IPR застосовуються у різних соціальних та медичних контекстах. Найбільш системно модель «рівний-рівному» впроваджена у сфері психічного здоров'я. Саме тут вона продемонструвала найбільшу користь для ветеранської спільноти — в рамках допомоги ветеранам з посттравматичним стресовим розладом (далі — ПТСР), залежностями та іншими психосоціальними проблемами¹. Водночас підходи «рівний-рівному» набувають дедалі більшого поширення у ФРМ незалежно від ветеранського статусу учасників. У цій сфері вони походять з руху за права й незалежне життя людей з інвалідністю. Їхня мета — сприяти покращенню здоров'я, соціальної участі та якості життя шляхом залучення людей з власним досвідом відновлення. Приклади таких інтервенцій включають: менторські програми в реабілітаційних центрах

для розвитку навичок самообслуговування; підтримку в громаді під час повернення до праці чи навчання; або створення мереж навігаторів — фахівців «рівний-рівному», які допомагають людям з інвалідністю орієнтуватися в системі послуг².

IPR суттєво варіативні за цілями, дизайном, ступенем формалізації та функціоналом фахівців, які їх проводять. Частина з них інтегрована в наявні системи медичних і соціальних послуг, інші реалізуються як окремі ініціативи ГО. Ця гнучкість робить IPR адаптивними до локальних умов, але водночас значно ускладнює стандартизацію та міжпрограму порівняння.

Одна з методологій, запропонованих у літературі, виокремлює чотири ключові характеристики фахівців «рівний-рівному» в сфері здоров'я:

- спільність досвіду чи життєвих обставин із цільовою групою;
- додана цінність інтервенції завдяки статусу «рівного» (більша довіра до надавача послуг);
- відсутність формальної медичної чи психологічної освіти;
- цілеспрямована діяльність за стандартизованими протоколами³.

Таким чином, підхід «рівний-рівному» поєднує компонент пережитого досвіду з елементами програмної інтервенції. При цьому ролі фахівців «рівний-рівному» можуть суттєво різнитися — від «приятельської» під-

1 — Deans C. Benefits and employment and care for peer support staff in the veteran community: A rapid narrative literature review. 2020. Journal of Military and Veterans Health, 28(4), 6–15. <https://jmvh.org/article/benefits-and-employment-and-care-for-peer-support-staff-in-the-veteran-community-a-rapid-narrative-literature-review/>

2 — Magasi S., Papadimitriou C. Peer Support Interventions in Physical Medicine and Rehabilitation: A Framework to Advance the Field. 2022. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022 Jul;103(7S): S222–S229. doi: 10.1016/j.apmr.2020.09.400

3 — Simoni J.M., Franks J.C., Lehavot K., Yard S.S. Peer interventions to promote health: conceptual considerations. 2011. American Journal of Orthopsychiatry. 2011 Jul;81(3):351–9. doi: 10.1111/j.1939-0025.2011.01103.x

тримки до фасилітації чи кейс-менеджменту⁴. Їхній статус також варіюється: від штатного працівника до зовнішнього консультанта або волонтера.

1.1.2. ПЕРЕВАГИ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПІДТРИМКИ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»

1.1.2.1 ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Попри широке застосування IPP у сфері психічного здоров'я, доказова база їхньої ефективності є обмеженою. Загалом дослідження свідчать про позитивний вплив окремих інтервенцій на цільові групи. Однак різноманітність у підходах до дизайну і реалізації IPP ускладнює їх порівняння та узагальнення. Деякі програми проходили формальні оцінки ефективності, але часто вони мають методологічні обмеження: невелика вибірка, відсутність контрольних груп, переважання якісних методів і розмаїття індикаторів результативності. Загальна думка в науковій літературі – недостатність системних доказів. Тим не менш, існує низка усталених оцінок, що ґрунтуються на наявних обмежених даних.

У сфері психічного здоров'я література вказує на такі переваги IPP для їхніх споживачів: покращення доступу до послуг; розширення соціальної підтримки; зменшення стигми та дискримінації; підвищення задоволеності допомогою; залучення важ-

кодоступних груп; активніша участь у лікуванні; вищі показники завершення курсів лікування чи психологічної допомоги⁵.

Дослідження, що стосуються саме ветеранів, є фрагментарними, але в цілому підтверджують ці тенденції. Наприклад, австралійська оцінка 6-денної програми терапії на природі із залученням фахівців «рівний-рівному» показала зменшення у ветеранів симптомів депресії, тривожності й стресу, а також зростання впевненості, задоволеності своїм життям і психоемоційним станом⁶.

У США звіт про програму стаціонарного лікування ПТСР, до якої були залучені фахівці «рівний-рівному», виявив, що ветерани відчували найбільшу підтримку від інших ветеранів – пацієнтів. Проте саме комбінація підтримки з боку інших пацієнтів, фахівців «рівний-рівному» та медичного персоналу сприяла більш позитивному сприйняттю лікування загалом⁷. Інше американське дослідження показало, що ветерани, які проходили курс когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ) з фахівцями «рівний-рівному», демонстрували вищий рівень завершення лікування порівняно з тими, хто працював з фахівцями з психічного здоров'я без суміжного досвіду⁸. Шотландське якісне дослідження підтвердило, що участь фахівців «рівний-рівному» полегшувала перший контакт ветеранів із центром психічного здоров'я та сприяла зниженню бар'єрів до звернення по допомогу⁹.

4 – Mercier J.M. et al. Peer Support Activities for Veterans, Serving Members, and Their Families: Results of a Scoping Review. 2023. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023 Feb 18; 20(4):3628. doi: 10.3390/ijerph20043628

5 – Deans C. Benefits and employment and care for peer support staff in the veteran community: A rapid narrative literature review. 2020. Journal of Military and Veterans Health, 28(4), 6–15. <https://jmvh.org/article/benefits-and-employment-and-care-for-peer-support-staff-in-the-veteran-community-a-rapid-narrative-literature-review/>

6 – Bird K. Research evaluation of an Australian peer outdoor support therapy program for contemporary veterans' wellbeing. 2015. International Journal of Mental Health, 44(1–2), 46–79. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1009752>

7 – Jain S., McLean C., Adler E.P., Rosen C.S.. Peer Support and Outcome for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a Residential Rehabilitation Program. 2016. Community Mental Health Journal. 2016 Nov;52(8):1089–1092. doi: 10.1007/s10597-015-9982-1.

8 – Nelson C.B. et al. Predictors of CBT-pretreatment intervention engagement and completion: Evidence for peer support. 2019. Psychological Services. 2019 Aug;16(3):381–387. doi: 10.1037/ser0000268

9 – Weir B. et al. Military veteran engagement with mental health and well-being services: a qualitative study of the role of the peer support worker. 2019. Journal of Mental Health. 2019 Dec;28(6):647–653. doi: 10.1080/09638237.2017.1370640.

1.1.2.2. ФРМ

Дослідження IPP у ФРМ свідчать про їхню здатність полегшувати перехід людей з функціональними обмеженнями до активного та незалежного життя, покращувати їхній психологічний стан, сприяти участі в житті громади та реінтеграції, а також активувати пацієнтів, тобто допомагати їм усвідомлювати власну роль у процесі лікування, формувати знання, та навички для управління здоров'ям.

Цінність підтримки «рівний-рівному» у ФРМ визнається на міжнародному рівні. Міжнародна комісія з акредитації реабілітаційних закладів (CARF International) вимагає підтвердження інтеграції підходів «рівний-рівному» у надання реабілітаційних послуг у разі травм спинного та головного мозку¹⁰. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю зобов'язує держави сприяти впровадженню підтримки «рівний-рівному» та наставництва як складової процесу освіти та інтеграції¹¹.

Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) у своєму звіті про ураження спинного мозку (далі – УСМ)¹² зазначає, що люди з такою травмою цінують підтримку інших людей з подібним досвідом як у неформальних умовах (наприклад, під час спілкування з іншими пацієнтами в лікарні), так і в організованих програмах наставництва та навчання. ВООЗ заохочує проведення IPP для людей з УСМ, підкреслюючи, що вони можуть покращувати їхні результати.

ВООЗ відзначає користь залучення фахівців «рівний-рівному» для:

підвищення впевненості людей, які нещодавно пережили УСМ; сприяння психологічній адаптації; навчання навичкам самообслуговування та мобільності; надання інформації й порад щодо підтримання здоров'я та профілактики вторинних станів (наприклад, пролежнів або інфекції сечових шляхів); а також ініціювання напрямлень до медичних фахівців за потреби.

IPP для людей з функціональними обмеженнями впроваджуються неурядовими організаціями чи в рамках громадських програм реабілітації (community-based rehabilitation – CBR). Також IPP інтегруються в спеціалізовані послуги реабілітації в медичних установах. ВООЗ заохочує ці практики, наголошуючи на важливості належної підготовки та супервізії фахівців «рівний-рівному» для забезпечення ефективності IPP.

Попри міжнародне визнання, обмеженість доказової бази щодо IPP у ФРМ є не менш помітною, ніж у сфері психічного здоров'я. Щонайменше шість систематичних оглядів літератури (зокрема, щодо людей з травмами головного та спинного мозку, а також ветеранів з постротатційним синдромом) підкреслюють складність оцінки ефективності IPP та формулювання кращих практик їх проведення. Основною причиною цього є суттєві відмінності між інтервенціями за такими параметрами, як місце проведення, тривалість, інтенсивність, фокус, роль фахівців «рівний-рівному» та підходи до оцінки результатів¹³. Крім того, література подекуди демонструє суперечливі результати IPP.

10 – Magasi S., Papadimitriou C. Peer Support Interventions in Physical Medicine and Rehabilitation: A Framework to Advance the Field. 2022. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022 Jul;103(7S): S222–S229. doi: 10.1016/j.apmr.2020.09.400

11 – Конвенція про права осіб з інвалідністю. 2010 (ратифікація). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text

12 – Bickenbach J. et al. International perspectives on spinal cord injury. 2013. World Health Organization. The International Spinal Cord Society. <https://www.who.int/publications/i/item/international-perspectives-on-spinal-cord-injury>

13 – Magasi S., Papadimitriou C. Peer Support Interventions in Physical Medicine and Rehabilitation: A Framework to Advance the Field. 2022. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022 Jul;103(7S): S222–S229. doi: 10.1016/j.apmr.2020.09.400

Наприклад, систематичний огляд двох рандомізованих контрольованих досліджень (далі — РКД) щодо IPP після черепно-мозкових травм виявив позитивний вплив на пацієнтів та їхніх доглядальників у сферах соціальної підтримки, коупінгу, поведінкового контролю й фізичної якості життя. Водночас були й негативні ефекти — зростання депресивної симптоматики в частини пацієнтів, а також зниження суб'єктивного відчуття соціальної підтримки та інтеграції серед доглядальників. Деякі учасники також повідомляли про зростання тривожності й погіршення функціонування в сім'ї. Дослідники припускають, що такі ефекти можуть бути пов'язані з глибшим усвідомленням наслідків травми, отриманим під час взаємодії з фахівцем «рівний-рівному». Проте чітких причин встановлено не було¹⁴.

Інший огляд шести РКД щодо IPP серед людей із черепно-мозковою травмою, показав, що лише два дослідження продемонстрували значне покращення якості життя, але жодне — статистично значущого ефекту на інтеграцію в громаду¹⁵.

В дослідженнях зафіксовані й приклади неякісно організованих IPP — зокрема, коли фахівці «рівний-рівному» не підтримували цілі пацієнтів, мали власні психологічні труднощі чи не мали навичок емпатійного слухання. Одне з досліджень, що порівнювало рівень знань про профілактику пролежнів між менторами та їхніми клієнтами, виявило, що в обох групах було недостатньо знань для ефектив-

ного запобігання цьому вторинному стану.

Також відомо, що деякі пацієнти можуть відмовлятися від участі в IPP через уявлення, що негативний досвід інших лише зашкодить їхньому одужанню; стигматизацію чи сором звернутись по підтримку; або ж побоювання щодо конфіденційності. Участь у таких програмах частіше беруть пацієнти з тяжкими травмами чи тривалішим перебуванням у лікарні¹⁶.

1.1.3. ВПЛИВ НА ФАХІВЦІВ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»

Дані про вплив IPP на самих фахівців «рівний-рівному» також обмежені. Якісні дослідження вказують, що участь у наданні підтримки може мати для фахівців терапевтичний вплив — сприяти переосмисленню особистого досвіду, підвищенню самооцінки та формуванню почуття соціальної цінності. Водночас ця робота може бути емоційно виснажливою, особливо за відсутності чітко встановлених кордонів.

Згідно з великим дослідженням думок фахівців «рівний-рівному» у сфері психічного здоров'я, перевагами цієї ролі є: підвищення добробуту, відчуття соціального внеску, формування нових знань і навичок, розширення соціальних зв'язків та отримання грошової винагороди (коли роль є оплачуваною). Бар'єром для сталої участі в IPP є обмеженість кар'єрних перспектив. Також фахівці звертали увагу на потреби у підтримці, в тому

14 — Wobma R., Nijland R.H., Ket J.C., Kwakkel G. Evidence for peer support in rehabilitation for individuals with acquired brain injury: A systematic review. 2016. Journal of Rehabilitation Medicine. 2016 Nov 11;48(10):837–840. doi: 10.2340/16501977-2160

15 — Levy B.B., Luong D., Perrier L., Bayley M.T., Munce S.E.P. Peer support interventions for individuals with acquired brain injury, cerebral palsy, and spina bifida: a systematic review. 2019. BMC Health Services Research. 2019 May 8;19(1):288. doi: 10.1186/s12913-019-4110-5

16 — Wasilewski M. et al. Peer support for traumatic injury survivors: a scoping review. 2023. Disability and Rehabilitation, 14(33), pp. 2199–2232. doi: 10.1080/09638288.2022.2083702

числі навчання, супервізія та сприятлива організаційна культура. Вони підкреслювали унікальність підходу «рівний-рівному», що ґрунтується на обміні особистим, часто травматичним, досвідом, і відрізняється від традиційної психологічної допомоги. Щоб ІРР були ефективними, організації мають визнавати цю специфіку. Дослідження, присвячені саме ветеранам, також підтверджують важливість організаційної підтримки для впровадження ІРР¹⁷.

Хоча психологічні ризики для фахівців «рівний-рівному» і потреба в системній супервізії та запобіганні вторинній травматизації є визначними, детальні дані, які вимірюють рівень психологічного ризику в цій групі, практично відсутні. Одне з досліджень, що аналізувало роботу фахівців «рівний-рівному» з ветеранами з психічними розладами, засвідчило динаміку психічного здоров'я та вигорання, подібну до тієї, що спостерігається у фахівців психічного здоров'я¹⁸.

Порівняльний аналіз двох груп фахівців у сфері ФРМ — тих, хто працював на умовах формального працевлаштування і тих, хто діяв на волонтерських засадах — засвідчив, що офіційно працевлаштовані фахівці зазвичай краще обізнані щодо доступних ресурсів, рідше вказують на нестачу знань як бар'єр у роботі, а також частіше допомагають клієнтам отримати доступ до необхідних послуг¹⁹.

1.1.4. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ДИЗАЙНУ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ІНТЕРВЕНЦІЙ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»

Різноманіття ІРР та недостатність системних доказів про їх ефективність ускладнює формулювання належних практик у цій сфері. Уніфікованих підходів до впровадження ІРР не існує. Однак деякі авторитетні дослідники пропонують рамкові моделі, що можуть слугувати орієнтиром.

1.1.4.1. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Австралійські науковці розробили рекомендації для ІРР у високоризикових професіях (військові, служби реагування), де працівники часто стикаються з травматичними подіями. Згодом модель була адаптована для сфери психічного здоров'я та ветеранських програм. Синтез практик представлено у Таблиці 1.

17 — Deans C. Benefits and employment and care for peer support staff in the veteran community: A rapid narrative literature review. 2020. Journal of Military and Veterans Health, 28(4), 6–15. <https://jmvh.org/article/benefits-and-employment-and-care-for-peer-support-staff-in-the-veteran-community-a-rapid-narrative-literature-review/>

18 — Park S.G. et al. Predictors of Employment Burnout Among VHA Peer Support Specialists. Psychiatric Services. 2016. Oct 1;67(10):1109–1115. doi: 10.1176/appi.ps.201500239.

19 — Wasilewski M. et al. Peer support for traumatic injury survivors: a scoping review. 2023. Disability and Rehabilitation, 14(33), pp. 2199–2232. doi: 10.1080/09638288.2022.2083702

20 — Creamer M.C. et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: an international consensus study using the Delphi method. J Trauma Stress. 2012 Apr;25(2):134–41. doi: 10.1002/jts.21685

21 — Campos F. et al. Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental [Practical guidelines for peer support programmes for mental health problems]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2016 Apr-Jun;9(2):97–110. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.06.002.

22 — Deans C. Benefits and employment and care for peer support staff in the veteran community: A rapid narrative literature review. 2020. Journal of Military and Veterans Health, 28(4), 6–15. <https://jmvh.org/article/benefits-and-employment-and-care-for-peer-support-staff-in-the-veteran-community-a-rapid-narrative-literature-review/>

Таблиця 1. Синтез кращих практик для ІРР в сфері психічного здоров'я ветеранів

ФРР – фахівець «рівний-рівному»
ФПЗ – фахівець психічного здоров'я

Цілі та принципи	Відбір ФРР	Навчання й акредитація ФРР	Роль ФПЗ	Роль ФРР	Організаційні питання	Доступ клієнтів до ФРР	Підтримка ФРР
Емпатійне слухання	Визначений процес подання заявки та відбору	Стандартизоване навчання та можливість підвищення кваліфікації	Участь у навчанні та супервізії ФРР	Відсутність клінічних функцій	Кодекс поведінки ФРР	ФРР як точка першого контакту	Регулярні консультації з іншими ФРР
Прості психологічні інтервенції	Схвалення представниками цільової групи	Супервізія	Керівництво програмою «рівний-рівному»	Обговорення кожного випадку з ФПЗ	Організаційна підтримка унікальної ролі ФРР	Можливість вибору ФРР з пулу	Регулярна супервізія з ФПЗ
Адвокація інтересів клієнтів у суперечках	Схвалення представниками цільової групи	Інформація про послуги підтримки	Конфіденційність	Конфіденційність	Навчання персоналу щодо ролі ФРР	Доступність у позаробочі години в порядку чергування	Доступ до інформації від ФПЗ у будь-який час
Виявлення клієнтів, які можуть перебувати в групі ризику	Схвалення ФПЗ	Навички активного слухання	Можливість прямого на-правлення до ФПЗ	Можливість прямого на-правлення до ФПЗ	Інтеграція з іншими ветеранськими програмами		Можливість одержати підтримку психічного здоров'я
Сприяння доступу до фахової допомоги	Має бути представником ветеранської спільноти	Прості психологічні техніки		Адаптація послуг до потреб клієнтів	Визначена тривалість і періодичність програми		Допомога у встановленні кордонів під час саморозкриття
Заохочення дотримання лікування		Травмоінформований підхід		Баланс між цілями організації та незалежністю	Чіткі цілі, пов'язані з результатами		
Підтримка функціонування клієнтів		Система відновлення		Підтримка стосунків, заснованих на спільному досвіді та взаємності	Зовнішня незалежна оцінка		
Сприяння фізичному та психічному здоров'ю		Самодопомога та кордони		Тривала підтримка, поки вона корисна	Лідерство ФРР		
		Час для формування ідентичності ФРР			Доступ до ветеранських організацій		

Американські дослідники запропонували модель ІРР для ФРМ²³. Ключові компоненти моделі узагальнені у Таблиці 2 та описані після неї.

Таблиця 2. Ключові аспекти розробки та впровадження ІРР у ФРМ

	Елементи ІРР	Ключові аспекти
Компоненти, зумовлені теоретичним підґрунтям	Цілі / теоретична основа програми	Навчання Соціальна підтримка Самодостатність Посилення впевненості у груповій взаємодії, адвокація
	Цільова група	Неоднорідна Обмежена окремим медичним станом Соціальні та культурні фактори
	Точка інтервенції	Стаціонарна допомога Амбулаторна допомога / денна реабілітація Допомога в громаді
	Послуги	Емоційна підтримка Рольове моделювання Інформаційна підтримка Навички самообслуговування
	Метод	В групі Індивідуально Особисто Дистанційно
	Дозування інтервенції	Періодичність Інтенсивність Тривалість
	Результати	Короткострокові Довгострокові Ефективність процесу
Контекстуальні фактори	Характеристики фахівців «рівний-рівному»	Наявність пережитого досвіду Навички міжособистісного спілкування Лідерські здібності

23 – Magasi S., Papadimitriou C. Peer Support Interventions in Physical Medicine and Rehabilitation: A Framework to Advance the Field. 2022. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022 Jul;103(7S): S222–S229. doi: 10.1016/j.apmr.2020.09.400.

	Елементи IPР	Ключові аспекти
Компоненти, зумовлені теоретичним підґрунтям	Навчання фахівців «рівний-рівному»	Ключові компетенції (див. пояснення нижче) Комунікаційні навички Дотримання конфіденційності Вміння встановлювати кордони
	Супервізія	Роль і кваліфікація супервізора Професіонал або фахівець «рівний-рівному» Періодичність Структура
	Умови (місце) проведення	Рівень інтеграції в організації Фізична локація Сприйнятливність організаційного контексту

Теоретичне підґрунтя та цілі програми

Програми «рівний-рівному» часто реалізуються без чіткої теоретичної моделі, тобто без розуміння, як дії фахівців ведуть до результатів для клієнтів. Це ускладнює планування, оцінку й масштабування IPР. Теоретична модель виконує низку важливих функцій. Вона дозволяє:

- сформулювати проблему, на яку спрямоване втручання;
- окреслити цільову аудиторію, яка отримає найбільшу користь;
- визначити ключові компоненти IPР;
- врахувати контекстуальні чинники, які можуть впливати на впровадження та результати (соціальні, організаційні, культурні);
- описати механізми дії — як саме підтримка впливає на зміни у поведінці, самосприйнятті чи здоров'ї клієнта.

У Таблиці 3 наведено приклади, як різні підходи — наприклад, теорія соціального навчання чи самодостатності — визначають зміст, формат і очікувані результати IPР.

Таблиця 3. Зумовлені теорією елементи IPP у ФРМ²⁴

Цілі програми	Теоретична основа	Цільова група	Програмні активності	Результати
Покращити знання про симптоми чи хворобу	Теорія динамічного соціального впливу, теорія соціального навчання	Пацієнти з: — прогалинами у знаннях складнощами в менеджменті симптомів — ризиком розвитку нових станів	Групові або індивідуальні навчальні сесії	+ Менеджмент симптомів + Знання симптомів - Ускладнення - Витрати на послуги
Покращити адаптацію та розуміння, що пацієнт не сам на сам із хворобою	Теорія стресу та коупінгу	Пацієнти з нещодавньою травмою чи ускладненням, яким складно адаптуватись до нового способу життя	— Інформаційна підтримка — Емоційна підтримка — Мотивація — Дружні візити	+ Задоволеність життям + Прийняття - Депресія - Тривога - Страх невідомого
Покращити здатність управляти окремими аспектами інвалідності	Соціальна когнітивна теорія та теорія самодостатності	Пацієнти з: — низькою самодостатністю — низькою впевненістю — прогалинами у навичках самообслуговування	Інтервенції, спрямовані на розвиток нових навичок	+ Самодостатність + Активація пацієнта (залежно від навичок, на яких робиться акцент)
Посилення колективної дії проти соціальних бар'єрів	Теорія розширення можливостей	Пацієнти, які є: — соціально маргіналізованими — стигматизованими	— Навчання комунікації — Навчання впевненості в собі — Навчання про права людей з інвалідністю — Колективна дія	Соціальна зміна Критичне мислення + Впевненість
Зміна поведінки у сфері здоров'я	Теорія соціального контролю під впливом групи, теорія розповсюдження інновацій, теорія соціальної мережі	Пацієнти, яким необхідно змінити поведінку в сфері здоров'я	Фахівці «рівний-рівному» як рольова модель для зміни поведінки	+ Набуття цільової поведінки у сфері здоров'я

24 — Magasi S., Papadimitriou C. Peer Support Interventions in Physical Medicine and Rehabilitation: A Framework to Advance the Field. 2022. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022 Jul;103(7S): S222–S229. doi: 10.1016/j.apmr.2020.09.400

Цільова група

Ефективність ІРР суттєво залежить від її відповідності потребам конкретної цільової аудиторії. Це вимагає врахування не лише медичних показників, а й соціального контексту — умов життя пацієнтів, їхнього доступу до ресурсів, культурних особливостей. Наприклад, програма, створена для великого міського реабілітаційного центру, потребуватиме адаптації для реалізації у сільській місцевості. Фахівці «рівний-рівному» повинні бути гнучкими, щоб враховувати ці відмінності у своїй роботі.

Точка інтервенції

ІРР можуть реалізовуватись у різні періоди: під час стаціонарної реабілітації, на етапі повернення до громади чи в умовах незалежного життя. Кожен із цих етапів має свої переваги й виклики. Вибір точки інтервенції має базуватись на цілях програми та доступності цільової групи. Також це впливає на формат інтервенції: під час стаціонарної реабілітації доцільнішою може бути особиста підтримка в медичному закладі, тоді як після виписки — інтервенції вдома чи в громаді. Робота у громаді надає фахівцям «рівний-рівному» більшу автономію й фокус на розвитку самостійності клієнтів.

Під час визначення точки інтервенції необхідно зважати на особливості цільової групи. Наприклад, в одному з досліджень пацієнти з УСМ зазначали, що на гострому етапі травми спілкування з фахівцем «рівний-рівному» було для них передчасним. Натомість пацієнти, які прохо-

дили підготовку до ампутації, високо оцінювали можливість взаємодії з ментором уже на ранніх етапах лікування²⁵.

Послуги

Набір послуг ІРР визначається цілями програми й очікуваними результатами. Один із запропонованих у літературі підходів поділяє послуги на:

- **інформаційні** (надання порад, навчання, обмін досвідом),
- **емоційні** (емпатія, підтримка, увага до потреб),
- **рольове моделювання** (приклад успішної адаптації, зміна уявлень про інвалідність).

Фахівці «рівний-рівному», які свідомо демонструють довіру, впевненість і самодостатність, допомагають клієнтам переосмислити своє становище. ІРР часто включають філософію незалежного життя та права людей з інвалідністю, що дозволяє клієнтам краще усвідомити системні бар'єри. Важливо чітко окреслити межі відповідальності фахівців «рівний-рівному»: що належить до їхніх компетенцій, коли варто скеровувати клієнта до фахівця з реабілітації чи психічного здоров'я. Це допомагає уникнути вигорання й адаптувати навчання.

ІРР можуть проводитися індивідуально або в групі, особисто чи дистанційно — обраний формат має відповідати потребам учасників. Так само важливо визначити «дозування»: тривалість, частоту та загальний термін втручання. Наприклад, зустрічі можуть бути щотижневими чи щомісячними, а їхня тривалість — від 30 хвилин до кількох годин. Програма

повинна аргументовано задокументувати ці параметри, аби забезпечити сталість і якість реалізації.

Дослідження засвідчують, що учасники часто надають перевагу гнучким підходам — з можливістю адаптувати графік зустрічей і формат комунікації (наприклад, використовувати текстові повідомлення для коротких контактів). Більшість клієнтів цінує індивідуальне спілкування, в межах якого фахівці «рівний-рівному» надають інформацію доступнішою мовою, ніж це зазвичай роблять медичні працівники²⁶.

Оцінка — результати та процеси

Вибір результатів для оцінки IPP має базуватись на теоретичному підґрунті програми, яке визначає як цілі інтервенції, так і очікувані зміни.

Короткострокові результати повинні прямо відповідати елементам IPP. Наприклад, програми навчання можуть впливати на поведінку учасника в сфері здоров'я, знання про симптоми та навички їх менеджменту. IPP, орієнтовані на самообслуговування, мають підвищувати рівень самодостатності й активацію пацієнтів (тобто усвідомлення пацієнтом власної ролі у процесі лікування і володіння знаннями, навичками та впевненістю для управління здоров'ям). Для оцінювання таких результатів можна використовувати різноманітні методи: тести на рівень знань і навичок, опитування, самооцінки чи зворотний зв'язок від учасників програм.

Довгострокові результати відображають більш комплексний вплив IPP на життя учасників та послуги з реабілітації. Вони можуть включати:

- покращення фізичного та психічного здоров'я,
- зменшення повторних госпіталізацій і пов'язаних витрат,
- підвищення якості життя,
- соціальну інтеграцію,
- рівень соціальної активності,
- успішне повернення до професійної діяльності.

Такі результати можна відстежувати через дані електронних медичних записів, анкетування клієнтів або в рамках незалежних досліджень ефективності.

Окремо важливо проводити оцінку процесів реалізації IPP. Вона допомагає відслідковувати дотримання протоколу інтервенції, виявляти потреби в додатковому навчанні фахівців, покращувати загальну якість послуг. Методи такої оцінки можуть включати фокус-групи, інтерв'ю, аналіз документації, а також спостереження. Крім того, доцільно періодично оцінювати ефективність навчальних програм для фахівців «рівний-рівному» — це дозволяє вчасно адаптувати зміст, оновлювати методи і відповідати на нові виклики практики.

Кваліфікація фахівців «рівний-рівному»

Успішне виконання ролі «рівний-рівному» неможливе без чітко визначених професійних кордонів. Це один із ключових чинників довгострокової ефективності й емоційної безпеки програми. Часто межі ролі прописуються у внутрішніх політиках і процедурах організації.

Критерії відбору фахівців значно варіюються залежно від програми. В одних випадках кандидатів обирають

з-поміж волонтерів або колишніх пацієнтів; в інших — через конкурс чи співбесіду з фокусом на:

- попередньому досвіді підтримки інших (менторстві, адвокації),
- знаннях потреб своєї спільноти,
- готовності відкрито ділитися власним досвідом життя з інвалідністю,
- особистому прогресі в реабілітації та адаптації до нового способу життя.

У деяких програмах до фахівців «рівний-рівному» висуваються специфічні вимоги — зокрема, наявність щонайменше кількох років після травми чи досвід активної громадської діяльності. Загалом дослідження свідчать, що для учасників IPP важливою є подібність із фахівцем за такими характеристиками, як вік, стать, інтереси та рівень травми²⁷.

Ефективні фахівці «рівний-рівному» часто демонструють риси трансформаційного лідерства: надихають інших через власний приклад, підтримують віру в можливість змін, адаптують підхід до індивідуальних потреб та допомагають переосмислити проблеми й знайти рішення. Ці якості можна використовувати як орієнтири у відборі та розвитку фахівців.

Навчання

Навчання фахівців «рівний-рівному» є критично важливим етапом впровадження IPP. Його зміст і форма залежать від специфіки програми, проте література виокремлює основні теми, які мають бути охоплені. Серед них — навички міжособистісної комунікації, розуміння меж ролі та відповідальності, основи конфіденці-

йності й етичної поведінки, соціальний і культурний контекст цільової аудиторії, безпечне саморозкриття. Залежно від специфіки програми навчання може включати додаткові елементи, такі як: клінічна інформація, пов'язана з медичним станом цільової групи; техніки адвокації; основи самодопомоги та підтримки ментального здоров'я.

В наявних IPP в реабілітації тривалість навчання суттєво варіюється. Наприклад, в межах однієї з програм підтримки людей з УСМ фахівці проходили 20 годин підготовки перед початком роботи. Інша програма — з користування кріслом колісним — включала дводенний курс із постановкою цілей за моделлю SMART.

Доцільно планувати навчання з урахуванням тривалості, формату (очне, онлайн, гібридне), змісту (залежно від фокусу IPP), навчальних стратегій (доросле навчання, трансформаційне), підготовки тренерів, системи підвищення кваліфікації. Програми навчання мають включати регулярний зворотний зв'язок і доповнюватись новими компонентами відповідно до змін у контексті — наприклад, підтримкою під час соціальної ізоляції чи навичками ментальної першої допомоги.

Умови (місце) проведення IPP

Скептичне ставлення з боку медичного персоналу може знижувати ефективність IPP. Деякі дослідження у сфері ФРМ вказують на недовіру до IPP із боку працівників охорони здоров'я, зумовлену занепокоєнням щодо безпеки та добробуту пацієнтів. Наприклад, у межах одного з дослі-

джень персонал висловлював побоювання, що пацієнти можуть відчувати тиск ділитися інформацією, до розкриття якої ще не готові, перевантаження емоційно чутливими темами або ж отримувати поради, які є некоректними чи навіть потенційно шкідливими.

В межах іншого дослідження медичні фахівці висловлювали занепокоєння груповим форматом IPR. Вони зауважували, що деякі учасники можуть відчувати розчарування через порівняння власного прогресу з іншими або що на динаміку всієї групи може негативно вплинути учасник із вираженим песимізмом. Однією зі стратегій подолання такого супротиву є залучення медичних працівників до етапу розробки IPR, що сприяє формуванню відчуття спільної відповідальності та кращому розумінню специфіки інтервенції.

Окрім цього, в умовах обмежених ресурсів IPR можуть не розглядатись як пріоритетні на рівні закладу чи програми. Сам факт наявності IPR не гарантує її якісного впровадження²⁸. Для успішного функціонування IPR необхідне сприятливе організаційне середовище. Воно має включати відкритість до змін, налагоджену міжпрофесійну співпрацю між медичним персоналом та фахівцями «рівний-рівному», а також гнучку інфраструктуру підтримки й навчання, яка охоплює не лише фахівців «рівний-рівному», а й усіх залучених працівників.

Місце проведення IPR тісно пов'язане з етапом шляху пацієнта, на якому здійснюється інтервенція. Під час стаціонарної реабілітації доцільною може бути робота в межах медичного закладу – в палатах, спортзалах чи

інших доступних просторах, які дозволяють створити атмосферу довіри та конфіденційності. На етапі адаптації до самостійного життя зустрічі можуть проходити у громадських просторах, приміщеннях місцевих організацій чи навіть у домівках клієнтів. Кожне середовище має переваги і ризики. Наприклад, робота вдома знижує бар'єри пересування, проте потребує уважності до безпеки й меж взаємодії.

Важливим є також питання інтеграції фахівців до реабілітаційної команди. Автономна модель дозволяє фахівцям «рівний-рівному» зберігати незалежність і орієнтуватися на соціальні аспекти здоров'я (транспорт, житло, участь у громаді), тоді як інтегрована забезпечує доступ до спеціалістів, командну співпрацю й офіційне визнання ролі фахівця «рівний-рівному».

Супервізія

Якісна супервізія – ключовий елемент забезпечення професійної стійкості фахівців «рівний-рівному» й ефективності самої програми. Супервізори програм «рівний-рівному» зазвичай мають досвід у соціальній роботі, психології та/або реабілітації. Їхня роль полягає у регулярному моніторингу діяльності фахівців, підтримці заповнення документації та звітності, аналізі складних ситуацій. Окрім індивідуальної супервізії, практикуються групові зустрічі, де фахівці можуть обмінюватись досвідом, розглядати кейси й підтримувати одне одного. Вони можуть бути фасилітовані чи проходити в форматі рівноправного кола.

Робота в IPP, особливо з людьми в кризових станах, може бути емоційно й когнітивно виснажливою. Тому програма супервізії повинна включати чітке визначення меж ролі, створення безпечного простору для обговорення викликів, доступ до ресурсів самопомоги, регулярне оновлення навичок з управління стресом і професійного розвитку²⁹.

1.2. Огляд досвіду окремих країн

Фрагментарність програм підтримки «рівний-рівному» та обмежена інформація про них унеможливають повний опис їхнього спектра в цільових країнах. У зв'язку з цим надалі ми зосередимось на окремих прикладах програм, які мають системніший характер (наприклад, інтегровані в державні сервіси) та/або доступні корисні дані щодо організаційної моделі й ефективності.

1.2.1. США

США — країна з високим рівнем інтеграції IPP у систему охорони здоров'я та послуги для ветеранів.

1.2.1.1. ПІДТРИМКА «РІВНИЙ-РІВНОМУ» У ПРОГРАМІ MEDICAID

У 2007 році підтримка «рівний-рівному» була визнана на федеральному рівні як доказова практика у сфері психічного здоров'я та подолання залежностей. Штатам дозволили включати ці послуги до Medicaid — програми медичного страхування для вразливих груп населення. Наразі доступ до таких послуг забезпечують 48 штатів і територій США.

На федеральному рівні визначено, що послуги «рівний-рівному» мають надаватися кваліфікованими фахівцями з особистим досвідом подолання психічних розладів та/або

29 — Magasi S., Papadimitriou C. Peer Support Interventions in Physical Medicine and Rehabilitation: A Framework to Advance the Field. 2022. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022 Jul;103(7S): S222–S229. doi: 10.1016/j.apmr.2020.09.400

залежностей. Для включення послуг до Medicaid штати мають дотримуватися таких умов:

- Супервізія: повинна проводитися професіоналом у сфері психічного здоров'я. Обсяг і формат супервізії визначає кожен штат окремо.

- Координація допомоги: підтримка «рівний-рівному» має бути частиною індивідуального плану допомоги, який створюється за участі самого пацієнта з урахуванням його потреб і цілей.

- Навчання та сертифікація: є обов'язковими, однак конкретні вимоги (зміст, тривалість, формат) визначаються на рівні штатів. Окрім первинної сертифікації, передбачено подальший безперервний професійний розвиток³⁰.

Порівняльний аналіз програм підготовки фахівців «рівний-рівному» у різних штатах³¹ показує їхню варіативність за змістом, тривалістю та вимогами до кандидатів і тренерів. У 2023 році Адміністрація у справах психічного здоров'я та подолання залежностей (SAMHSA) розробила Національні модельні стандарти сертифікації фахівців «рівний-рівному»³². Хоча вони не є обов'язковими, штати можуть використовувати їх як орієнтир для уніфікації практик. Стандарти рекомендують навчання тривалістю 40–60 годин і практику (оплачувану та/або волонтерську) до 120 годин.

1.2.1.2. ДЕРЖАВНІ ПОСЛУГИ «РІВНИЙ-РІВНОМУ» ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ

У сфері допомоги ветеранам підтримка «рівний-рівному» реалізована як окрема професія — peer specialist або peer support technician — у межах Адміністрації у справах здоров'я ветеранів (VHA). Фахівці «рівний-рівному» є штатними працівниками державної системи й інтегровані в низку програм, зокрема: стаціонарне лікування психічних розладів; амбулаторні центри психічного здоров'я; центри психосоціальної реабілітації; програми подолання залежностей; програми реабілітації в стаціонарі для людей із психічними розладами; послуги професійної реабілітації; інтегровані команди первинної допомоги; програми правової підтримки; програми допомоги бездомним людям; кризова лінія підтримки для ветеранів.

У системі VHA працює приблизно 1 400 фахівців «рівний-рівному». Вони є членами мультидисциплінарних команд, які надають послуги у згаданих сферах³³. Такий статус дозволяє вирішувати деякі бар'єри у впровадженні IPP, забезпечуючи: роботу в команді задля досягнення спільних цілей; доступ до медичних записів; звітування в єдиній системі; офіційні трудові права (наприклад, оплачувані лікарняні).

VHA має численні настанови щодо фахівців «рівний-рівному» в галузі психічного здоров'я та психосоціальної реабілітації. Водночас одна з ключових засад — гнучкість: роль фахівця не є повністю стандартизованою й адаптується до специфіки послуги та потреб команди. До вклю-

30 — Peer Recovery Center of Excellence. Medicaid Reimbursement for Peer Support Services: A Detailed Analysis of Rates, Processes, and Procedures. 2024. Peer Recovery Center of Excellence, University of Missouri — Kansas City. <https://policycentermmh.org/app/uploads/2024/07/May-2024-Peer-Excellence-Medicaid-Reimbursement-Report.pdf>

31 — Peer Recovery Center of Excellence. The Comparative Analysis of State Requirements for Peer Support Specialist Training and Certification in the United States. 2023.

32 — Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Model Standards for Peer Support Certification, Publication No. PEP23-10-01-001. 2023. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-10-01-001.pdf>

33 — U.S. Department of Veteran Affairs. Peer Support Services in VA. Accessed on 8 April 2025. Available from: https://www.veteranshealthlibrary.va.gov/142,41684_VA

чення фахівця в команду мають бути визначені: мета залучення; профіль та кваліфікація; посадові обов'язки; потреби в навчанні та супервізії; межі професійної ролі; політики конфіденційності; підходи до розкриття особистого досвіду³⁴.

Фахівці «рівний-рівному» повинні мати сертифікацію від навчальної програми одного зі штатів (див. попередній підпункт) або пройти спеціалізовану підготовку від VHA. Також вони зобов'язані щорічно проходити щонайменше 12 годин навчання у межах безперервного професійного розвитку³⁵.

Крім обов'язкового навчання, рекомендується додаткова підготовка у мультидисциплінарній команді. Наприклад, команда може проводити для фахівців «рівний-рівному» тренінги щодо вимог документообігу та заповнення медичних карт; реагування на кризу у ветерана; ознайомлення з політиками VHA; поведінки у надзвичайних ситуаціях. На етапі входження до команди фахівцеві можуть бути надані можливості слідування (shadowing), щоб спостерігати за роботою інших спеціалістів³⁶.

У системі первинної допомоги VHA впроваджено модель пацієнтоорієнтованих команд (Patient-Aligned Care Team, PACT). Команду очолює лікар первинної допомоги, який координує весь спектр медичної допомоги ветерану, в тому числі співпрацю зі спеціалістами вузького профілю. З 2014 року до PACT почали залучати фахівців «рівний-рівному», що стало

значним зрушенням у використанні IPP — від вузької психологічної допомоги до ширшого менторства у сфері змін поведінки ветеранів у питаннях здоров'я³⁷.

1.2.1.3. ПІДХІД «РІВНИЙ-РІВНОМУ» У ФРМ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ

Практика IPP у ФРМ в межах VHA є менш уніфікованою, ніж у сфері психічного здоров'я. Директива VHA щодо надання ветеранам послуг ФРМ³⁸ не включає фахівців «рівний-рівному» до рекомендованого складу МРК, але заохочує консультації з групами взаємодопоміжки. Специфічні правила для таких груп не встановлені.

Водночас спільна клінічна настанова Департаменту у справах ветеранів та Департаменту оборони США щодо реабілітації після ампутації нижньої кінцівки³⁹ допускає залучення тренуваних фахівців «рівний-рівному» до команди допомоги (Amputation Care Team). Настанова рекомендує використовувати IPP як компонент реабілітації для покращення психосоціального стану пацієнта. Рівень цієї рекомендації — середній через обмежену доказову базу.

Рекомендація базується на одному РКД, в межах якого порівнювали ефективність програми VETPALS (Vet's Promoting Amputee Life Skills) — навчання навичкам самообслуговування за участі фахівця-медика та

34 — Peer Specialist Toolkit. Implementing Peer Support Services in VHA. 2013. https://www.mirecc.va.gov/visn4/docs/peer_specialist_toolkit_final.pdf

35 — VHA Directive 1163. Psychosocial Rehabilitation and Recovery Services. https://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=8438

36 — Peer Specialist Toolkit. Implementing Peer Support Services in VHA. 2013. https://www.mirecc.va.gov/visn4/docs/peer_specialist_toolkit_final.pdf

37 — Chinman M. et al. Provision of peer specialist services in VA patient-aligned care teams: protocol for testing a cluster-randomized implementation trial. 2017. Implementation Science 12, 57. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0587-7>

38 — VHA Directive 1170.03 Physical Medicine and Rehabilitation Service. 2024. https://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=12081

39 — VA/DoD Clinical Practice Guideline for Rehabilitation of Individuals with Lower Limb Amputation. Version 3.0 — 2024. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/amp/LLA-CPG_2024-Guideline_final_20250110.pdf

ветерана з ампутацією — з традиційним навчанням медичними фахівцями без елементу «рівний-рівному». Через шість місяців учасники групи VETPALS мали кращі психосоціальні показники та якість життя, хоча їхнє фізичне функціонування не відрізнялось статистично.

Розробники настанови відзначають, що інші дослідження IPP для людей з ампутаціями нижньої кінцівки мають слабку якість. Тим не менш, якісні дослідження та відгуки ветеранів свідчать про користь IPP. Тож навіть з обмеженою доказовістю ці інтервенції вважаються такими, що мають потенціал і переважають ризики.

Настанова також підтримує рекомендації Міжнародної комісії з акредитації реабілітаційних закладів (CARF International), щоб фахівець «рівний-рівному» мав подібний до пацієнта вік, стать і тип ампутації. Перше знайомство з пацієнтом бажано проводити особисто, а далі можлива дистанційна форма взаємодії. У невеликих реабілітаційних центрах або сільських місцевостях впровадження IPP має бути зваженим через обмежені ресурси. Попри те що IPP можуть бути економними, вони все одно потребують організаційних інвестицій.

Окремо підтримується інтеграція групової підтримки «рівний-рівному» в поведінкові інтервенції для ветеранів з ампутаціями — поряд з консультаціями, фармакотерапією тощо. Рівень цієї рекомендації також є середнім. Загалом настанова підкреслює потребу в подальших дослідженнях щодо оптимальної моделі IPP, навчання фахівців «рівний-рівному», а також впливу інтервенцій на пацієнтів і їхні родини.

Аналогічний підхід відображено й у спільній клінічній настанові Департаменту у справах ветеранів і Департаменту оборони США щодо реабілітації людей з ампутацією верхньої кінцівки⁴⁰. У цьому документі також рекомендовано включати підтримку «рівний-рівному» до процесу реабілітації, попри визнану обмеженість доказової бази. Це вкотре підкреслює загальну тенденцію підтримки IPP у ФРМ, навіть в умовах недостатньої кількості високоякісних досліджень та відсутності детальних доказових рекомендацій щодо кращих практик.

1.2.2. КАНАДА: ДЕРЖАВНІ ПОСЛУГИ «РІВНИЙ- РІВНОМУ» ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ

З 2001 року в Канаді діє Operational Stress Injury Social Support (OSISS) — державна програма підтримки за принципом «рівний-рівному» для військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей, які переживають травму від стресу, пов'язаного зі службою. Цей термін описує психологічні наслідки військової служби, зокрема ПТСР, тривожні й депресивні стани, розлади сну, залежності та інші супутні порушення психічного здоров'я.

Програму реалізують спільно Департамент національної оборони та Департамент у справах ветеранів Канади. В OSISS працює близько 70 штатних координаторів, які організують діяльність мережі волонтерів — фахівців із досвідом власної травми внаслідок стресу, пов'язаного зі службою. Станом на 2020 рік у програмі налічувалося 127 таких волонтерів.

Координатори й волонтери проходять спеціалізоване навчання. Його проводять клінічні психологи із

40 — VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Upper Limb Amputation Rehabilitation. Version 2.0 — 2022. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACPG_Final_508.pdf

мережі клінік Operational Stress Injury National Network, що надають допомогу ветеранам і членам їхніх родин. Крім того, психологи консультують фахівців «рівний-рівному» в процесі їхньої роботи.

Основні цілі програми:

- Зменшення ризику самопошкоджень і бездомності серед ветеранів;
- Поліпшення психічного здоров'я та загального добробуту;
- Заохочення звернень по медичну допомогу й дотримання плану лікування;
- Зниження стигматизації психічних розладів, пов'язаних із військовою службою;
- Розширення доступу до послуг;
- Полегшення переходу до цивільного життя⁴¹.

Попри понад 20 років реалізації, дані щодо ефективності OSISS є обмеженими. Так, дослідження 2017 року показало, що протягом року близько 20% військовослужбовців Збройних сил Канади зверталися по професійну психологічну допомогу, але лише 1,2% скористалися послугами OSISS – переважно у вигляді доповнення до спеціалізованої медичної підтримки. Більшість користувачів програми відзначили її як «принаймні певною мірою корисну»⁴².

У 2021 році розслідування, проведене Уповноваженим у справах ветеранів Канади, виявило відсутність належної системи оцінки ефективності програми. Органи державної влади не мали доступу до достатніх даних щодо діяльності OSISS, що унеможливило вимірювання її результативності⁴³.

1.2.3. ЛИТВА

Нам не вдалося ідентифікувати високоякісні академічні чи урядові джерела щодо впровадження IPP у реабілітації в Литві. Однак своїм досвідом у цій сфері з нами поділився представник литовської ГО у письмовому інтерв'ю. Наведена далі інформація відображає особисті спостереження нашого респондента.

У Литві підхід «рівний-рівному» найефективніше застосовується у реабілітації військових, ветеранів та людей з УСМ (незалежно від ветеранського статусу). Більшість таких ініціатив реалізуються неурядовими організаціями, такими як Благодійний фонд Broliai Aitvarai та Литовська асоціація параплегиків. Роль фахівців «рівний-рівному» не завжди є формально описаною, але часто включає емоційну підтримку, наставництво, розвиток навичок самообслуговування та мотивацію до участі в реабілітації. Підбір фахівців здійснюється за принципом подібності життєвого досвіду (тип травми, військовий досвід), що дозволяє встановити довіру.

IPP зазвичай впроваджуються на етапі реабілітації, коли фізична стабільність пацієнта вже відновлена, але залишаються психосоціальні виклики. Інтервенції проводяться особисто, індивідуально чи в малих групах, найчастіше в реабілітаційних або рекреаційних закладах із відповідною інфраструктурою. Тривалість – 1–3 зустрічі на тиждень протягом кількох тижнів чи місяців.

У Литві відсутні національні стандарти підготовки чи сертифікації

41 – Canadian Forces Morale and Welfare Services. Operational Stress Injury Social Support (OSISS). Accessed on 10 April 2025. Available from: [https://cfmws.ca/support-services/health-wellness/mental-health/operational-stress-injury-social-support-\(osiss\)](https://cfmws.ca/support-services/health-wellness/mental-health/operational-stress-injury-social-support-(osiss))

42 – Duranceau S., Angehrn A., Zamorski M. A. & Carleton R. N. Use of the Operational Stress Injury Social Support (OSISS) Program in a Nationally Representative Sample of Canadian Active Duty Military Personnel. 2022. Military Behavioral Health, 10(4), 397–407. <https://doi.org/10.1080/21635781.2022.2057374>

43 – Government of Canada – Veterans Ombudsman. Peer Support for Veterans who have Experienced Military Sexual Trauma. Investigative Report. 2021. <https://ombudsman-veterans.gc.ca/sites/default/files/2023-01/Peer%20Support%20for%20Veterans%20who%20have%20Experienced%20Military%20Sexual%20Trauma.pdf>

фахівців «рівний-рівному», як і державне регулювання таких ініціатив. Навчання здійснюється на рівні окремих неурядових організацій, різняться за структурою та змістом і часто включає модулі з першої психологічної допомоги, комунікації, етики та попередження вигорання. Фахівці «рівний-рівному» можуть бути інтегровані до МРК або працювати автономно. Інтеграція забезпечує кращу координацію процесу реабілітації, але і вимагає ретельнішої супервізії.

Оцінка IPP в Литві є переважно неформальною і часто базується на відгуках учасників. Визнається необхідність запровадження більш структурованих, доказових інструментів оцінки (з поєднанням кількісних та якісних методів) для кращого розуміння ефективності програм, підвищення довіри до них і сприянню розробці нових ініціатив.

1.2.4. ПІДТРИМКА «РІВНИЙ-РІВНОМУ» В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З УСМ: ПРИКЛАДИ ДАНІЙ ТА ШВЕЙЦАРІЇ

1.2.4.1. ДАНІЯ

У Данії існує лише два спеціалізовані реабілітаційні центри для людей з УСМ. Обидва мають тривалий досвід застосування IPP, однак у 2016 році на їх базі впровадили стандартизовану національну пілотну програму наставництва «рівний-рівному» як доповнення до професійної реабілітації⁴⁴.

Програму розробили у співпраці між реабілітаційними центрами й пацієнтською організацією. Участь у ній могли взяти всі дорослі стаціонарні

пацієнти з УСМ. Виняток становили випадки, коли стан пацієнта вимагав спеціалізованої взаємодії — наприклад, за наявності деменції, значних когнітивних порушень чи психічних розладів.

У кожному центрі працювали двоє координаторів програми: один представник медичного персоналу та один координатор «рівний-рівному» — людина з досвідом життя після травми. Вони відповідали за підбір учасників, формування пар «ментор-пацієнт», організацію зустрічей, збір зворотного зв'язку та розв'язання поточних організаційних питань.

До участі в програмі було залучено 57 волонтерів-менторів. Усі мали щонайменше дворічний досвід життя після травми, демонстрували високу адаптованість до власного стану, відкритість і толерантність. Відповідність цим критеріям оцінював медичний персонал, що добре знав кандидатів завдяки довготривалому фоллоу-апу в системі реабілітації.

Ментори проходили груповий навчальний семінар (тривалість — 3 години), який охоплював етичні та правові аспекти, конфіденційність і роль ментора. Особливу увагу приділяли чіткому розмежуванню між особистим досвідом і медичною допомогою. Навчання проводив середній медичний персонал, психологи та інші фахівці. Упродовж програми для менторів проводили групові супервізійні зустрічі з обміном досвідом. Також вони мали доступ до професійної психологічної підтримки. Ментори діяли на волонтерських засадах, але їм компенсували витрати на проїзд.

Менторська підтримка надавалась у формі особистих зустрічей

44 — Hoffmann D.D., Sundby J., Biering-Sørensen F., Kasch H. Implementing volunteer peer mentoring as a supplement to professional efforts in primary rehabilitation of persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2019. Oct;57(10):881–889. doi: 10.1038/s41393-019-0294-0

у центрі чи в іншій зручній локації. Точка інтервенції та періодичність зустрічей визначались індивідуально за участі пацієнта, ментора, координаторів і медичного персоналу. Зазвичай пацієнтам пропонували три сесії з можливістю продовження за потреби. Менторів добирали з урахуванням віку, статі, рівня травми, інтересів та інших характеристик, важливих для самих пацієнтів. Найчастіше під час сесій обговорювались питання життя після виписки та вирішення повсякденних труднощів, пов'язаних зі станом пацієнта.

Оцінювання програми здійснювали шляхом анкетування пацієнтів до і після участі. Результати показали зниження симптомів депресії, покращення якості життя та високий рівень задоволеності – 94% учасників рекомендували програму іншим. Водночас дослідження не включало контрольну групу, що ускладнює оцінку впливу саме IPP на покращення показників. Не було виявлено змін у рівні болю чи залежності ефекту від кількості сесій.

Автори дійшли висновку, що впровадження національної програми «рівний-рівному» в умовах спеціалізованої реабілітації є можливим та ефективним. Вони підкреслили потребу у створенні структурованої національної системи навчання менторів та проведенні подальших рандомізованих досліджень для оцінки довгострокового впливу IPP.

1.2.4.2. ШВЕЙЦАРІЯ

Швейцарський центр параплегії (Ноттвіл) – спеціалізований заклад, який надає повний спектр по-

слуг пацієнтам з УСМ: від допомоги у гострому періоді після травми до життєвої реабілітації. Він пропонує комплексну програму підтримки «рівний-рівному» як стандартний компонент послуг⁴⁵.

В центрі працює команда з чотирьох фахівців «рівний-рівному». Вони є штатними працівниками та інтегровані в реабілітаційну команду разом із лікарями, медсестрами, фізіотерапевтами тощо. Додаткових менторів залучають для пацієнтів, які не володіють основними мовами центру чи мають медичні стани, відмінні від УСМ. Програма охоплює понад 80% пацієнтів із нещодавнім УСМ, що становить близько 150 осіб на рік. Також фахівці «рівний-рівному» надають підтримку рідним пацієнтів.

Ментори підбираються переважно за збігом у травмі та статі. Перша зустріч із ментором зазвичай відбувається через місяць після надходження пацієнта до закладу, коли той проходить гостру фазу лікування. Після цього графік зустрічей визначається індивідуально. Зустрічі проводяться в гнучкому форматі – індивідуально, у зручний для пацієнта час, вільний від основної терапії. Пацієнти можуть ставити менторам запитання, ділитися сумнівами й отримувати практичні поради.

Програма також передбачає групові семінари (Para Know-how) за участі досвідчених пацієнтів, які діляться знаннями з новачками. Крім того, щомісяця організовуються виїзди в громаду (наприклад, у магазини чи на спортивні події), щоб пацієнти в супроводі менторів і медичних працівників могли практикувати навички в реальному середовищі. У центрі також проводяться вечори-зустрі-

45 – Swiss Paraplegic Center. Peer Support and Work with Families. Accessed on 14 April 2025. Available from: <https://www.paraplegie.ch/spz/en/patients-and-visitors/patient-information/peer-support-and-work-relatives/>

чі (Rolli-Talks), де обговорюють теми доступності, спорту, реабілітаційних технологій тощо.

Оцінка програми показала високий рівень задоволеності як серед пацієнтів, так і серед фахівців «рівний-рівному». Пацієнти описували зустрічі з менторами як практичні, мотиваційні й орієнтовані на пошук рішень. Вони відзначали відкритість менторів, які ставали для них прикладом успішної адаптації. Важливою була можливість обговорювати з ментором будь-які питання, особливо ті, які пацієнти не завжди порушували з медичним персоналом, — зокрема теми особистої гігієни, сексуальності, стосунків, подорожей та побуту.

Пацієнти зазначали, що поради менторів часто були більш прикладними й адаптованими до реального життя, ніж рекомендації медичного персоналу. Вони сприймали збіг у використанні крісла колісного як головний елемент ідентифікації з ментором, а також цінували схожість у віці, статі й інтересах. Інтимні питання частіше обговорювали з менторами тієї ж статі. Значну роль відігравали також неформальні, випадкові контакти з менторами у клініці — наприклад, короткі розмови під час вечері чи прогулянки.

Ментори зазначали, що робота приносить їм задоволення, але потребує емоційної витривалості. Найбільшим викликом було визначити оптимальний час для першої зустрічі, особливо з пацієнтами з високим рівнем травми, які потребували більше часу для готовності до спілкування. Виїзди за межі лікарні, групові активності та неформальні вечори теж сприймалися як важливі складові взаємної підтримки.

Ментори також зауважували, що глибокий особистісний зв'язок з пацієнтами потребує чіткого розуміння власних кордонів, щоб уникати вторинної травматизації. Те, що ментори були штатними працівниками закладу, спрощувало комунікацію, допомагало пацієнтам почуватися в безпеці з точки зору конфіденційності, а також сприяло підтримці з боку інших членів реабілітаційної команди. Водночас оцінка програми закликала до додаткового навчання менторів з подолання стресу та/або надання їм професійної супервізії, з огляду на емоційні навантаження в їхній роботі⁴⁶.

1.2.5. ПІДТРИМКА «РІВНИЙ-РІВНОМУ» В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З АМПУТАЦІЯМИ: ПРИКЛАДИ ВЕЛИКОЇ БРИТАНІЇ ТА НІМЕЧЧИНИ

1.2.5.1. ВЕЛИКА БРИТАНІЯ

У Великій Британії понад 20 років працює програма Volunteer Visitor від благодійної організації Limbless Association. Вона поєднує людей зі щойно набутою ампутацією кінцівок чи людей, які готуються до ампутації, з наставниками-волонтерами, які самі пережили таку ж втрату кінцівки. Усі наставники мають щонайменше дворічний досвід адаптації до життя після ампутації, а також проходять перевірку на наявність судимостей⁴⁷.

У 2021 році організація запровадила структуровану шестимісячну програму підготовки волонтерів. Після завершення навчання волонтери отримують доступ до супервізії та можливостей професійного розвитку, що

46 — Roth K., Mueller G., Wyss A. Experiences of peer counselling during inpatient rehabilitation of patients with spinal cord injuries. 2019. Spinal Cord Series and Cases. Jan 15;5:1. doi: 10.1038/s41394-018-0144-x

47 — Limbless Association. Amputees Supporting Amputees. Find out how our peer mentoring service can help you. Accessed on 15 April 2025. Available from: <https://limbless-association.org/volunteer-visitors/>

сприяє якості й безпечності надання допомоги⁴⁸.

Підтримка надається у форматі індивідуальних сесій тривалістю близько години, що проводяться дистанційно – телефоном або онлайн. Як правило, передбачено одну-дві сесії для одного клієнта, однак їх кількість може бути збільшена за потреби. Всі зустрічі координуються централізовано через Limbless Association і записуються задля гарантування безпеки⁴⁹. Тематика обговорень визначається індивідуально відповідно до запитів клієнта. Часто йдеться про психологічну адаптацію, догляд за куксою, протезування, повернення до роботи, активне дозвілля, питання набуття статусу інвалідності та соціальних прав⁵⁰.

Окрім індивідуальних сесій, організація проводить навчальний курс Training To Be An Amputee (очно, загальною тривалістю 10 годин). Він охоплює права людей з інвалідністю, доступ до реабілітаційних ресурсів, а також основи незалежного життя після ампутації⁵¹.

Пацієнти можуть отримати доступ до програми за направленням медичних працівників, за ініціативою родичів або шляхом самозвернення. Інформація про Volunteer Visitor включена до інформаційних матеріалів Національної служби здоров'я Великої Британії (NHS)⁵².

Клінічна настанова Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги Великої Британії (NICE)⁵³ рекомендує надавачам реабілітаційних послуг в NHS повідомляти пацієнтів про можливості підтримки «рівний-рівному» і надавати їм контакти відповідних організацій. Також постанова заохочує проведення груп взаємопідтримки під час реабілітації в стаціонарі.

Хоча формальних даних оцінки ефективності програми Volunteer Visitor у відкритих джерелах немає, свідчення учасників вказують на її позитивний вплив⁵⁴.

1.2.5.2. НІМЕЧЧИНА

Одним із найбільш інституціоналізованих прикладів підтримки «рівний-рівному» в Європі є німецька програма Peers im Krankenhaus (PiK – «Рівні в лікарні»). Ініціатива була започаткована у 2010 році в лікарні Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) та згодом масштабована на національному рівні⁵⁵. Її координує Федеральна асоціація людей з ампутацією рук і ніг (BMAB) у співпраці з реабілітаційними центрами та страховими фондами, зокрема DGUV (державне страхування від нещасних випадків) та AOK Nordost⁵⁶.

48 – Limbless Association. For Professionals Supporting Amputees. A Guide to the Volunteer Visitor service and volunteering programme. Accessed on 15 April 2025. Available from: <https://limbless-association.org/vv-for-professionals/>

49 – Limbless Association. Amputees Supporting Amputees. Find out how our peer mentoring service can help you. Accessed on 15 April 2025. Available from: <https://limbless-association.org/volunteer-visitors/>

50 – Limbless Association. Volunteer Visitor Leaflet. N/D. <https://keepingmewell.com/wp-content/uploads/2021/09/LA-Volunteer-Visitor-Leaflet-Service-User-compressed.pdf#:~:text=The%20VV%20programme%20has%20been,clinical%20service.%20Who%20are%20%E2%80%98Volunteer%20AOVisitors%E2%80%99>

51 – Limbless Association. Training To Be An Amputee. Accessed on 15 April 2025. Available from: <https://limbless-association.org/amputee-learning-hub/ttbaa-fft/>

52 – Sherwood Forest Hospitals NHS Foundation Trust. Information for patients – Rehabilitation following lower limb amputation. N/D. <https://www.sfh-tr.nhs.uk/media/jjh3fgk/pil202410-06-rfla-rehabilitation-following-lower-limb-amputation.pdf#:~:text=,association.org.%20Derby>

53 – NICE Guideline. Rehabilitation after traumatic injury. 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng211/chapter/Recommendations>

54 – Batchelor A. No amputee should cope alone: the life-changing support of the Limbless Association. 2025. RWK Goodman. <https://www.rwkgoodman.com/info-hub/tac-14-no-amputee-should-cope-alone-the-life-changing-support-of-the-limbless-association/#:~:text=At%20the%20Limbless%20Association%2C%20we,connect%20with%20others%20who%20understand>

55 – Greitemann, B. Laudatio zur Verleihung der Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille an Dagmar Marth. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) [Laudation for the awarding of the Kurt-Alphons-Jochheim Medal to Dagmar Marth. German Association for Rehabilitation (DVfR)]. 2019. https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Jochheim_Medaille/KAJ-Medaille_2019_Laudatio_Greitemann_Ef_bf.pdf

56 – BMAB. Peer Support for Amputees in the Hospital and in the Community. 2019. <https://www.ic2a.eu/wp-content/uploads/2019/10/Peer-Support-for-Amputees-Dieter-Juptner-BMAB-Germany.pdf#:~:text=Peers%20have%20to%20be%20trained,staff%20physiotherapists%20and%20orthopaedic%20technicians>

У клінічному сценарії ініціатором запрошення фахівця «рівний-рівному» є лікар або МРК. За згоди пацієнта організовується перша особиста зустріч (зазвичай протягом тижня), а за потреби проводяться повторні⁵⁷. Розмова конфіденційна та не протоколюється. Ментори не дають медичних порад і не нав'язують рішень, але можуть передати важливу інформацію лікарю, якщо це відповідає інтересам пацієнта⁵⁸. Станом на 2020 рік участь у програмі в UKB брали 60–70% пацієнтів з ампутацією. Консультації в UKB надають 12 менторів, які діють як волонтери в межах офіційної співпраці з лікарнею⁵⁹.

На основі досвіду UKB ВМАВ створила стандартизовану систему підготовки та сертифікації менторів. Основні вимоги до фахівців «рівний-рівному»: ампутація не менше трьох років тому, емоційна стабільність, активне членство в ВМАВ. Навчання включає:

2-денний базовий курс (медичні, психологічні, правові аспекти, комунікація, практика) – 2 бали;

щорічні національні, регіональні та локальні заходи (семінари, зустрічі) – 12 балів.

Для первинної сертифікації потрібно набрати 14 балів. Посвідчення оновлюється щороку шляхом підтвердження підвищення кваліфікації. ВМАВ покриває витрати на участь у навчанні (транспорт, проживання,

добові). Окремі елементи навчання доступні також для персоналу реабілітаційних центрів, які впроваджують IPP у своїх установах⁶⁰.

Інструмент PeerMap, що веде-ся ВМАВ та DGUV, дає змогу лікарням знайти сертифікованих менторів у своєму регіоні⁶¹. Після отримання письмової згоди пацієнта організовується зустріч, яка фіксується у спеціальній формі. Участь родичів дозволена за запитом пацієнта⁶². Враховуючи успішність моделі PiK, DGUV почала поширювати її на інші медичні стани, такі як онкологія, розсіяний склероз, психічне здоров'я та УСМ⁶³.

1.2.6. ПІДТРИМКА «РІВНИЙ-РІВНОМУ» В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ: ПРИКЛАД НІДЕРЛАНДІВ

У Нідерландах була реалізована структурована програма наставництва Mentor Support для молоді з порушеннями зору, інтегрована в систему реабілітаційних послуг. Mentor Support поєднувала молодих людей (15–22 років) із порушеннями зору з наставниками-волонтерами, які успішно адаптувалися до життя після втрати зору (частина наставників були зрячими для порівняння). Метою програми було допомогти підліткам покращити участь у соціальному

57 – ВМАВ. PiK – Peers im Krankenhaus [Peers in hospitals]. Accessed on 15 April 2025. Available from: https://www.bmab.de/peersimkrankenhaus/?utm_source=chatgpt.com&v=5f02f0889301

58 – Greitemann, B. Laudatio zur Verleihung der Kurt-Alphons-Jochheim-Medaille an Dagmar Marth. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) [Laudation for the awarding of the Kurt-Alphons-Jochheim Medal to Dagmar Marth. German Association for Rehabilitation (DVfR)]. 2019. https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Jochheim_Medaille/KAJ-Medaille_2019_Laudatio-Greitemann_Ef_bf.pdf

59 – REHACARE International. Peer Counseling in hospitals: Empowering amputees. 2020. https://www.rehacare.com/en/Media_News/Archive/Topics_of_the_Month/2020/February_2020_Empowerment_at_eye_level_%E2%80%93_Peer_Counseling/Peer_Counseling_in_hospitals_Empowering_amputees#:~:text=Whether%20it%E2%80%99s%20motivating%20patients%20throughout,a%20positive%20perspective%20on%20life

60 – ВМАВ. PiK – Peers im Krankenhaus [Peers in hospitals]. Accessed on 15 April 2025. Available from: https://www.bmab.de/peersimkrankenhaus/?utm_source=chatgpt.com&v=5f02f0889301

61 – REHACARE International. Peer Counseling in hospitals: Empowering amputees. 2020. https://www.rehacare.com/en/Media_News/Archive/Topics_of_the_Month/2020/February_2020_Empowerment_at_eye_level_%E2%80%93_Peer_Counseling/Peer_Counseling_in_hospitals_Empowering_amputees#:~:text=Whether%20it%E2%80%99s%20motivating%20patients%20throughout,a%20positive%20perspective%20on%20life

62 – ВМАВ. PiK – Peers im Krankenhaus [Peers in hospitals]. Accessed on 15 April 2025. Available from: https://www.bmab.de/peersimkrankenhaus/?utm_source=chatgpt.com&v=5f02f0889301

63 – REHACARE International. Peer Counseling in hospitals: Empowering amputees. 2020. https://www.rehacare.com/en/Media_News/Archive/Topics_of_the_Month/2020/February_2020_Empowerment_at_eye_level_%E2%80%93_Peer_Counseling/Peer_Counseling_in_hospitals_Empowering_amputees#:~:text=Whether%20it%E2%80%99s%20motivating%20patients%20throughout,a%20positive%20perspective%20on%20life

житті, зокрема в навчанні, дозвіллі та взаєминах із однолітками.

Кожному учаснику призначався наставник, з яким проводилося близько 12 особистих зустрічей за рік. Сесії відбувалися у звичному для підопічних середовищі – у громадських просторах або поруч із домом. Тематика зустрічей охоплювала три сфери: навчання та роботу, дозвілля і соціальну взаємодію. Зміст сесій підбирався індивідуально – від освоєння маршруту до нової спортивної секції до відпрацювання соціальних навичок або відвідування місця роботи наставника.

Програму координували дві національні організації у сфері реабілітації людей із порушеннями зору – Bartiméus та Royal Dutch Visio. Вони відповідали за підбір учасників і наставників, розробку навчальних матеріалів і підтримку процесу. Було розроблено методичний посібник, що описував структуру зустрічей і пропонував учасникам практичні завдання, а також вебсайт, доступний для користувачів із вадами зору. Наставники заповнювали стандартизовані форми після кожної зустрічі, що дозволяло відстежувати процес і надавати супервізійну підтримку⁶⁴.

Програму оцінювали в РКД за участю 76 молодих людей з порушеннями зору. Дослідження не показало значущих відмінностей у рівні соціальної участі (залученості у навчання чи роботу, активності у дозвіллі, соціальних контактах) порівняно з контрольною групою, яка отримувала лише стандартні реабілітаційні

послуги без наставництва. Водночас учасники, які мали наставників із власним досвідом втрати зору, повідомляли про вищий рівень задоволеності підтримкою, ніж ті, чиї наставники були зрячими чи ті, хто взагалі не мав наставника. Це свідчило про додану вартість саме «рівного» досвіду у побудові довірливих стосунків⁶⁵.

Досвід реалізації Mentor Support виявив і низку труднощів. Значна частина пар «наставник-підопічний» припиняла контакти достроково, переважно з ініціативи молодих учасників. Основною причиною респонденти називали недостатні комунікативні навички наставників, що ускладнювало формування довірливих відносин. Це було особливо помітно серед наставників, які самі мали порушення зору й не завжди могли ефективно допомогти у сферах, що виходили за межі їхнього досвіду.

На основі результатів дослідники зробили висновок про необхідність ґрунтовнішої підготовки наставників: їм потрібні не лише власні історії успішної адаптації, а й навички комунікації, підтримки молоді та розуміння реалістичних цілей. Водночас підопічних також слід готувати до взаємодії з наставником, щоб уникати завищених очікувань⁶⁶.

64 – Heppe EC, Kef S, Schuengel C. Testing the effectiveness of a mentoring intervention to improve social participation of adolescents with visual impairments: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015 Nov 5;16:506. doi: 10.1186/s13063-015-1028-z. PMID: 26541963; PMCID: PMC4635581. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4635581/#:~:text=Participants%20will%20be%20recruited%20through,social%20media%2C%20Internet%2Fmagazine%2Fwebsite%20advertisements%2C%20and>

65 – Heppe ECM, Willemsen AM, Kef S, Schuengel C. Improving social participation of adolescents with a visual impairment with community-based mentoring: results from a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil*. 2020 Nov;42(22):3215–3226. doi: 10.1080/09638288.2019.1589587. Epub 2019 May 8. PMID: 31066313. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31066313/#:~:text=resulted%20in%20no%20benefits%20for,helpful%20for%20those%20with%20a>

66 – Heppe, Eline & Kupersmidt, Janis & Kef, Sabina. Reasons for Premature Closure of a Mentoring Relationship: A Qualitative Study of Mentoring Youth With a Visual Impairment. 2021. *Journal of Adolescent Research*. 39. 074355842110348. 10.1177/07435584211034874. https://www.researchgate.net/publication/354806148_Reasons_for_Premature_Closure_of_a_Mentoring_Relationship_A_Qualitative_Study_of_Mentoring_Youth_With_a_Visual_Impairment#:~:text=matches%20containing%20mentors%20with%20or,programs%20serving%20youth%20with%20VI

Розділ 2

Огляд досвіду України

2.1. Підхід «рівний-рівному» в сфері психічного здоров'я

2.1.1. НОРМАТИВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ

В Україні підхід «рівний-рівному» у сфері психічного здоров'я визнано на законодавчому рівні. Закон «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні»⁶⁷ (набере чинності у 2026 році) закріплює поняття неформальної допомоги в цій сфері, що ґрунтується на особистому досвіді, громадських ініціативах і принципі «рівний-рівному». Вона доповнює професійну підтримку фахівців і, за потреби, має супроводжуватися супервізією. Такі послуги визначені формою психосоціальної допомоги.

Закон визначає основні завдання програм і груп підтримки «рівний-рівному», зокрема:

- створення безпечного й освітнього середовища для розвитку соціальних зв'язків і відчуття належності до спільноти людей з подібним досвідом;
- надання позитивного прикладу та підтримки;
- запобігання розвитку чи поглибленню психічних розладів;
- посилення психологічної стійкості, мотивації звертатися по допо-

могу, розвиток впевненості, комунікативних і соціальних навичок.

Крім того, різні організації створили матеріали, покликані сприяти застосуванню підходу «рівний-рівному» у психосоціальній допомозі. Наприклад, Міністерство у справах ветеранів України (Мінветеранів) у співпраці з проектом Mental Health for Ukraine (МН4U) та Національною психологічною асоціацією розробило рекомендації щодо створення ветеранських груп психосоціальної підтримки⁶⁸. Документ спрямований на розвиток місцевих ініціатив і описує механізми створення груп самопомоги в громадах. Крім цих рекомендацій, існують і інші посібники – наприклад, «Групи Самопомоги: теорія і практика» від Ресурсного центру ГУРТ, розроблений за підтримки Програми ООН із відновлення та розбудови миру⁶⁹.

Модель «рівний-рівному» також передбачена у деяких державних стандартах соціальних послуг. Зокрема:

- у сфері соціальної реабілітації осіб із психічними та інтелектуальними порушеннями⁷⁰, а також осіб із залежностями⁷¹ – введено поняття

67 – Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» №4223-IX від 15.01.2025. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text>

68 – Міністерство у справах ветеранів України, Національна психологічна асоціація, МН4U. Організація ветеранських груп самопомоги «рівний-рівному» для надання кращої психосоціальної підтримки: рекомендації місцевим органам влади та лідерам громад. Без дати. https://mva.gov.ua/storage/app/sites/1/uploaded-files/_%D0%9F%D0%94_%D0%A0%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%80%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83.pdf

69 – Ресурсний центр ГУРТ. Групи самопомоги: теорія і практика. Посібник для менеджерів, організаторів та фасилітаторів ГСД. 2021. <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/hrupy-samodopomohy-teoriya-i-praktyka>

70 – Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними розладами» №1901 від 17.12.2018. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0066-19#Text>

71 – Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб з залежністю від наркотичних чи психотропних речовин» №677 від 01.10.2020. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text>

«соціального робітника, який працює за принципом “рівний-рівному”» (людина віком 25–65 років із досвідом подолання залежності не менш як два роки тому, яка пройшла навчання та стажування);

- у стандарті соціальної послуги консультування – передбачено можливість залучення консультантів із досвідом подолання подібних життєвих обставин. Їхня роль включає участь у наданні психологічної підтримки, розвитку соціальних навичок та організації груп самодопомоги⁷².

2.1.2. ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ

Практичне застосування підходу «рівний-рівному» у сфері психосоціальної реабілітації виявилось найбільш суперечливою частиною нашого дослідження. Респонденти описували як переваги, так і суттєві ризики цього підходу. Вони підкреслювали відмінність українського контексту від умов, у яких IPR реалізуються в більшості інших країн. Тоді як міжнародні програми переважно передбачають, що фахівці «рівний-рівному» мають пройти кількарічний шлях інтеграції власного травматичного досвіду, в Україні ветерани живуть у стані триваючої війни. Це створює ризики повторної травматизації як для фахівців «рівний-рівному», так і для їхніх клієнтів.

Одна з наших респонденток розповіла про залучення ветерана до роботи в ролі консультанта «рівний-рівному» в центрі психічного здоров'я та реабілітації. Його завданням було налагоджувати довіру між пацієнтами й психологами, проводити психоеду-

каційні заняття та зменшувати стигму навколо психологічної допомоги. Спершу така практика демонструвала позитивний ефект: ветеран-консультант допомагав знімати бар'єри у комунікації та мотивував пацієнтів до лікування. Однак з часом почали з'являтися складнощі в роботі.

За словами нашої респондентки, консультант відмовлявся від супервізій і терапії, почав конкурувати з психологами та демонструвати ознаки декомпенсації власних симптомів. Пацієнти сумнівалися в коректності його підходів. Представники центру пов'язали цей досвід із передчасністю використання підходу «рівний-рівному» у 2023 році, коли більшість ветеранів іще перебували у нересурсному стані.

Подібними спостереженнями ділилися і представники ГО, яка працює з ветеранами:

«Ми бачили, що дуже часто травматичний досвід людини проявляється в її консультуванні. Її... стає просто забагато, і вона надає дуже багато особистих суджень, особистого контексту, там, де мала би бути професійна підтримка». **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

Вони підкреслювали, що міжнародні моделі IPR, на які вони орієнтувалися, в Україні не спрацьовують напругу:

«Те, на що ми надивилися в Штатах, Канаді, Данії, в Україні не працює ідеально... Ветерани, які поверталися, переважно тільки починали свій шлях консультаційний і ще не встигали набрати-

72 – Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування» №678 від 02.07.2015. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0866-15#Text>

ся цього досвіду». **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

Найбільші труднощі респонденти пов'язували саме з тим, що в Україні важко знайти ветеранів, які вже цілковито інтегрували власний травматичний досвід:

«Нам зараз складно знайти ветерана, який повністю інтегрував свої травми, тому що наша війна не закінчилась... Може, він попередні й інтегрував, але кожен день щось стається». **(Представниця центру психічного здоров'я та реабілітації)**

Відповіддю на ці виклики стала еволюція практики. Замість застосування підходу «рівний-рівному» як окремої терапевтичної інтервенції в сфері психічного здоров'я деякі наші респонденти почали позиціонувати його як «вхід у послугу», тобто спосіб налагодити довіру й підготувати клієнта до контакту з кваліфікованим фахівцем. Також запроваджується змішаний формат роботи фахівця «рівний-рівному» в парі з психологом. Наприклад, у групах підтримки психолог здійснює модерацію, а ветеран із суміжним досвідом може виступати співмодератором.

«Це великий ризик ретравматизації і того, що людина буде вносити свій досвід як той, який опрацьовано та інтегровано, а виявиться, що він не опрацьований і неінтегрований. В цей момент відбудеться ця травма і зранення і людини, і учасників... Що можна робити з цим? Мати колегу-психолога, який може підхопити». **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

Респонденти наголошували, що критично важливими факторами безпечності та результативності ІРР в сфері психічного здоров'я є відбір і чітке визначення функціоналу фахівців «рівний-рівному», а також створення для них умов (супервізії, інтервізії, особиста терапія), ідентичних до тих, у яких працюють психологи:

«У мене працює велика команда психологів... Вони всі мають обов'язкову супервізію... і доступ до особистої терапії. ... Це важливо, тому що ми працюємо з травмою, живучи в травмуючій ситуації. Я думаю, що це важливо і для ветеранів. Просто не завжди у них може бути розуміння, що їм це потрібно». **(Представниця центру психічного здоров'я та реабілітації)**

Окремо зверталася увага на ризики у невеликих громадах. Там учасники й консультанти часто знайомі особисто, що підвищує ймовірність порушення конфіденційності чи переходу у дружні стосунки. Це підкреслює важливість внутрішніх правил і етичних кодексів для ІРР.

Загалом проведені інтерв'ю виявили занепокоєння, що позиціонування «рівний-рівному» як окремої професії ветерана може бути передчасним для України, принаймні у сфері психічного здоров'я. Найперспективнішими респонденти вважають змішані моделі (робота фахівців «рівний-рівному» у парі з професійним психологом) або формати, де взаємодія «рівний-рівному» реалізується у площині комунікації, дозволяючи спільного хобі:

«Популяризація і пропаганда “рівний-рівному” як кар’єрного шляху для ветеранів є шкідливою... І ми критичні стосовно того, щоб все, що відбувається для ветеранів, називати терапевтичною інтервенцією. Людям часто потрібне звичайне спілкування, дозвілля і спільний досвід, який не є терапевтичним». **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

Таким чином, у нинішніх умовах безпечнішими і кориснішими можуть бути ІРР, де підхід «рівний-рівному» інтегрується як доповнення до фахової допомоги у сфері психічного здоров'я, або коли він реалізується у форматах дозвілля та спільнот, а не формалізованої терапії.

2.2. Підхід «рівний-рівному» у ФРМ

2.2.1. РОЛЬ ФАХІВЦІВ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»

Наші інтерв'ю показали, що саме у ФРМ роль і додана вартість підходу «рівний-рівному» є найбільш зрозумілими і відчутними. Хоча функціонал таких фахівців не завжди детально визначений на організаційному рівні, описи респондентів суттєво збіга-

ються між собою. Вони відображають види підтримки, систематизовані у міжнародній літературі: рольове моделювання, розвиток самодостатності й навичок самообслуговування, інформування та психоемоційна підтримка.

Однією з найвпливовіших виявилась функція **рольового моделювання** між людьми зі схожою травмою.

Можливість бачити приклад того, хто вже адаптувався до життя після травми і є соціально інтегрованим, може мати сильний мотиваційний і терапевтичний вплив. Це відзначали всі групи респондентів, починаючи з фахівців «рівний-рівному»:

«Вона мені пише зі сльозами: “...Я побачила, що в тебе нафарбовані нігті на ногах... Я зрозуміла, що я жінка, а чого я не доглядала за своїми ногами?”. Те, що вони не ходять, не ознака того, що все пропало. Розумієте, оце зчитування один одного, переймання простих речей — як я ліжко застеляю, як одягаюся...». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

«Він бачить, що у хлопчини... немає двох ніг вище коліна, і він ходить... без палички.... А що найкрутіше — посміхається. Він не здався. Він досяг, як називають психологи, посттравматичного зростання. Він став кращою версією себе. І, звісно ж, в цьому ж хлопчині після навіть побаченого, не кажучи вже про почуте, загорається надія». **(Керівник напряму в недержавному реабілітаційному центрі)**

Про це говорили і бенефіціари програм підтримки:

«Хлопчина... вільно живе своє життя при тому, що в нього немає трьох кінцівок. І коли на моменті приїзду до центру ти... дивишся на цього хлопчину, то розумієш, що немає нічого неможливого. Він може — і ти можеш». **(Бенефіціар програми підтримки «рівний-рівному» у недержавному реабілітаційному центрі)**

Медичні працівники також відзначали цю функцію як надзвичайно корисну у щоденній практиці. Своїм прикладом фахівці «рівний-рівному» допомагають їм мотивувати пацієнтів до активнішої участі у власному відновленні:

«Дуже важко... мені, фахівцю, який не має рухових порушень, вмотивувати людину... бо людина має повірити мені... Але коли до тебе в палату заїжджає людина на кріслі колісному і каже: “Я приїхав на авто, давай проїдемося...”. І людина, яка щойно отримала травму, думає: ого, раз це можна, ... значить, і я зможу. І тоді нам легше навчати цих хлопців або дівчат». **(Фізична терапевтка в госпіталі ветеранів війни)**

Водночас наші респонденти з багаторічним досвідом роботи з ІРР наголошували, що рольове моделювання має бути збалансованим і не перетворюватися на демонстрацію власних досягнень за рахунок клієнта:

«Це один з принципів наших, що інструктор не має вихвалитися. Ми маємо своєю поведінкою, стилем життя і всім іншим демонструвати навички, але не... вихвалитися, типу... “я медалі завоював..”. Тобто коли людина може відчувати своє приниження... Ці межі... дуже тонкі». **(Представник ГО, що підтримує людей з УСМ)**

Ще однією затребуваною функцією є **навчання навичкам самообслуговування** (користуванню кріслом колісним, догляду за протезами, водінню автомобіля для людей з УСМ, орієнтування в просторі для людей

із порушеннями зору тощо) та інформування про особливості життя з травмою. Особливо цінно це у сферах, чутливих для обговорення з медичним персоналом — наприклад, менеджмент сечового міхура й кишківника, сексуально-репродуктивне здоров'я для людей з УСМ.

Не менш важливою є й **психоемоційна підтримка**. Вона створює для пацієнта відчуття безпеки і допомагає побудувати місток між пацієнтом і медичним персоналом:

«Коли ти потрапляєш у госпіталь, не знаєш, до кого звертатися. Тобі щось каже лікар, але ти не можеш це серйозно сприйняти... А коли до тебе підходить побратим і каже: “Брате, заспокойся. Все добре. Зараз тобі потрібно налагодити своє соціальне життя, пройти реабілітацію...”. Це дуже важливо». **(Фахівець «рівний-рівному» недержавного реабілітаційного центру)**

«Хтось плаче, хтось ніяковіє, я підходжу, по голові погладив... Якщо у людини двох рук немає... я їй сльози витер, лице витер... І починаю казати, що так, усе нормально, ...життя триває⁷³...». **(Фахівець «рівний-рівному» обласної лікарні)**

«[Потрібне] розуміння, як... ти можеш бути містком між лікарем чи іншим фахівцем та пацієнтом. Бо іноді є... дисонанс, що не завжди пацієнт розуміє лікаря чи лікар може на мові пацієнта пояснити». **(Керівник напряму в недержавному реабілітаційному центрі)**

2.2.2. СПІЛЬНІСТЬ ДОСВІДУ

Міжнародні дослідження свідчать, що ефективність ІРР у ФРМ значною мірою залежить від рівня спільності досвіду між фахівцем «рівний-рівному» та підопічним. Вік, стать і тип травми можуть впливати на довіру між учасниками взаємодії та сприйняття цінності підтримки. Для військових і ветеранів додатковим виміром є спільність військового досвіду. Водночас ці площини не завжди збігаються: фахівець «рівний-рівному» може бути ветераном без аналогічної травми чи, навпаки, цивільною людиною з такою самою травмою, але без військового минулого.

Наші інтерв'ю показали, що респонденти по-різному оцінювали збіг досвіду. Для одержувачів підтримки на першому місці часто стояв саме статус військового чи ветерана:

«Тут працює найпростіше правило, що військовий — військовому, ветеран — ветерану... Тип поранення неважливий». **(Бенефіціар програми підтримки «рівний-рівному» у недержавному реабілітаційному центрі)**

«Є недовіра до цивільних... А от до військових більше було позитивного. Тебе зрозуміють, тебе почують. І навіть якщо скажуть “я тебе розумію”, то це не будуть пусті слова». **(Учасник реабілітаційного табору для ветеранів)**

Штатні фахівці «рівний-рівному» у реабілітаційних закладах, як правило, самі мали досвід військової служби й працювали з усіма чинними та

⁷³ — Згідно з оригіналом: «Кто-то плачет, кто-то теряется, я подхожу, по голове погладил... Если у человека двух рук нет... я ему слёзы вытер, лицо вытер... И начинаю говорить, что да, все нормально, ...жизнь продолжается...».

колишніми військовими, які потребували підтримки, без урахування віку чи статі, а часто і типу травми. Проте вони визнавали, що збіг за видом травми підсилює ефективність підтримки, коли йдеться про навчання практичним навичкам або підготовку до ампутації чи протезування:

«У реабілітаційному залі, якщо це просто розмова чи підтримка, [підбір за травмою] не є дієвим... Але якщо це первинне протезування, то дуже дієво передати такого пацієнта хлопчині, що має аналог. Якщо це підготовка до ампутації — те саме». **(Керівник напряду в недержавному реабілітаційному центрі)**

«Немає різниці, яка саме травма — працюю зі всіма. Хоча, звісно, коли з'являється хтось із такою самою травмою, як у мене, я займаюся з ним більше». **(Фахівець «рівний-рівному» у недержавному реабілітаційному центрі)**

Частина фахівців зауважувала, що відмінність у травмі може створювати перешкоди для довіри. Один респондент зазначив, що пацієнти часом знецінюють його роботу через «недостатньо тяжку травму», і цей бар'єр доводиться долати щоразу, знайомлячись із новими підопічними. Інші ж наголошували, що для них ці відмінності не були критичними, проте погоджувалися, що різниця між досвідом людей з УСМ та ампутаціями є відчутною, і заохочували підбір пар з її урахуванням.

«Я — людина на кріслі колісному. Я пережив полон... Тому мені не можуть просто сказати: “Та ти

нас не поймеш”... Але таке буває... Тому я б хотів, щоб коли на роботу приймають таких фахівців, то брали одразу двох. Один — зі спінальною травмою, на кріслі колісному. Другий — з ампутацією... Бо досвід зовсім інший». **(Фахівець «рівний-рівному» недержавного реабілітаційного центру)**

Зовсім інший підхід мали спеціалізовані ГО, які працюють із конкретними видами травм. В межах наших інтерв'ю їхні представники акцентували саме на специфічності медичного стану (а не на спільності військового минулого) і наголошували, що досвід навіть схожих станів не є взаємозамінним.

«І серед військових, я бачу, вже теж сприймають, що користувач крісла колісного — знаток в усіх питаннях. Звісно, що це не так, бо стани різні...». **(Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

«Навіть якщо я дам методологію, я не пояснюю оцих тонких нюансів, що потрібно говорити людині, яка була на війні і втратила кінцівку. Я теорію знаю, але я не проживала цей досвід... І це інше». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Фахівці «рівний-рівному» з ГО частіше були цивільними й нерідко сприймали це як перевагу у роботі з ветеранами. По-перше, цивільні фахівці могли працювати з упередженнями військової спільноти, які іноді ускладнюють процес реабілітації. По-друге, серед цивільних було простіше відібрати тих, хто вже інтегрував досвід життя з травмою і мав ре-

курс та навички для допомоги іншим.

«Загальний принцип роботи в організації — що ми не виділяємо [ветеранів] в окрему групу. Ми намагаємося, навпаки, поєднувати з досвідом цивільних». **(Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

«Ми намагались брати менторів у наші реабілітаційні заходи з числа ветеранів, які пройшли у нас кілька етапів реабілітації. Але досвіду і знань їм не вистачало, щоб бути наставниками. Це було трошки важко». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

Водночас частина респондентів з ГО наголошувала, що оптимальною є саме комбінація військового досвіду з власним досвідом травми, адже це забезпечує ідентифікацію з підопічними за всіма ключовими вимірами:

«Враховуючи те, що він військовий, в нього свої підходи... [X]оча я це все теж розумію, тому що я поліцейський до травми був..., але поєднання це краще». **(Фахівець «рівний-рівному» ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Насамкінець, деякі наші респонденти також відзначали переваги підбору пар фахівців «рівний-рівному» — пацієнт за статтю, і брак фахівців — жінок, з якими пацієнтки могли б мати довірливішу комунікацію.

Таким чином, наше дослідження підтверджує міжнародні висновки: в ІРР у ФРМ важливо враховувати рівень спільності досвіду фахівця

«рівний-рівному» і пацієнта. Водночас український контекст не завжди дозволяє підбирати «ідеальні збіги» за всіма параметрами. Це вимагає пошуку балансу: поєднання універсальних програм для ветеранів з вузькоспеціалізованою експертизою ГО за окремими видами травм, а також залучення як військових, так і цивільних фахівців залежно від цілей програми та потреб бенефіціарів.

2.2.3. СТРУКТУРА ТА ЯКІСТЬ ПРОГРАМ

Наше дослідження показало, що рівень структурованості та професійності програм, а також статус фахівців «рівний-рівному» у ФРМ суттєво варіюються.

2.2.3.1. РОЗРІЗНЕНІ ІНІЦІАТИВИ

У частині 303 підхід «рівний-рівному» реалізований через одну чи кількох осіб у штаті, які працюють у доволі вільному форматі, без чіткого виділення у системну функцію. Формальні посади таких фахівців є дуже різними і часто не відповідають їхній фактичній роботі. Наприклад, один із наших респондентів офіційно був інструктором з фізичної культури, але фактично також займався консультуванням пацієнтів щодо доступу до соціальних послуг і користування кріслом колісним. Інший працював у великій комунальній лікарні на посаді оператора текстового набору, проте його основна діяльність полягала у відвідуванні відділень, наданні емоційної підтримки та навіть поради щодо протезування:

«...Зранку ... разом із генеральним директором заходимо в політравму й розмовляємо з пораненими... А потім уже він іде, а вже я починаю сам ходити далі... Я приходжу на пост, кажу: "...хто у нас сьогодні", — й вони кажуть: "От у тій-то палаті така-то людина плаче, в тій-то палаті сумний такий"»⁷⁴. **(Фахівець «рівний-рівному» обласної лікарні)**

Подібна практика свідчить про проблему відсутності формалізованої професії «фахівця рівний-рівному». Через це людей працевлаштовують на випадкові, часто нерелевантні посади, що обмежує їхні можливості, робить невидимим їхній реальний внесок у реабілітаційний процес та ускладнює оцінку їхньої роботи. Частковим рішенням може стати сертифікація консультантів «рівний-рівному» та офіційне включення цієї професії до Класифікатора професій (див. розділ 2.4.2).

2.2.3.2. СИСТЕМНІ ПРАКТИКИ

У нашому дослідженні було всього декілька прикладів програм «рівний-рівному» у ФРМ, що вирізняються більш системним підходом, високою інтеграцією в процес реабілітації та продуманою підготовкою фахівців.

2.2.3.2.1. НЕДЕРЖАВНИЙ ЦЕНТР РЕАБІЛІТАЦІЇ

В одному з недержавних центрів реабілітації підхід «рівний-рівному» реалізовано через окремий відділ із

п'яти штатних фахівців — колишніх пацієнтів центру. Ця команда забезпечує системний супровід пацієнтів із перших днів госпіталізації. Фахівці «рівний-рівному» розповідають про себе і презентують усі можливості реабілітаційного центру та свого відділу, пояснюють, чим можуть допомогти та в яких питаннях до них можна звертатися. Надалі підтримка надається як індивідуально, так і в груповому форматі. Відділ організовує різноманітні реабілітаційно-рекреаційні активності (спортивні заняття, відвідування музеїв, музикотерапію тощо), адаптовані під фізичний стан пацієнтів. Щоденне особисте спілкування створює атмосферу довіри, якої важко досягти суто зусиллями медичного персоналу.

Фахівці «рівний-рівному» стають навігаторами реабілітаційного процесу у центрі. Вони розповідають, чого очікувати від перебування в закладі, консультують щодо користування протезами чи кріслом колісним, діляться власним досвідом адаптації. За необхідності фахівці «рівний-рівному» допомагають звернутися до спеціалістів:

«Або вони беруть тебе за руку і звертаються до протезистів, чи до лікаря ФРМ, і ви знаходите причину, від чого у тебе такі відчуття, і, відповідно, доводиться до ідеального формату твій протез або твій стан». **(Бенефіціар програми підтримки «рівний-рівному» у недержавному реабілітаційному центрі)**

Велику увагу команда приділяє і психологічному стану пацієнтів. За потреби їх м'яко скеровують до пси-

74 — Згідно з оригіналом: «...С утра ... вместе с генеральным директором заходим в политравму и разговариваем с ранеными.... А потом уже он уходит, а уже я начинаю сам ходить дальше... Я прихожу на пост, кажу: "...кто у нас сегодня", — и они говорят: "Вот в той-то палате такая-то людина плачет, в той-то палате сумный такой"»

холога, іноді навіть непомітно для самого пацієнта (наприклад, пропонують спільну каву з фахівцем). Це сприяє інтегруванню психологічної допомоги в реабілітаційний процес.

«...[В] мене були такі моменти, ... коли... дуже сильно ламало, морально, психологічно... Саме в цьому моменті хлопці побачили згасання мотивації до реабілітації і скоординували мене до психолога, з яким я дуже приємно поспілкувався декілька сеансів, і все повернулося на свої місця...»

(Бенефіціар програми підтримки «рівний-рівному» у недержавному реабілітаційному центрі)

Фахівці відділу також надають первинні юридичні консультації (щодо оформлення інвалідності, проходження ВЛК тощо), а за необхідності направляють до юристів.

Таким чином, структурована програма охоплює всі аспекти адаптації – від емоційної підтримки та мотивації до практичних порад і допомоги з оформленням документів, стаючи містком між пацієнтом і медичною командою.

При цьому програма спирається на системну підготовку кадрів та інституційну підтримку з боку реабілітаційного центру. У кожного фахівця визначені функціональні обов'язки, а команда дотримується принципу «не нашкодь». Для цього проводяться регулярні інтерв'ю та супервізії. Фахівці відділу постійно навчаються: проходять додаткову підготовку в суміжних сферах (психологія, фізична реабілітація), відвідують тренінги, переймають передовий світовий і український досвід, а також діляться власними на-

працюваннями з фахівцями в інших закладах.

2.2.3.2.2. РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Другим прикладом є реабілітаційна програма громадської організації, що працює з ветеранами зі втратою чи порушеннями зору та з їхніми родинами. Її особливість полягає у залученні в ролі інструкторів людей із власним досвідом втрати зору. Вони передають пацієнтам практичні знання з орієнтування, мобільності та самостійного життя, водночас виконуючи функцію рольових моделей.

«Буває, що ветерани й дружини, коли приїжджають, не одразу розуміють ступінь втрати зору наших тренерів. Але потім дивуються, вчать і усвідомлюють, що теж можуть. Це така навчально-мотиваційна підтримуюча терапія саме на рівні «рівний-рівному».

(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)

Програма поєднує психологічну та інформаційну підтримку з навчальними компонентами і базується на мультидисциплінарності. До роботи з ветеранами залучені психологи, тифлопедагоги, фізичні терапевти, ІТ-фахівці та юристи. Частина спеціалістів працює у штаті організації, інші – як волонтери чи підприємці, що надають послуги з реабілітації. Всі реабілітаційні заходи проводяться за затвердженою програмою і методичними матеріалами, опублікованими на сайті організації. Важливе місце у

моделі займає навчання самих фахівців. Усі тренери мають спеціалізовану освіту, але додатково проходять регулярні тренінги й обміни досвідом, у тому числі з іноземними фахівцями.

Програма охоплює декілька етапів підтримки:

- **первинний етап:** інформаційна й емоційна підтримка та перші кроки навчання у військових шпиталях;

- **основний етап:** виїзні реабілітаційні табори, де ветерани опановують соціально-побутові навички, шрифт Брайля, IT-інструменти, беруть участь у групових та індивідуальних заняттях із психологом;

- **виїзди мобільної команди** додому за потребою;

- **продовження комунікації** у вигляді зустрічей, телефонних дзвінків та груп у месенджерах.

Представники організації прагнуть починати взаємодію з ветеранами якомога раніше, за можливості ще на етапі їх перебування у медичному закладі. Але участь у програмі реабілітації потребує готовності пацієнта до активних кроків:

«Починаємо працювати в шпиталі, якщо нас запрошують... це тільки інформаційна та емоційна підтримка на першому етапі. Вже після того, як людина сама готова..., вона просить дати тростину і навчити орієнтуватись... І вже після цього я запрошую ветерана... до нас на реабілітацію». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

Організація також зберігає контакт з ветеранами після завершення реабілітаційної програми, однак цей елемент залишається обмеженим за охопленням:

«У нас є певна кількість людей, які постійно телефонують нашим хлопцям, питають, як справи, чим живуть, чи потрібна підтримка... Тобто процес підтримки є. Я не можу сказати, що він настільки динамічний, як би мені, мабуть, хотілось...». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

Попри значні досягнення, програма не може повністю охопити наявну потребу ветеранів зі втратою зору, особливо у менших громадах. Там для них бракує спеціалізованих сервісів, і такі ветерани рідко долучаються до ветеранських просторів:

«А щодо регіонів, громад, міст — там все, що стосується програм реабілітації саме для незрячих практично відсутнє. Люди з повною втратою зору або слуху — це дуже окрема спільнота. По-перше, їм часто некомфортно в загальних групах. А по-друге, вони дуже мало залучені. Якщо ветерани з ампутаціями приходять у ветеран-хаби на навчання, то незрячі здебільшого туди не приходять самотійно...». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

Таким чином, програма демонструє переваги системного і мультидисциплінарного підходу до підтримки «рівний-рівному» в ФРМ. Водночас вона підкреслює, що потреби ветеранів із різними видами травм суттєво відрізняються. Це робить стандартизацію ІРР у ФРМ складною та вимагає гнучкості й спеціалізованої експертизи.

2.2.3.2.3. ПРОГРАМА ПІДТРИМКИ «РІВНИЙ-РІВНОМУ» ДЛЯ ЛЮДЕЙ З УСМ

Найбільш системною та масштабною серед програм, охоплених нашим дослідженням, була ініціатива підтримки «рівний-рівному», що її вже багато років реалізує ГО, яка підтримує людей з УСМ. Підхід організації від самого початку ґрунтувався на чіткій методологічній основі, запозичений з міжнародного досвіду й адаптований до українського контексту. З часом програма перетворилась на комплексну модель, що поєднує декілька взаємодоповнювальних компонентів.

По-перше, це **«інструктори першого контакту»** — фахівці «рівний-рівному», які працюють безпосередньо у медичних закладах. За домовленостями (меморандумами про співпрацю) між ГО і ЗОЗ інструктори відвідують відділення, знайомляться з новими пацієнтами з УСМ і долучаються до їхнього відновлення на стаціонарному етапі. Робота інструкторів інтегрована в план реабілітації, узгоджена з медичною командою та спрямована на досягнення індивідуальних цілей пацієнта.

«Якщо пацієнт не досягає своїх цілей, до яких залучений інструктор першого контакту і вся реабілітаційна команда, значить, ми працюємо неефективно». **(Фізична терапевтка в госпіталі ветеранів війни)**

По-друге, організація проводить **дистанційне консультування**. Люди з УСМ та їхні близькі можуть отримати консультації з широкого кола тем,

таких як профілактика пролежнів і правильне позиціювання, менеджмент сечового міхура та кишківника, вибір і використання засобів гігієни, переміщення та самообслуговування, оформлення й підтвердження групи інвалідності тощо. Дистанційне консультування виконує одразу кілька функцій. Перш за все воно допомагає вирішити питання, які не встигають опрацювати інструктори першого контакту під час перебування пацієнта у стаціонарі. Воно ж забезпечує **безперервність підтримки після виписки**, дозволяючи залишатися на зв'язку з пацієнтами вдома чи в громаді. Крім того, дистанційна підтримка виконує роль **навігатора**: консультанти допомагають скерувати людину до інших необхідних послуг.

По-третє, організація проводить інтенсивні **табори активної реабілітації**, куди люди з УСМ можуть потрапити після стаціонарного лікування. Вони побудовані на щоденних тренуваннях, практичних завданнях і групових заняттях. Інструктори передають учасникам навички незалежного життя через практику та спортивні активності. Поряд із цим у програмі є лекції й бесіди з правових, інтимних та інших питань, що дає змогу охопити широкий спектр потреб життя після травми.

«Десять днів табору, три тренування, лекційне, інформаційне наповнення. Але найголовніше, що інструкторами є всі носії... задача на тренуванні — не навчити грати в теніс, а зібратися, навчитися швидко одягатися і митися, не запізнитися на наступне тренування...». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Нарешті, ГО також проводить **воркшопи меншого формату для тих, хто вже опанував базову самодостатність**. Тут акцент робиться на соціальних активностях і відпрацюванні побутових умінь у реальних умовах. Учасники беруть на себе максимум відповідальності. Наприклад, самі організовують виїзди на природу, приготування їжі, дозвілля. Такий підхід підсилює відчуття контролю над власним життям і розвиває самоорганізацію.

Таким чином, ця модель **охоплює всі фази відновлення** – від перших днів після травми до повернення у громаду, пропонуючи безперервний цикл підтримки «рівний-рівному» для людей з УСМ.

Важлива риса програми – інвестиції у підготовку та розвиток інструкторів. Організація має **21 інструктора першого контакту по Україні**. Нових кандидатів зазвичай відбирають серед учасників таборів активної реабілітації, які демонструють лідерські якості, комунікаційні навички та мотивацію допомагати іншим; далі вони проходять поглиблене навчання і стажування (див. розділ 2.4.3).

В ГО функціонує **система супервізій**. Над програмою працюють два супервізори і загальний координатор. На супервізійні зустрічі виносять складні або нові кейси; за потреби залучають профільних спеціалістів, щоб розв'язати спірні питання та оновити знання про підходи до реабілітації людей з УСМ:

«І була хороша практика..., де ми залучали ще фізичного терапевта, ерготерапевта і лікаря ФРМ, щоб вони розкривали якісь інші аспекти, які ми ще не відпрацю-

ували стосовно новітніх підходів до лікування. Ну, і були випадки, коли питання такі були спірні... тож ми за допомогою цих фахівців розбиралися, які підходи нам застосовувати». (Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)

Такий режим відбору, навчання і супервізій покликаний забезпечувати єдині стандарти у роботі інструкторів і підтримувати якість та безпеку послуг на всіх етапах.

2.2.4. СКЛАДНІСТЬ ІНТЕГРАЦІЇ В ЗОЗ

Усі наші респонденти відзначали критичну важливість взаємодії фахівців «рівний-рівному» з медичним персоналом та регулярного обміну інформацією щодо стану, потреб і прогресу пацієнта. Це необхідно з цілої низки причин, починаючи з дотримання принципу «не нашкодь». Медичний стан кожної людини, особливо у процесі активної реабілітації, є унікальним, і досвід фахівця «рівний-рівному» не завжди прямо релевантний. Будь-які активності з пацієнтом мають бути узгоджені з планом лікування, що особливо підкреслювали наші співрозмовники-лікарі:

«Кожен фахівець, який залучений в реабілітаційний процес, повинен обов'язково знати обстеження пацієнта, цілі, плани... Ми не можемо говорити пацієнту: "...я не ходжу, ... то і ти не будеш ходити", – коли у пацієнта є прогноз до відновлення ходи... Якщо, наприклад, інструктор першого контакту ділиться досвідом опа-

нування певної навички, а пацієнт не може її опанувати, бо у нього є вторинні ускладнення, а про це не знає інструктор..., то ми можемо лише нашкодити». **(Фізична терапевтка в госпіталі ветеранів війни)**

Аналогічну позицію висловлювали й самі фахівці «рівний-рівному»:

«Так, бо без [взаємодії] не вдасться якісно надавати послуги, а іноді, можливо, й можна зашкодити. Наприклад, якщо я ... захочу залучити пацієнта до спортивних занять чи до інших активностей, я обов'язково спершу консультуюся з фахівцями... Якщо я бачу, що хтось із пацієнтів у депресивному стані й мені не вдається вийти з ним на контакт, я звертаюся до психологів....» **(Фахівець «рівний-рівному» недержавного реабілітаційного центру)**

Разом із тим, наші інтерв'ю показали, що практика детальної координації дотримується далеко не всюди. Деякі фахівці орієнтуються радше на власне бачення підтримки:

«Мені 61 рік, а ти, пацан, через три місяці будеш бігати, ну коротше, про позитив починаю розмовляти...»⁷⁵. **(Фахівець «рівний-рівному» в обласній лікарні)**

Подібні запевнення, якщо вони не відповідають об'єктивному медичному прогнозу, можуть сформулювати в пацієнта нереалістичні очікування та призвести до розчарування. Як пояснювали нам інші респонденти, складність у роботі фахівця «рівний-рівному» полягає у тому, щоб

знайти тонкий баланс між підтримкою та чесністю:

«Це суперскладна історія, коли ти говориш із вже травмованою людиною, яка каже, що буде ходити. А ми знаємо, що не буде.... І ти маєш цю тонку межу пройти – не говорити “ні”, але і налаштувати людину так, щоб вона не зупинилася в постійній реабілітації...» **(Представниця ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Окрім клінічних аспектів, важливим є й адміністративний вимір взаємодії. Для максимальної користі ІРР медична команда має розуміти знання та компетенції фахівця «рівний-рівному», формувати для нього завдання й оцінювати результати роботи. Натомість, як згадувалось вище, у частині закладів фахівці працюють фактично у «вільному» режимі, без чітких цілей і механізмів контролю. Це ускладнює оцінку ефективності та ризикує звести роботу до «неформальних розмов» замість структурованої підтримки:

«Щоб отримати якісну послугу, треба розуміти, як сформулювати запит... Бо, з високою вірогідністю, це будуть посиденьки за кавою, на курилці або ще десь. Інструктор теж повинен мати керівника аби розуміти, що йому робити, а не сам здогадуватися...». **(Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Серед опитаних не було єдиної думки щодо оптимальної глибини інтеграції фахівців «рівний-рівному» у ЗОЗ. Наприклад, у ГО, яка підтримує людей з УСМ, окрім інструкторів

75 – Згідно з оригіналом: «Мне 61 рік, а ты, пацан, через три месяца будешь бегать, ну короче, про позитив начинаю разговлять...».

першого контакту, що взаємодіють із медперсоналом, також виокремлюють категорію тренерів-наставників, які є повноправними членами МРК. Перша модель є поширенішою.

Загалом, на думку деяких наших співрозмовників, потреба у глибокій інтеграції фахівців «рівний-рівному» з реабілітаційними командами пояснюється тим, що система реабілітації в Україні досі перебуває на етапі становлення та працює під великим навантаженням. В цих умовах медичні працівники потребують додаткової підтримки, а подекуди й навчання від організацій, які володіють багаторічним досвідом вузькоспеціалізованої роботи з певними видами фізичних порушень.

«Що стосується незрячих — це взагалі зараз велика проблема. У мультидисциплінарних командах ми не працюємо, ми не залучені, але ми працюємо в шпиталях як волонтери... Всі хлопці кажуть, що в лікарні нічого не було [б], якби не волонтери. Нічого для них нема з навчання, як для незрячої людини». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

Коли фахівці «рівний-рівному» залучаються від ГО, виникають питання їхнього статусу та прав у ЗОЗ. Часто вони регулюються через неформальні домовленості, а в окремих випадках — через рамкові меморандуми співпраці. Такий формат, однак, має низку обмежень. Наприклад, він може ускладнювати захист прав пацієнтів та реагування на проблеми з якістю медичної допомоги через побування втрати доступу до закладу.

Також проблемним є надання фахівцям доступу до медичних даних пацієнта.

«Ні, звичайно, до даних медичних пацієнта вони ніякого доступу не мають. Про це навіть мова не може йти. У нього зовсім інші задачі, йому можуть надаватися дані тільки виключно в тому об'ємі, який йому розкаже пацієнт. Якщо їм щось не зрозуміло, чому так відбувається, то вони можуть уточнити чисто медично це у інших фахівців». **(Лікарка ФРМ в обласній лікарні)**

У цьому випадку питання частково вирішувалось тим, що фахівець «рівний-рівному» був працевлаштований у лікарні на пів ставки як соціальний працівник і в цій ролі мав можливість бути присутнім на зборах МРК. Водночас такий підхід не може бути системним рішенням.

Назагал залучення фахівців «рівний-рівному» до надання реабілітаційних послуг в ЗОЗ вимагає чіткішого нормативного врегулювання. Як показує приклад із фахівцями з супроводу ветеранів (див. розділ 2.3.2 нижче), створення нормативної рамки для кращої інтеграції таких спеціалістів у систему є цілком можливим.

2.2.5. ІНШІ ВИКЛИКИ

Наші респонденти наголошували, що фахівці «рівний-рівному» повинні отримувати гідну винагороду за свою роботу та не працювати на волонтерських засадах. Усі фахівці «рівний-рівному» у нашій вибірці отримували оплату, однак респонденти

стверджували, що **практика залучення на безоплатній основі досі існує**, і попереджали про її ризики для надання якісної підтримки.

Основним джерелом фінансування IPP у реабілітації залишаються донорські чи благодійні кошти. Це створює **ризики для сталості програм**, а для самих фахівців — непередбачуваність зайнятості та доходів. Наприклад, одна з організацій, охоплених нашим дослідженням, була змушена тимчасово згорнути роботу фахівців «рівний-рівному» у деяких ЗОЗ після скорочення допомоги Україні з боку Уряду США.

Коли фахівців офіційно працевлаштовували до штату державних чи комунальних ЗОЗ, ішлося переважно **про мінімальні заробітні плати**. Така оплата обмежує якість і мотивацію фахівців, що позначається на ефективності програм.

Донорське фінансування має й інший побічний ефект. Якщо програму реалізує зовнішня ГО за кошти донора (тобто без фінансового залучення ЗОЗ), **менеджмент ЗОЗ не завжди усвідомлює її цінність**. В результаті такі програми можуть сприйматися як тимчасове або другорядне рішення, що ставить під сумнів їхню довгострокову реалізацію.

Можливим рішенням у майбутньому може стати модель закупівлі послуг «рівний-рівному» ЗОЗ у спеціалізованих ГО. Це дозволило б формувати більш чіткі вимоги та стандарти до якості послуг, а також підвищувало б зацікавленість самих закладів у розвитку програм.

Ще одним суттєвим викликом є **недостатня увага до запобігання вигоранню** та вторинній травматизації серед фахівців «рівний-рівному».

Лише окремі програми, включені до нашого дослідження, забезпечували своїм фахівцям доступ до системної супервізії, інтервізії чи індивідуальної терапії. У більшості випадків така підтримка обмежена або взагалі відсутня, а самі фахівці не завжди усвідомлюють її необхідність.

Наприклад, один із респондентів, фахівець «рівний-рівному» у комунальному ЗОЗ, розповів, що міг звертатися за консультацією до психологів свого відділення, але вважав це неетичним, оскільки пацієнти довіряли йому інформацію, яку не хотіли б розкривати іншому персоналу. Це створювало ризики порушення конфіденційності та змішування ролей. Інша респондентка визнавала проблему вигорання, проте констатувала відсутність ресурсів для її подолання:

«Це — проблема. Методів нема. Випадки вигорання є. Єдиний механізм, який у нас зараз реально працює, — це наша дружність... Інших ми поки не можемо собі дозволити... У нас є психолог, яка іноді починає з цим працювати, але в багатьох випадках тренери навіть не розуміють, що вони в процесі вигорання». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

Додатковим викликом є розмиття меж між професійною й особистою взаємодією фахівців «рівний-рівному» з пацієнтами. Часто спілкування виходить за рамки робочого часу і переростає у дружні стосунки чи неформальні послуги. Деякі організації встановлюють внутрішні правила, які обмежують такі стосунки, проте інші розглядають їх майже як невід'ємну

частину роботи в українському контексті.

«Це — наша людяність і дружній підхід. Усі, хто до нас приїжджають, кажуть: “Ви найкраща команда”. Це плюс, бо ми їх підтримуємо, мотивуємо. Але це і мінус. Бо ... з’являється неформальна залежність.... [Ц]я межа між офіційною реабілітацією і дружніми стосунками трохи стерлася». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

«При навчанні треба теж розуміти наш менталітет і наші реальності. Залюбки відвезем людину, ще й борщом у себе нагодуємо. Ну тобто ми інші, і в нас немає правових регуляторів, де ти не можеш цього зробити, порушити. Немає цієї етики насправді, бо немає професії як такої». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Також проблемою залишається забезпечення безперервності супроводу після завершення стаціонарної реабілітації. Деякі програми підтримують неформальний контакт з пацієнтами після виписки чи реалізують більш структуровані ініціативи для продовження підтримки (наприклад, дистанційне консультування в ГО, яка підтримує людей з УСМ). Однак ці практики не є системними. Наші респонденти наголошували, що ІРР мають бути інтегровані у систему реабілітаційних послуг у громадах, яка започатковується в Україні:

«Реабілітаційний процес — це лише малесенький період часу. А далі людина йде. Куди? Хто її далі

буде вести? Зараз все робиться для того, щоб була реабілітація в громаді: фізичний терапевт, ерготерапевт, реабілітаційна медсестра. Але було б ще добре, щоб там був інструктор першого контакту. І не тільки по травмі спинного мозку — людина з ампутаціями, після інсульту, черепно-мозкової травми або з іншими станами...». **(Фізична терапевтка в госпіталі ветеранів війни)**

Подальший розвиток ІРР у ФРМ вимагатиме системних змін: переходу на стабільні механізми фінансування, впровадження стандартів супервізії та профілактики вигорання, чіткого розмежування професійних і особистих меж у взаємодії з пацієнтами, а також інтеграції ІРР у громади для забезпечення безперервності підтримки. Без цих кроків програми залишатимуться суттєво варіативними за якістю, а їхній потенціал для підвищення ефективності реабілітаційних послуг — недостатньо реалізованим.

2.3. Фахівці із супроводу ветеранів

2.3.1. ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ

У 2023 році в Україні стартував пілотний проєкт із запровадження інституту «помічника ветерана». Його задумом було створити «точку входу» для ветеранів у систему підтримки — людину, яка знає специфіку життя після війни і може стати провідником до державних і громадських послуг. Це була перша спроба інституціоналізувати кейс-менеджмент за моделлю «рівний-рівному» у державній системі.

Програма координувалася Мінветеранів і охопила 10 областей. Помічники працювали штатними працівниками комунальних установ і мали супроводжувати до 100 ветеранів чи членів їхніх родин. До їхніх завдань належали допомога в оформленні документів, інформування про програми та пільги, сприяння у працевлаштуванні й доступі до медичних та соціальних послуг⁷⁶.

Кандидати в помічники мали бути ветеранами або членами їхніх родин (чи родин загиблих військових) із освітнім ступенем не нижче молодшого бакалавра. Відбір включав тестування та співбесіду, після чого передбачалось навчання⁷⁷.

Нам не вдалося ідентифікувати у відкритих джерелах звіт про результати пілотного проєкту. Водночас представники ветеранських організацій висловлювали занепокоєння щодо якості його реалізації⁷⁸. Саме Мінветеранів також визнало, що результати пілоту засвідчили низку недоліків і потребу в доопрацюванні⁷⁹.

2.3.2. УДОСКОНАЛЕННЯ ТА ІНТЕГРАЦІЯ В СФЕРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У 2024 році модель була суттєво оновлена⁸⁰. З'явилася офіційно визнана професія «фахівець із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб»⁸¹. Для неї розробили професійний стандарт і типову освітню програму, що передбачає не лише знання законодавства, а й навички кризового консультування, роботи з психологічними травмами, комунікації та міжвідомчої взаємодії. Фахівці можуть починати роботу до навчання, але зобов'язані проходити підвищення кваліфікації — не менш як 150 годин протягом трьох років. На час проведення нашого дослідження в Україні вже працювало понад 1300 фахівців із супроводу. У перспективі

76 — Постанова Кабінету Міністрів України «Про реалізацію експериментального проєкту щодо запровадження інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя» №652 від 19.06.2023 (зі змінами). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/652-2023-%D0%BF#Text>

77 — Рубрика медіа рішень. В Україні розпочалося навчання помічників ветеранів: навіщо це рішення. 2023. Доступ 18.04.2025 за посиланням: <https://rubryka.com/2023/08/17/navchannya-pomichnykiv-veretaniv/>

78 — Комітет з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів. Комітет констатує: Мінветеранів не взяло лідерську та координуючу роль в Кабінеті Міністрів України щодо реалізації ветеранської політики держави. 2023. Доступ 18.04.2025 за посиланням: https://komspir.rada.gov.ua/news/main_news/76585.html

79 — Ukrinform. Старт програми з навчання фахівців супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб. Прес-конференція, організована Мінветеранів. Відео на платформі YouTube. 2024. Доступ 18.04.2025 за посиланням: <https://www.youtube.com/watch?v=GQJiyPLUr98>

80 — Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання забезпечення інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя» №881 від 02.08.2024. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/881-2024-%D0%BF#Text>

81 — Професійний стандарт «Фахівець з супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб», затверджений Наказом Мінветеранів №508 від 31.12.2024. https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/706-ilovepdf_merged_13.pdf

їх кількість може зрости до 13 тисяч⁸².

У 2025 році відбувся новий етап розвитку програми — інтеграція фахівців із супроводу в сферу охорони здоров'я. Зокрема, Уряд визначив, що фахівці можуть бути штатними працівниками комунальних ЗОЗ⁸³. Було затверджено і порядок їхньої взаємодії з медичними закладами⁸⁴. Відповідно до нього, пацієнти з-поміж військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх родин мають право одержати підтримку фахівця під час стаціонарного лікування та/або реабілітації. Інформування пацієнтів про таку можливість покладається на їхніх лікарів, а у випадку реабілітаційної допомоги — на соціальних працівників або інших членів МРК. При цьому фахівець не обов'язково має бути присутнім у закладі постійно — передбачена можливість направлення його з іншої організації, що надає відповідні послуги.

Можлива й участь фахівців із супроводу під час надання амбулаторної медичної та/або реабілітаційної допомоги, зокрема під час проходження військово-лікарської комісії, оцінювання функціонального стану чи встановлення інвалідності. За необхідності фахівець може бути залучений до роботи МРК на запит лікаря фізичної та реабілітаційної медицини. Вся інформація про стан здоров'я пацієнта передається фахівцю з супроводу лише за наявності згоди пацієнта, а сам фахівець зобов'язаний дотримуватись вимог конфіденційності.

Згідно з урядовим порядком, ЗОЗ можуть співпрацювати не лише з комунальними, але й з приватними надавачами послуг супроводу ветеранів і їхніх родин. Проте практична реалізація цієї норми викликає сумніви, оскільки чинне законодавство передбачає, що фахівець із супроводу є штатним працівником саме комунальної бюджетної установи або комунального некомерційного підприємства⁸⁵.

2.3.3. ПОЗИТИВНІ АСПЕКТИ

Наші респонденти наголошували, що фахівцями з супроводу часто стають мотивовані, небайдужі люди. Програма виходить за межі класичного підходу «рівний-рівному» і дозволяє членам родин військових та ветеранів реалізувати себе.

«Це часто люди, які мають дуже добрі наміри, хочуть допомогти. Часто це родини полеглих воїнів, воїнів, які в полоні, чи зниклих безвісти. Це справді велика потреба підтримки». **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

За даними Мінветеранів, фахівці з супроводу вже опрацювали понад 60 тисяч звернень. Респонденти з Міністерства підкреслювали, що поява фахівців стала для ветеранів важливим ресурсом у найскладніший період після поранення, особливо у вирішенні бюрократичних питань та доступі до пільг:

82 — Простір можливостей. Оксана Коляда: Історія появи фахівця супроводу ветеранів та демобілізованих осіб не була легкою (блог). 2024. Доступ 22.04.2025 за посиланням: <https://pm.in.ua/news/oksana-kolyada-istoriya-poyavy-fahivtsya-suprovodu-veteraniv-ta-demobilizovanyh-osib-bula-ne-legko-yu-blog>

83 — Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Порядку забезпечення діяльності фахівців із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб» №115 від 04.02.2025. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/115-2025-%D0%BF#n9>

84 — Постанова Кабінету Міністрів України «Питання надання послуг деякими категоріями фахівців окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України, членам сімей таких категорій осіб в закладах охорони здоров'я» №448 від 15.04.2025. <https://www.kmu.gov.ua/npas/pytannia-nadannia-posluh-deiakymy-katehoriyam-fakhivtsiv-okremym-katehoriyam-s448150425>

85 — Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання забезпечення інституту помічника ветерана в системі переходу від військової служби до цивільного життя» №881 від 02.08.2024. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/881-2024-%D0%BF#Text>

«Коли людина проходить реабілітацію, не втрачається дорогоцінний час. Як є золота година для евакуації, так само є перші 3 місяці після поранення, які важливі для відновлення і оформлення своїх прав... Тому дуже важливо, щоб такий фахівець там був і допомагав оформлювати документи...». **(Представниця Мінветеранів)**

Хоча інтеграція фахівців із супроводу у медичні заклади ще перебуває на ранньому етапі (близько 100 працевлаштованих фахівців та 400 відкритих вакансій), її перші практичні результати Мінветеранів також оцінює позитивно:

«Наприклад, на Львівщині, у [реабілітаційному] центрі, працює фахівець із супроводу... Він допомагає людині на всіх етапах: підготовка до ВЛК, МСЕК, формування повного пакета документів. В результаті людина виходить уже зі статусом ветерана, звільнена з військової служби, з усіма документами на руках...». **(Представниця Мінветеранів)**

Схвальними враженнями від програми ділились і деякі практики:

«[Фахівці з супроводу] — це must-have. Чому? Бо це ... спрощує складні ситуації, пришвидшує та покращує перебіг лікування, реабілітаційно-абілітаційного процесу... Я бачу цю роботу, співпрацюю з такими фахівцями — і це досить плідна співпраця». **(Керівник напряду в недержавному реабілітаційному центрі)**

2.3.4. ВИКЛИКИ

Разом із позитивом респонденти відзначали й низку проблем. Найчастіше згадувалася нечіткість визначення ролі фахівця з супроводу.

«Важливо дуже чітко визначати мету і функції людини. Коли ... є багато простору, щоб по-різному інтерпретувати функції, це поганий знак». **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

«Фахівців із супроводу часто розглядають просто як працівників, які прийшли на роботу і щось роблять. Дуже часто навіть не знають, що вони насправді роблять. І це велика проблема». **(Представниця Мінветеранів)**

«Це щось схоже на ... великого, бородатого соціального працівника, якому зробили гарну картинку, а потім окунули в багато-багато бумаж. І він в якийсь момент сам не зрозумів, що робить, що хоче і як приносить користь». **(Керівник напряду в недержавному реабілітаційному центрі)**

На практиці ж фахівці з супроводу працюють в дуже різних комунальних закладах — від ветеранських просторів до служб соціального захисту та лікарень. Кожна з цих сфер має власну специфіку, що ускладнює стандартизацію роботи. Більш того, хоча основне завдання фахівців — бути навігаторами в системі, нечіткий функціонал іноді призводить до очікувань, що вони самі надаватимуть послуги. При цьому, на думку деяких респондентів, програма не має системи нав-

чання, здатної підготувати фахівців до такого різного обсягу завдань:

«Це часто самостійний пошук ресурсів, бо ти працюєш з дуже великою, часто неохопною кількістю запитів, з дуже різним очікуванням до тебе. Це така чорна діра трошки». **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

«Навчання їм потрібно більше... У них інформаційний голод». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

Представники Мінветеранів визнавали, що нестача компетенцій є викликом раннього етапу розвитку програми:

«Так, дійсно, людям іноді бракує компетенцій. Ми намагаємося їх навчати. Але ця професія була створена лише перед Новим роком. Світового досвіду саме такої професії, як у нас, немає. Ці майже півтори тисячі людей ... створюють цю професію і пишуть її першу історію». **(Представниця Мінветеранів)**

Наше дослідження стало ілюстрацією цих викликів у частині роботи фахівців із супроводу у ЗОЗ. Представники Мінветеранів підкреслювали їхню ключову роль у підтримці пацієнтів із оформленням документів, проходженням ВЛК та оцінюванням повсякденного функціонування. Водночас під час збору даних для нас залишилося нез'ясованим, чи охоплює їхня робота системну навігацію маршрутами медичних послуг і повноцінну взаємодію з МРК на всіх ета-

пах реабілітації пацієнта. Додатковим обмеженням є те, що діюча система підвищення кваліфікації фахівців із супроводу не адаптована під специфіку сектору охорони здоров'я.

«Тут важливо розуміти, що фахівець із супроводу, навіть якщо він працює в системі охорони здоров'я — це не виключно єдиний його функціонал... Наша навчальна програма охоплює всі аспекти і напрямки, в яких може працювати цей фахівець». **(Представниця Мінветеранів)**

Додатковим викликом є ризик відбору на посади фахівців із супроводу людей із неінтегрованою травмою та можливість їх подальшого вигорання через велике навантаження:

«В кожній групі є чимало ветеранів, але вони дуже різні. Є дуже класні, я тішуся і покладаю на них великі надії... Але є люди, які з такими яскравими, гострими симптомами ПТСР, що там будуть дуже великі проблеми. Тобто питання не в тому, чи це спрацює. Питання в тому, як і хто їх за якими критеріями відбирає». **(Представниця центру психічного здоров'я та реабілітації)**

При цьому системна супервізія та психологічна підтримка для самих фахівців залишаються недостатньо розвиненими. Частково їх елементи є у програмах підвищення кваліфікації, але здебільшого це залежить від ініціативи керівництва закладу:

«Дуже добре працює механізм, коли у ветеранських просторах

працевлаштовані фахівці із супроводу. Там є можливість проводити супервізію... Але, знову ж таки, все залежить від керівника закладу... і від бажання чи готовності ... керівництва району чи області впроваджувати ветеранську політику». **(Представниця Мінвeterанів)**

Нарешті, частина респондентів застерігала від того, щоб розглядати інститут фахівців із супроводу як універсальне рішення чи заміну спроможності держави надавати послуги, яких потребують ветерани:

«Це не підхід, який вирішить всі проблеми... Можливо, [якщо] профінансувавши якісь соціальні послуги в громадах, ми б отримали більше користі, ніж від навігаційної історії від одної людини, яка ... взяла на себе цю кількість запитів, не змогла вдало їх вирішити, засмутилася. Бо це важко. Багато безсилля в цьому». **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

Таким чином, інститут фахівців із супроводу ветеранів став амбітним проєктом держави у сфері підтримки військових та демобілізованих осіб. Він створив нову точку входу до системи послуг, можливості для зниження бар'єрів доступу до пільг і документів, дав громадам додатковий ресурс. Водночас у програмі залишаються масштабні виклики: нечіткість функцій фахівців, розрив між універсальним дизайном ролі та конкретними вимогами практики (зокрема у сфері охорони здоров'я), брак компетенцій, ризик вигорання та повторної травматизації фахівців, а також відсутність системної супервізії. Від того, чи зможе держава поєднати мотивацію фахівців із супроводу з чіткими стандартами, якісним навчанням і належною підтримкою, залежатиме, чи стане цей інститут стійким і дієвим елементом системи реабілітації та соціальної інтеграції ветеранів.

2.4. Навчання фахівців «рівний-рівному»

2.4.1. ФРАГМЕНТОВАНІСТЬ НАВЧАЛЬНИХ ІНІЦІАТИВ

Інтерв'ю, проведені в рамках нашого дослідження, показали, що підготовка фахівців «рівний-рівному» в Україні є дуже фрагментованою. Респонденти розповідали про широкий спектр власного досвіду навчання — від системної академічної освіти (наприклад, у сфері психології чи фізичної реабілітації) до різноманітних короткотермінових програм.

Поширеною формою навчальних ініціатив залишаються короткі курси тривалістю від одного до кількох днів. Вони можуть давати корисні базові інструменти застосування підходу «рівний-рівному», проте, на думку респондентів, не створюють системної підготовки для роботи з ветеранами у складних реабілітаційних процесах. Одна з наших співрозмовниць окреслила цю проблему так:

«Варто забути про три-п'ять днів підготовки “рівний-рівному” і допобачення... Просто уявіть собі, що ви йдете на крапельничку до медсестри, яка вчилася п'ять днів. Оце буде приблизно так, якщо три дні готувати ветерана». **(Представниця центру психічного здоров'я та реабілітації)**

Короткострокові курси створюють простір для обміну досвідом і можуть бути важливими для мотивованих та активних учасників, які

постійно розвиваються. Водночас рівень компетенцій тих, хто пройшов лише одну таку програму, залишається дуже обмеженим. Особливою проблемою респонденти називали відсутність супервізії та терапевтичної підтримки для слухачів:

«І ветеранів треба не тільки вчити. Треба... їм допомагати інтегрувати їхню травму. Тобто в кожний такий курс включати все-таки посилену психоедукацію і якісь такі терапевтичні інтервенції або курс психотерапії...». **(Представниця центру психічного здоров'я та реабілітації)**

На цьому тлі більш системним кроком у професіоналізації підходу «рівний-рівному» стало відкриття сертифікатної програми на базі Київського національного університету імені Тараса Шевченка (КНУ).

2.4.2. РУХ ДО ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ

У 2025 році на базі Інституту післядипломної освіти КНУ було запущено першу в Україні державну сертифікатну програму з підготовки консультантів за принципом «рівний-рівному» в рамках Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?». Її поява стала результатом співпраці Координаційного центру з психічного здоров'я при КМУ, Інсти-

туту психіатрії КНУ, Каліфорнійського університету Сан-Дієго, Карлового університету та групи ветеранів. Програма створювалася «з нуля» і враховувала як найкращі міжнародні стандарти, так і український контекст.

«Сертифікатна програма — вона на сьогодні в Україні єдина... Дуже часто люди орієнтуються на те, що якщо я маю схожий досвід — бойовий, використання протезів, ампутації, інвалідність, — це вже дає право називатися “рівним”. Але ми маємо розуміти, що це спеціаліст, консультант, який має бути навчений і сертифікований, для того щоб не нашкодити. Не ретравматизувати ні себе, ні людину, яку ти супроводжуєш».

(Експертка Координаційного центру з психічного здоров'я)

Програма має вимоги до вступників: наявність вищої освіти, бойового досвіду та власного позитивного досвіду відновлення після психічних розладів або залежностей. За словами респондентів, навчання має на меті надати майбутнім консультантам ключові знання та навички, які дозволять робити роботу «рівний-рівному» безпечною та якісною.

«Коли потрібне скерування до вузького спеціаліста, коли можуть бути питання психічних розладів, роботи з ... залежностями, емоціями, агресією. Людина, яка просто має цей досвід, але не має практичних навичок, доказової бази, не вміє визначати “червоні прапори», не працює в мультидисциплінарній команді разом із медичним персоналом — ми не

можемо ... називати [таку людину] консультантом “рівний-рівному”». **(Експертка Координаційного центру з психічного здоров'я)**

Перший набір програми налічував 27 слухачів — військовослужбовців, ветеранів, психологів, викладачів, представників державних органів, ГО і приватного сектору. Навчання триває чотири місяці й охоплює 300 годин (142 аудиторні та 158 самостійної роботи). Тематичні модулі включають:

- Базові навички психологічної підтримки;
- Оцінка та скринінг психологічного стану;
- Практика мотиваційного інтерв'ювання;
- Розвиток психологічної стійкості: теорія та практика;
- Психічні розлади та вживання психоактивних речовин;
- Психологічна самодопомога;
- Стратегії подолання імпульсивних реакцій;
- Інтеграція ветеранів в суспільство.

Передбачається, що випускники одержуватимуть супервізійну підтримку щонайменше протягом пів року після завершення навчання.

У подальшому планується масштабування цієї моделі. Представниця Координаційного центру поділилася, що готується нова сертифікаційна програма на базі Українського католицького університету, сфокусована на роботі з горем для жінок, які пережили втрату. Водночас розглядаються внесення професії консультанта за принципом «рівний-рівному» до Класифікатора професій і розробка професійного стандарту, що відкриє шлях до офіційного працевлаштування.

«Так, сертифікація має бути обов'язковою. Тут залізною, на 100%... Тому що ми маємо підходити до всього відповідально і не ставати полігоном для випробувань». **(Експертка Координаційного центру з психічного здоров'я)**

Таким чином, сертифікатна програма КНУ є не лише освітнім, а й інституційним кроком, що почав формувати підвалини для професіоналізації підходу «рівний-рівному» в Україні.

2.4.3. ВИКЛИКИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ

Частина наших співрозмовників висловлювала схвальні відгуки про сертифікатну програму КНУ і вбачала у ній шанс підняти планку стандартів у секторі:

«Я очікую, коли закінчиться це навчання з Шевченко та “Ти як?”, бо там дуже потужний матеріал. В нього вклали багато сенсу...» **(Керівник напряму в недержавному реабілітаційному центрі)**

Водночас багато практиків, які давно працюють із підходом «рівний-рівному», поки що не чули про запуск цієї програми. Респонденти наголошували на суттєвому дефіциті можливостей для професійного навчання:

«Важко знайти потрібні курси — хотілося б, щоб їх було більше і щоб вони були більш розгорнуті та спеціалізовані». **(Фахівець «рівний-рівному» у недержавному реабілітаційному центрі)**

«Я дуже рідко бачу фахівців, які як “рівний-рівному” можуть бути менторами. Це не лише про незрячих — це про ветеранів загалом. Тому: навчати, залучати, працювати з тими, хто вже є». **(Представниця ГО, яка підтримує людей з порушеннями зору)**

Важливим викликом є питання універсальності: наскільки одна стандартизована сертифікатна програма здатна охопити весь спектр контекстів, у яких працюють фахівці «рівний-рівному». Представники Координаційного центру наголошували, що універсальні базові знання є основою, а далі можна додатково отримувати вузькоспеціалізовану освіту (наприклад, фізичного терапевта). Водночас практики, що працюють у реабілітаційних програмах, відзначали, що тип травми часто визначає специфіку роботи і не може бути повністю охоплений універсальним курсом.

Лікарі та фізичні терапевти відзначали й потребу у базових медичних знаннях. Фахівець «рівний-рівному» повинен орієнтуватися у питаннях анатомії та патофізіології власного стану, щоб мати змогу надавати пацієнту коректну інформацію:

«Дуже було б добре, щоб інструктори першого контакту розумілися хоча б базово на медичних моментах, анатомії, своєму захворюванні. Тому що від цього залежить їхнє подальше спілкування. Яку інформацію можна подавати пацієнту, яку не можна.» **(Фізична терапевтка в госпіталі ветеранів війни)**

Наприклад, ГО, яка підтримує людей з УСМ, розробила власну багато-

рівневу програму підготовки інструкторів першого контакту, що включає онлайн-курс (40 годин) і практичне менторство з досвідченим інструктором у медичних закладах. Програма у тому числі охоплює специфічні для УСМ теми, від профілактики ускладнень та менеджменту сечового міхура і кишківника до сексуального та репродуктивного здоров'я. Навчання акцентує межі компетенцій інструктора: фахівці «рівний-рівному» не втручаються у лікування та не призначають ліків, вони зосереджені саме на соціально-побутовій, психологічній та фізичній реабілітації. Таке розуміння ролей захищає як пацієнтів, так і самих інструкторів.

Ще один виклик полягає не лише у сертифікації самих консультантів «рівний-рівному», а й у готовності організацій інтегрувати їх у свою роботу:

«Мабуть, вони мають самостійно працевлаштуватися в якийсь заклад, і заклад мав би контролювати їх роботу. Але я майже впевнений, що в закладах переважно немає розуміння, як працювати. Навряд можна покладатися на те, що людина самостійно прийде і розкаже, чим вона буде займатися. Замість цього буде ходити, побивати пороги та двері, коли команда не розуміє, що з цією людиною робити...». **(Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Щоб подолати цей бар'єр, ГО, яка підтримує людей з УСМ, практикує навчання ключового персоналу медичних закладів на початку співпраці:

«Якщо у нас новий заклад з'являється, ми пропонуємо їм тренінг.

Беремо ключовий персонал... і пояснюємо ключові переваги роботи. Таким чином ми налаштовуємо заклад і встановлюємо рамки, як буде відбуватися комунікація». **(Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Такі тренінги проводяться і надалі – для фізичних терапевтів, ерготерапевтів, медичних сестер реабілітаційних.

«Найбільша перевага, що наші інструктори є рольовими моделями, тобто на них можуть потренуватися, не змучуючи пацієнтів». **(Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Таким чином, система підготовки фахівців «рівний-рівному» в Україні характеризується фрагментованістю та переважанням короткотермінових курсів, які не забезпечують належної якості. Поява сертифікатної програми КНУ є знаковим кроком до інституціоналізації професії та запровадження стандартів. Водночас уніфікація навчання має обмеження, коли йдеться про специфічні травми чи контексти роботи фахівців «рівний-рівному». Можливим напрямом подальшого розвитку системи в сфері ФРМ може бути поєднання стандартизованих курсів у провідних університетах із вузькоспеціалізованими програмами, що розробляють і реалізують організації з практичною експертизою у конкретних видах травм. Не менш важливим є інвестувати в компетенції працівників медичних закладів, які дозволять їм ефективно інтегрувати фахівців «рівний-рівному» в свою роботу.

2.5. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНІЦІАТИВ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»

2.5.1. ЗАГАЛЬНА СИТУАЦІЯ

Спільним викликом для всього ландшафту програм «рівний-рівному» є оцінка їх ефективності. Як показує міжнародний досвід (див. Розділ 1), ця проблема не є унікальною для України. Організації в різних країнах часто не мають систем відслідковування результатів ІРР, а також чіткого бачення, які саме результати слід вимірювати.

Наші інтерв'ю підтверджують, що це стосується і найбільш системних українських організацій. Жодна з них наразі не має комплексної системи індикаторів для оцінки ефективності своїх ініціатив «рівний-рівному», хоча окремі респонденти вже усвідомлюють цю потребу. Причини різні: складнощі у зборі даних, чутливість теми, а також те, що ІРР часто є лише частиною більш комплексної послуги і не вимірюються окремо:

«Ми б хотіли мати оцінку на вході... і на виході. Але проблема психологічної підтримки Збройних Сил України в тому, що люди втомлені тестами і не хочуть їх заповнювати...» **(Представники ГО, яка працює з ветеранами)**

«Чесно скажу, ми про це не думали, бо ... у нас же комплексна велика послуга...» **(Представниця центру психічного здоров'я та реабілітації)**

2.5.2. ОКРЕМІ СПРОБИ СТВОРЕННЯ ІНДИКАТОРІВ

Деякі організації вже пробують формувати внутрішні ключові показники ефективності (KPI) для програм «рівний-рівному». Найчастіше йдеться про процесні показники: кількість консультацій, пацієнтів, візитів тощо. Один із наших респондентів описав можливий підхід до формування KPI на рівні окремих напрямків діяльності. Він наголошував, що нинішня система дозволяє бачити обсяг роботи, але бракує чітких індикаторів якості:

«Звичайно, ми не працюємо на заводі, де потрібно показати максимальну кількість. Це той напрям роботи, де без якості немає сенсу продовжувати». **(Керівник напрямку в недержавному реабілітаційному центрі)**

Це відображає загальну ситуацію: організації хотіли б моніторити якість, але не завжди знають, як це зробити, чи не мають відповідних ресурсів. Навіть ті заклади, де запроваджені електронні системи обліку, залишаються переважно на рівні фіксації процесів та активностей. Це створює ризик, що з поля зору випадають власне результати для клієнтів, тобто зміни у стані їхнього здоров'я, соціальній інтеграції чи якості життя.

2.5.3. НАЙБІЛЬШ СИСТЕМНІ ПРАКТИКИ

Найбільш структурований підхід до відслідковування результатів інтервенцій «рівний-рівному» запровадила ГО, яка підтримує людей з УСМ. Він поєднує декілька підходів: від суб'єктивної оцінки прогресу клієнтів до автоматизованої системи обліку.

«...це така більше суб'єктивна оцінка — виведення людини зі стану медичної реабілітації... Ми провели по всій воронці, людина ... повернулася додому, облаштувала собі житло, почала жити своїм життям». **(Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

Організація має CRM-систему із модулем SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan). Він дозволяє фіксувати кожну зустріч інструктора першого контакту з клієнтом, описати роботу, додаткові запити, а також оцінювати прогрес. Дані перевіряють супервізори, а в разі потреби відправляють кейс клієнта на додатковий розбір.

«У нас є CRM-система, є процес — воронки, два рівня, три рівня... Інструктор фіксує кожну зустріч з пацієнтом: що він робив, які дії... Кожен SOAP опрацьовує супервізор». **(Представник ГО, яка підтримує людей з УСМ)**

В ГО, яка підтримує людей з УСМ, також існує практика збору зворотного зв'язку від клієнтів через онлайн-анкети після дистанційних консультацій.

Таким чином, оцінка ефективності ІРР в Україні перебуває на ранньому етапі розвитку. Організації переважно орієнтуються на процесні показники (кількість зустрічей, кількість клієнтів, надані консультації), тоді як якісні зміни для клієнтів вимірюються рідко. Це очікувано, адже створення систем моніторингу потребує експертизи та фінансових ресурсів, що для українських організацій є серйозним викликом.

Водночас, під час подальшої професіоналізації підходу «рівний-рів-

ному» та його глибшої інтеграції у систему охорони здоров'я й соціальної підтримки вимірювання ефективності стає значно важливішим. Міжнародна література пропонує підходи до оцінки програм «рівний-рівному» у ФРМ. Наприклад, дослідження рекомендують оцінювати не лише процеси, але й результати, які можуть включати: розпізнавання симптомів і навички менеджменту захворювання; зменшення тривожності та депресії; розвиток самодостатності й навичок самообслуговування; соціальну інтеграцію, подолання бар'єрів і стигми. Поступове запровадження подібних підходів в Україні може сприяти підвищенню якості програм «рівний-рівному» та зробити їх вимірюваними і масштабованими на системному рівні.

Розділ 3

Етнографічне дослідження послуги «рівний-рівному» під час реабілітації

на прикладі лікарні в тиловому регіоні України

Наразі в професійному середовищі триває дискусія щодо переваг і недоліків послуги «рівний-рівному» в реабілітаційних відділеннях, які обслуговують військових. Щоб триангулювати кабінетну (що базується на аналізі відкритих джерел) та якісну (що базується на інтерв'ю зі стейкхолдерами, отримувачами та надавачами послуги) частини цього дослідження, ми вирішили, що необхідно провести етнографічне дослідження послуги «рівний-рівному» на базі однієї з лікарень у тиловому регіоні країни.

Основним завданням цієї частини дослідження було побачити повсякденні реалії роботи менторів програми «рівний-рівному» з пораненими військовими у контексті взаємодії чотирьох агентів: ментор⁸⁷ — пацієнт — близькі пацієнта — персонал лікарні. Етнографія тривала протягом чотирьох повних днів на початку серпня 2025 року і передбачала занурення у повсякденне життя лікарні під час супроводу менторів, персоналу та пацієнтів під час їхньої щоденної рутини.

У межах етнографічного дослідження було здійснено «shadowing»⁸⁸ за менторами, а також проведено неформальні розмови з менторами й пацієнтами на території лікарні у публічних просторах. Неформальні розмови відбулися і з фізіо-, ерготе-

рапевтами та менеджментом лікарні. Окрему увагу приділили спілкуванню з пацієнтами як за присутності менторів (наприклад, під час спортивних занять, арт-терапевтичних занять, дозвілля, випадкових зустрічей), так і за їхньої відсутності (у коридорах лікарні, у місцях для паління, в кав'ярнях, у магазинах довкола лікарні, у майстернях тощо).

Спілкування з пацієнтами охопило людей з військовим досвідом (виключно чоловіків), які перебували на реабілітації після втрати кінцівок, неврологічних ушкоджень, спінальних травм, психіатричних ускладнень або повної втрати зору внаслідок поранення під час виконання бойового завдання, та мали досвід спілкування з менторами. Значна увага приділялася тому, щоб шляхом аналізу повсякденної комунікації менторів і медперсоналу з пацієнтами побачити специфіку підходу «рівний-рівному» в контексті внутрішньої культури лікарні. Аудіо- та відеофіксації розмов не проводилося, велися лише письмові нотатки в польовому щоденнику. Все спілкування відбувалося на засадах анонімності, будь-які подальші цитати чи оповіді в цьому тексті буде подано максимально узагальнено, щоб унеможливити ідентифікацію конкретних людей.

87 — Тут і далі йдеться про менторів програми «рівний-рівному». У тексті слово «ментор» вживається виключно у чоловічому роді, щоб забезпечити анонімність учасникам дослідження.

88 — Один із етнографічних методів, що передбачає споглядання за людиною чи групою людей протягом їхньої повсякденної діяльності у місці, де проводиться дослідження.

3.1 Менторство: між роботою і покликанням

За словами менеджменту лікувального закладу, поява менторів стала ініціативою самої лікарні для роботи як із цивільними, так і з військовими пацієнтами. Всіх менторів залучають після співбесіди, аналізуючи їхній попередній досвід та софт-скіли – вміння викликати довіру, комунікувати, бути готовими до проактивної позиції та виявляти лідерські якості. Наразі, як зазначає менеджмент лікарні, в Україні існує навчання лише для менторів, які працюють зі спінальними травмами. Однак у реабілітаційних відділеннях практикують випробний період, протягом якого новачки закріплюються за вже досвідченими менторами і переймають від них знання. При цьому частина менторів, котрі на момент проведення дослідження працювали у лікарні, мали військовий досвід та інвалідність, а частина були цивільними людьми з інвалідністю.

Лікарня охоче залучає до менторства колишніх пацієнтів, коли бачить у них відповідні навички: чуйність, проактивність, комунікабельність, бажання допомагати іншим тощо. За словами менеджменту лікарні та менторів, «харизматичних пацієнтів залучаємо до менторства», «пропонуємо людям ставати менторами, бути потрібними».

Для деяких менторів їхнє спілкування з пацієнтами – це передусім важка робота: «Робота ментора – без вихідних, це спілкування з військовими в різному емоційному стані, це необхідність бути підтримкою». Крім того, для цієї роботи принципова така якість, як гнучкість, адже саме вона

дає можливість ефективно вибудувати довіру й знаходити підходи до різних людей: «Менторство – робота по ситуації, спонтанна, бо в пацієнта настрій спонтанний».

Водночас частина менторів відмовлялася називати співпрацю з пацієнтами роботою і рефлексувала про покликання, необхідність допомагати людям тощо: «Це не робота, бо треба пацієнта полюбити». Нерідко ментори окреслювали свою діяльність як «спосіб життя», адже вона передбачає ненормований графік, повну залученість, необхідність ставити пацієнтів у пріоритет над особистими справами. До того ж понаднормова робота менторів не оплачується і може включати різну додаткову діяльність – позаробоче спілкування, адвокацію інтересів ветеранів та людей з інвалідністю, підтримку після реабілітації, організацію активностей для груп пацієнтів, точкові заняття для конкретних пацієнтів (наприклад, підтримка творчості, навчання водінню автомобіля з ручним керуванням) тощо.

Важливо додати, що після виписки спілкування менторів із колишніми пацієнтами не припиняється. Ментори можуть продзвонювати пацієнтів, питати, як у них справи, просити фідбек про реабілітацію, тоді як пацієнти можуть і далі звертатись до менторів по пораду чи допомогу.

ЩО ТАКЕ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»?

Для кращого розуміння особливостей надання послуги «рівний-рів-

ному» важливо окреслити, який зміст у неї вкладають пацієнти, ментори, менеджмент медичного закладу і медперсонал, тобто яким є бачення цього поняття з точки зору культури лікарні. У ході неформальних розмов окреслилось доволі універсальне розуміння цього терміна всіма перерахованими агентами. Однак слід зауважити, що зазвичай пацієнти не розуміли самого терміна «рівний-рівному», але натомість упевнено вживали термін «ментор» та охоче ділились своїми спостереженнями за менторами в лікарні, здебільшого апелюючи до конкретної людини, з якою мали досвід спілкування.

У ході дослідження ми побачили, що найважливіший принцип у межах підходу «рівний-рівному» в досліджуваній лікарні – це залучення людини зі схожим досвідом, щоб мотивувати пацієнта до максимально можливої, з огляду на його травму, самостійності і, як наслідок – кращого розуміння можливостей власного майбутнього в новому тілі.

Цей принцип самостійності ментори формулюють так: «Треба підштовхнути, а далі він сам», «Не робити замість нього, а хай сам робить те, що може», «Твоя реабілітація залежить тільки від тебе», «Треба вміти брати відповідальність за себе», «Інвалідність – це в голові і серці, а не візок чи протез. Візок – засіб пересування». Опитані пацієнти та медперсонал також поділяли цей принцип. Так, один із пацієнтів під час неформального спілкування наголошував, що спеціально попросив родину поїхати додому, а не бути з ним у клініці, щоб він міг усього навчитися сам: «Родина була поруч, а тоді я відправив їх, бо важко самому вчитися тоді». А після цього наголосив, що

має стійку мотивацію для такої самостійності: «Я маю для кого жити, мої пишуться мною»⁸⁹.

Запорукою самостійності, на думку менторів, є саме мотивація, тому вони використовують різні підходи, щоб допомогти пацієнту знайти те, що дасть саме йому змогу рухатись далі. Підходи до людини часто залежать від особистості та переконань ментора і підбираються індивідуально: часом це спілкування в делікатнішій, часом – у більш прямолінійній, а подекуди навіть у грубій манері. Це, наприклад, можуть бути запитання, на які людині пропонують знайти відповідь: «Чому вижив саме ти?», «Що ти як ветеран зможеш потім зробити для своїх побратимів?», «Що ти маєш зробити заради своєї сім'ї?», «Як тобі не стати тягарем для родини?», «Невже ти хочеш, щоб твоя 40-кілограмова дружина тебе 100-кілограмового все життя на руках носила?» тощо.

Під час неформальних розмов пацієнти часто наголошували, що знаходили мотивацію в побутових ситуаціях, і ментори підтримували їх на цьому шляху. Наприклад, мета самостійно обслуговувати власні фізіологічні потреби часто є пріоритетною для пацієнтів, адже сильно пов'язана з уявленнями про власну гідність і маскулінність. Пацієнти наголошували, що намагались працювати над реабілітацією на повну, бо «не зміг би ходити в підгузок», «не хотів, щоб мені дупу підтирали»⁹⁰, «не хотіли «обтяжувати дружину доглядом за собою» тощо.

Утім, ментори зазначають, що такий підхід до стимуляції самостійності працює лише в тих лікарнях, де є належна інфраструктура, фаховий персонал та відповідна внутрішня культура, адже він вимагає часу, зу-

89 – Згідно з оригіналом: «У меня есть для кого жить, мои гордятся мной».

90 – Згідно з оригіналом: «Не хотел, чтоб мне задницу подтирали».

силь, мотивації та сприятливої атмосфери підтримки.

ЯКИМ МАЄ БУТИ МЕНТОР?

Базуючись на етнографічних даних, ми спробували реконструювати емічні, тобто притаманні культурі дослідженої лікарні, уявлення про ідеального ментора.

1. Спільний досвід

Ідеальний ментор — з опису як менторів, так і пацієнтів — повинен мати максимально наближений до пацієнта життєвий досвід і фізіологічний стан: **«Ментор має бути ментором, тобто пройти цей шлях», «Ментор має бути стопроцентним побратимом».**

Вважається, що менторам із військовим досвідом простіше налагоджувати контакт із пацієнтами. Адже спілкування автоматично стає невимушеним з огляду на те, що люди вже мають важливий спільний бекграунд. За словами одного з пацієнтів, із такими менторами можна поговорити «по-свободському», тобто «по-військовому» — конкретно, по суті, без зайвих пояснень свого емоційного стану. Це особливо важливо для людей, яким іще важко комунікувати з цивільним світом після служби і поранення. Спілкування з ментором найчастіше одразу відбувається на «ти» і дає змогу не приховувати емоцій і не підлаштовуватись під цивільний стиль комунікації, де є свої обмеження і правила етикету. Вагому роль у такому спілкуванні відіграє «побратимська мова», тобто особливості професійної лексики військових, специфіка почуття гумору, вживання ненормативної лексики для

вираження емоцій тощо: **«З побратимом ви однодумці, тому можете використовувати чорний юмор, матюки».** Так, під час спілкування ментори і військові пацієнти дійсно досить часто вдаються до чорного гумору. Цей прийом сприяє ефективній емоційній розрядці й заміняє, як кажуть ментори, «ниття», тобто нарікання на свій фізичний стан та негативні емоції. Проте важливо розуміти, що такі чорні жарти може дозволити собі тільки ментор, але не лікар.

За допомогою «військового» спілкування ментори обходять чимало бар'єрів, які виникають у пацієнтів щодо цивільних. Так вони мають змогу ефективніше наблизитись до пацієнта, навіть якщо він закривається від родини та медперсоналу. Подекуди у такому спілкуванні стають перевагою вище військове звання і посада ментора. Адже, поки не увійшов до цивільного життя після поранення і звільнення, пацієнт часто лишається добре адаптованим до військової ієрархії, тому ментор з вищим військовим званням може мати вищий авторитет у його очах. Загалом спілкування з менторами з військовим досвідом і схожою травмою виключає для пацієнтів можливість апелювати до формули «ти мене не розумієш», а це важливо для налагодження довіри й ефективності подальшої співпраці.

Утім, у досліджуваній лікарні з військовими також працюють і цивільні ментори з відповідними травмами. З їхніх слів, подекуди дійсно трапляються ситуації, коли військові пацієнти дорікають їм відсутністю досвіду бойових дій або ж можуть поводитися зверхньо, вимагати преференцій, дозволяти собі грубе спілкування тощо. Так, за словами одного з цивільних менторів, у пацієнтів не-

рідко трапляється поведінка, яку він називає маніпулятивною: **«Маніпуляція статусом УБД — “мені всі винні, я герой”»**, — тому, на його думку, «це треба присікати, бо кожен відповідальний за свої рішення». Однак такі епізоди упередженості щодо цивільних менторів не стосуються всіх пацієнтів. Поза всяким сумнівом, цивільний ментор також може знайти підхід до військового пацієнта: **«Військові бачили в мені свою і ділились травматичними моментами»**.

Тут слід зауважити, що для пацієнтів має значення відповідний зовнішній вигляд ментора, зокрема видимість травми. Якщо, наприклад, до палати з військовими вперше зайде ментор-ветеран, але з невидимою неврологічною травмою, ставлення до нього може бути упередженим. Саме тому для ментора важливо мати видиме схоже ушкодження. Не меншу роль відіграє і настрій ментора. Хороший ментор обов'язково концентрується на позитиві, вміє **«заряджати»** інших: **«Ідеальний ментор — позитивний, веселий, не має права прийти в депресії»**, **«ментор не має бути унілим, має контролювати емоції»**.

2. Бути прикладом

Ментор повинен **«бути прикладом»**, адже веде інших за собою, підтверджуючи авторитет власними досягненнями. Ментор має показати на власному прикладі, як саме, навіть маючи фізичну травму, людина може жити повноцінним життям. Наприклад, займатись спортом, бути соціально активним, реалізованим у професійному та особистому аспектах. Ментори формулюють своє завдання так: **«Я знаю, як їм — я розказую свій особистий досвід»**. За словами пацієнтів, в умовах розгубленості після

травми і повного нерозуміння себе і свого тіла ментор показує своїм прикладом, **«що може бути далі»**, **«що життя не закінчується»** і **«вчить з цим жити»**.

Цей прийом ефективно працює й для тих менторів, які не мають військового досвіду. Наприклад, коли цивільна людина з протезом показує, який шлях пройшла після ампутації та як їй вдалось реалізувати себе у професійному й особистому житті, або коли ментор на кріслі колісному ділиться своїми успіхами у спорті — це стає сильною мотивацією для пацієнтів. Якщо травма ментора ще складніша, ніж травма пацієнта, — виникає додатковий ефект мотивації, але це не є обов'язковою умовою для успішного менторства.

Слід додати, що, показуючи на власному прикладі, яким може бути життя після травми, ментор робить **«акцент на можливостях, а не на обмеженнях»**. На думку досвідчених менторів, **«реабілітація — це час і праця»**, тому її успіх прямо залежить від того, яких зусиль докладає пацієнт, щоб змінити свій стан. Водночас, крім раціональних аргументів щодо можливостей у подальшому майбутньому, приклад ментора є для пацієнта позитивним емоційним стимулом і натхненням: **«Побачив, що ментор може, значить, і я зможу!»**.

3. Бути лідером і бути рівним

Ментор поєднує в собі дві функції: бути лідером і бути рівним. У досліджуваній лікарні побутує уявлення, що ментори мусять володіти лідерськими якостями, адже значна частина роботи ментора пов'язана зі вмінням змотивувати людину, а також із організацією активностей для пацієнтів. Серед таких видів діяльності

— спорт, риболовля, садівництво, відвідування концертів, вистав, виставок, професійних конференцій, майстер-класів тощо. Цікаво, що загалом традицію організації активностей для пацієнтів у цій лікарні розпочала фізіотерапевтка, а вже пізніше до цього долучились ментори.

Ментори ведуть пацієнтів за собою, демонструють, що навіть після поранення в світі є багато можливостей, якими за бажання можна скористатись: **«Усе іде від харизми, тоді це працює»**. Такі активності стають менторів важливим інструментом, який, серед іншого, виконує функцію айсбрейкера і подекуди стає основною точкою входу в спілкування з закритими пацієнтами. Якщо людина погодилась долучитись — значить, зробила перший крок, і можна обережно намагатися налагоджувати з нею стосунки. Крім того, участь в активностях — це завжди мотивація. Пацієнти отримують цілковито новий досвід або навпаки, переконуються, що звичні розваги та хобі доступні їм навіть попри поранення. Ментори описують, як під час участі в активностях у пацієнтів «горять очі» та як це їх надихає.

Проте, хоча ментор є лідером, він не виділяє себе з-поміж інших: ходить у спортзал разом з усіма, у розмовах із пацієнтами наголошує на схожості досвідів, нагадує, як йому теж було важко. Втім, і ментори, і пацієнти, і медперсонал скаржаться на те, що в активностях здебільшого беруть участь одні й ті самі люди. Безперечно, в такий спосіб вони здобувають дуже важливий досвід, але масово залучати більш закритих і складних пацієнтів вдається рідко. Це залишає потенціал для вдосконалення процедур залучення ментора до ширшого

охоплення поранених.

Важливо також додати, що принцип «рівний-рівному» передбачає рівноцінне ставлення менторів до всіх пацієнтів — без упереджень, преференцій, зміни ставлення через статус пацієнта тощо. Ментори називають це **«бачити в людині в першу чергу людину»**. Однак це правило не є універсальним для всіх менторів, адже, як згадувалося вище, все неабияк залежить від особистих якостей самого ментора.

Менторство — це також особливий дружній зв'язок, тому спілкування менторів із деякими пацієнтами буває ближчим, ніж з іншими. Перед окремими пацієнтами ментори відчують більшу відповідальність, наприклад, через особливості їхнього досвіду служби чи сімейної ситуації. В таких випадках вони намагаються включатись активніше, ніж зазвичай, щоб стабілізувати пацієнта та знизити ймовірність його небажаної асоціальної поведінки після виписки з лікарні.

4. Бути підтримкою

Серед менторів лунає думка, що ментор повинен надавати беззаперечну підтримку пацієнту в критичних ситуаціях у будь-який час. Пацієнт може написати чи подзвонити такому менторові завжди, коли виникає термінове важливе питання чи він перебуває в складному психоемоційному стані. До того ж ментори визначають себе як тих, хто готовий розділяти емоційні переживання пацієнтів: **«Людина, яка поруч і коли важко, і коли добре»**.

Окрім того, ментор може підключати власне соціальне коло, щоб допомагати пацієнтам робити поза лікарнею важливі для їхньої мотивації речі (займатися спортом, музикою, во-

дінням тощо): «Ментор — це соціальні контакти, щоб допомагати іншим».

Подекуди ментор стає екстреним контактом, який може допомогти в складній ситуації, навіть коли пацієнт уже виписався і, наприклад, нашкодив іншим людям. Ментор приймає пацієнта з його помилками і страхами, намагається допомогти усвідомити небажану поведінку й отримати належну допомогу.

5. Відчувати людей

Ментор має бути чуйним і «відчувати людей», знати, до кого підійти, а кого не турбувати, розуміти, з ким і як можна жартувати, в якій манері з ким говорити і що варто собі дозволяти, а що ні. Саме спільний досвід допомагає «відчувати» людину краще. Ментори подекуди описують це словами: **«Я людину бачу», «Побратим побратима розуміє, це як в окопі».**

На думку менторів, «відчувати людей» не можна навчитися — це вміння або є, або його немає. Адже в його основі — чуйність, емпатія, небайдужість і спільний досвід. Насправді під час неформального спілкування ментори багато розмірковували про те, що обрали для себе цю сферу діяльності, бо **«мусили зробити щось для інших», «хотіли допомогти», «знали, як їм [пацієнтам — Т.П.], і хотіли показати, що життя триває»** тощо.

МЕНТОРСЬКЕ ПОВСЯКДЕННЯ

У досліджуваній лікарні не практикується закріплення ментора за конкретним пацієнтом. Тому з людиною можуть спілкуватись один або кілька менторів (здебільшого пацієнт знайомиться з іншими менторами під час активностей). Також пацієнт

може повністю відмовитись від менторської підтримки.

Ментори не мають єдиної думки щодо спілкування з людиною, яка відмовляється співпрацювати. Все залежить від особистої позиції та переконань ментора. Найчастіше ментори регулярно працюють із тими пацієнтами, що виявляють таке бажання. Водночас вони намагаються достукатись і до закритих пацієнтів, намагаються проводити з ними короткі розмови і пропонують долучатись до активностей: **«Закритих треба витягувати на люди».** Проте якщо людина категорично відмовляється від спілкування з ментором, її право поважатимуть. Подекуди ментори згадують власний досвід закритості протягом певного періоду і наголошують, що їх самих «бісило» б, якби хтось їм нав'язувався.

Частина менторів дотримується принципу **«не стукати в зачинені двері».** Тобто якщо пацієнт відмовляється йти на співпрацю, менторові немає сенсу **«інвестувати в нього свій час, натомість краще віддати цей час тим, кому це вже потрібно».** Це, зокрема, **«допомагає менторам не вигорати».** Водночас цей підхід може існувати паралельно з уявленням про те, що **«до кожного можна знайти ключик — питання тільки в бажанні і термінах».** Цей підхід передбачає зважування переваг інвестування зусиль саме в цього конкретного пацієнта та ймовірність, що його реабілітація займе достатньо часу, щоб людина була готовою відкритись: **«Закритим треба час, не можна вимагати нічого».**

Протягом дня ментори проводять неформальні і здебільшого незаплановані індивідуальні та групові розмови з пацієнтами, спілкуються з близькими пацієнтів та медичним

персоналом, а також самотійно (або разом з іншими менторами чи працівниками лікарні) організовують активності для пацієнтів під свою відповідальність (як у приміщенні лікарні, так і виїзні). При цьому, якщо на момент виїзду в лікарні присутня родина пацієнта, який планує долучитись до активності, всі рідні запрошуються разом з ним.

Розмови менторів із пацієнтами нерідко відбуваються під час випадкових зустрічей у коридорах або **«на курілці»** (в спеціально відведених місцях для куріння). Такий формат дає змогу витримати дружній і неформальний тон у спілкуванні з пацієнтами, де ті не зобов'язані відкриватись надміру. Ментори в різній формі повторювали, що **«людина ніколи не розкаже більше, ніж вона готова розказати на даний момент»**.

Під час етнографічного дослідження було проведено низку спостережень за таким спілкуванням менторів із пацієнтами. Зазвичай ментор спершу цікавиться у пацієнта, як його справи, може пожартувати, скажімо, щодо того, що пацієнт тривалий час не переходить із крісла колісного на милиці, або щодо того, який у кого настрій. Водночас якщо пацієнт озвучує нагальну проблему, ментор може підказати, наприклад, контакти лікаря — вузького фахівця, який працює в лікарні саме з цією проблемою, поділитись власним досвідом реабілітації чи допомогти знайти в своєму соціальному колі людину, яка може допомогти вирішити проблему.

Іноді візити ментора до пацієнта є запланованими, скажімо, коли це міждисциплінарний обхід раз на тиждень, і ментор долучається цього обходу. Іноді в ментора може бути по-

передня домовленість із пацієнтом, або ж медперсонал може попросити ментора поговорити з пацієнтом. Пацієнти також можуть самі ініціювати зустрічі з менторами, якщо відчують потребу поспілкуватись.

Виїзні активності відбуваються майже щотижня. Однак кожному виїзду передують консультація з лікуючими лікарями та отримання в них дозволу на участь пацієнтів, які бажають долучитись. Важливо зауважити, що більшість активностей проводиться під повну відповідальність ментора, який підписує відповідні документи. Всі пацієнти реабілітаційного відділення додаються у спільну групу в одному з месенджерів, де зазвичай розміщуються оголошення про майбутні активності. Охочі можуть просигналізувати про свою готовність долучитись до того, що їх зацікавило. Іноді ментори можуть додатково ходити по палатах або дзвонити пацієнтам, щоб нагадати про майбутню активність. Проте у разі відмови пацієнта від участі ментор не наполягатиме. Фактично такий підхід є основою для формування контакту **«ментор-пацієнт»**, і під час активностей ментори отримують можливість більш неформального спілкування та наближення до пацієнта.

Крім обговорення фізичного та психічного стану пацієнта, спектр послуг ментора може охоплювати дуже широкий діапазон побутових ситуацій після поранення й/або виписки. Наприклад, ментор може поділитись власним досвідом або знаннями з юридичних питань, пов'язаних із виплатами після поранення, пільг для людей з інвалідністю внаслідок війни тощо. Це можуть бути нішеві тактичні консультації, наприклад, щодо того,

як саме ветеранові податись на отримання житла, як правильно оформити документи щодо інвалідності й одержати всі належні виплати. Такі консультації стабільно затребувані серед пацієнтів. Ментори, які працюють зі спінальними травмами, можуть бути компетентними в підборі та налаштуванні крісел колісних, виборі антипролежневої подушки, облаштуванні й адаптації житла тощо.

Попередні дослідження «Принципу»⁹¹ підтверджують існування значних упереджень серед військових, особливо серед чоловіків, щодо психологічної підтримки. Чимало з тих, хто насправді потребує психологічної та психіатричної допомоги, відмовляються від таких послуг, стверджуючи, що вони не **«психи»**, їм **«точно це не треба»** й вони можуть дати раду самостійно, або ж посиляючись на те, що цивільний лікар-**«мозгоправ»** точно не зможе їх зрозуміти і допомогти.

Під час міждисциплінарних обходів, рутинних занять із медперсоналом, а також спілкування з менторами та іншими працівниками лікарні докладається чимало зусиль для переконання пацієнтів-військових, які цього потребують, звертатися по психологічну і психіатричну допомогу. Однак наразі ці спроби мають недостатній результат.

У такій ситуації ментори фактично виконують базову функцію психологічної підтримки для пацієнтів. Не маючи професійних знань із психології та психіатрії, завдяки схожому досвіду вони отримують перевагу через більшу відкритість пацієнтів до спілкування з ними. Тож нерідко ментори намагаються використати цей кредит довіри, щоб допомогти людям віднайти нові сенси в житті та взяти на

себе відповідальність за результати своєї реабілітації. Тут важливо вкотре наголосити на тому, що ментори спілкуються з пацієнтами неформально, по-братимськи. Тож у тих не виникає відчуття, що хтось спеціально **«лізе в душу»**, пацієнти відчують, що людина зі схожим досвідом зможе їх зрозуміти і не засудить, а також не ставитиме **«тупих»** запитань. Таке налаштування вже забезпечує значну частину успіху розмови. За словами медперсоналу: **«Ментори беруть на себе половину психологічної роботи»**. Зрозуміло, що така підтримка без належної підготовки містить потенційні ризики — це як різноманітні питання етичного характеру, так і ймовірність ненавмисного завдання психологічної шкоди пацієнту чи самому ментору. До того ж деякі ментори наголошують, що робота з пацієнтами може запускати **«синдром рятівника»**, коли **«хочеш всій сім'ї пацієнта допомогти»**. І це не завжди добре. Однак пацієнти схвально відгукуються про менторську підтримку їхнього морально-психологічного стану, а медперсонал нерідко звертається до менторів із проханнями поговорити з конкретними пацієнтами, **«по яких видно, що вони підупали духом»**. За словами медпрацівників, здебільшого такі розмови мають відчутний позитивний ефект.

Зрозуміло, що робота з негативними людськими емоціями, а також регулярне повернення до власного травматичного досвіду є значним викликом для психоемоційного стану самих менторів. Ментори чимало рефлексують щодо вигорання, діляться рецептами власних методів його профілактики, наприклад, **«не занурюватись у пацієнта надто глибоко»**, займатись спортом, проводити час із

91 — Перехід від військової служби до цивільного життя: контексти, досвіди, рішення. Дослідження — Київ, березень 2025. — С.179–180. Від поранення до повернення. Етнографічне дослідження шляху ветеранів та їхніх близьких / [Тіна Полек, Євген Лисенко, Олексій Москаленко, Денис Султангалієв, Любов Галан]; За заг. ред. Л. Галан., Д. Султангалієва. — Київ, 2023. — С.47–54

родиною, брати відпустку, перемика- тись на інші активності тощо. Щодо супервізії ментори мають різні пози- ції: дехто вважає, що супервізія їм не потрібна, інші говорять, що хотілося б більш неформальної допомоги, а не професійного лікування чи терапії, для третіх звернення до психолога є тим, за що вони можуть відчувати сором. Окремі ментори наголошують, що бути в терапії необхідно, однак важливо мати психотерапевта, який не працюватиме в лікарні, де задія- ний ментор, щоб уникнути конфлікту інтересів.

Підсумовуючи підрозділ про по- всякдення менторів, хочемо наголо- сити, що єдиного прописаного стан- дарту менторства в досліджуваній лікарні не існує. Ця система базуєть- ся на досвіді, довірі, конкретних осо- бистостях і загальній неформальній культурі цієї лікарні, тобто тому, як за- ведено і як не заведено поводитись. Тому в реальності дії менторів неабияк залежать від того, як вони «відчува- ють» своїх пацієнтів та якими людьми є. Хтось може висловлюватись жор- сткіше, хтось делікатніше, а дехто вва-

жає, що пацієнтам треба дати можли- вість навчитись на власних помилках – єдиного підходу немає.

Наостанок додамо, що культура менторства в досліджуваній лікар- ні вирізняється гнучкістю й нефор- мальністю, що дає змогу забезпечи- ти налагодження довіри пацієнтів та близький контакт із ними. Водночас уся система менторства націлена пе- редусім на те, щоб допомогти паці- єнтові знайти мотивацію, яка вкаже йому власний шлях до самостійності й посприє віднайденню нових сен- сів у новому тілі.

Такий гнучкий підхід виключає вимірюваність і KPI процесу ментор- ства, але не означає, що воно не дає результатів. Самі ментори говорять про те, що відчують найбільше за- доволення, коли розуміють, що **«в пацієнта все вдається, і ти до цього долучився»**. Таких **«вдається»** може бути нескінченна кількість: вийшло знайти новий вид зайнятості чи по- вернутись до старого, стати на про- тез, відновити зіпсовані стосунки з родиною, почати допомагати іншим ветеранам у своїй громаді тощо.

3.2. Пацієнт: нове тіло і нові сенси

Однією з важливих цілей етнографічного дослідження було занурення в повсякдення пацієнтів у контексті їхньої співпраці з менторами. Щоб не надокучати тим із-поміж пацієнтів, хто більш закритий і не прагне жодного спілкування, ми зосередились виключно на тих, які мали досвід роботи з менторами та виявляли бажання комунікувати. Тому цей аспект нашого дослідження має обмеження — його висновки базуються на спілкуванні здебільшого з відкритими, активними людьми, позитивно налаштованими до менторства. Так, у процесі дослідження було помітно, що, описуючи результати роботи з менторами, пацієнти вдаються до наслідування шаблонів, що ними послуговуються самі ментори, наприклад, **«від тебе багато чого залежить — треба не вішати носа і працювати»**. Водночас пацієнти не менш охоче згадували про ініціативи менторів, які виявилися найефективнішими саме для них та їхнього морально-психологічного стану: **«Тут стільки активностей, що нема коли думати про травму»**, **«Головне — брати участь у заходах і не закриватись»**.

Слід наголосити, що менторство поєднує дві рівноцінно важливі складові: групове та індивідуальне спілкування. Групове спілкування, скажімо, під час активностей, передбачає також залучення до взаємодії з іншими пацієнтами, що дає додатковий ефект. Індивідуальне спілкування дає змогу **«виговоритись пе-**

ред тим, хто не засудить», запитати поради, поскаржитись. Так, деякі пацієнти ділились з менторами особистими історіями щодо неналежного лікування у попередніх медичних закладах, куди потрапляли після поранення. Ці історії переважно стосувалися некомпетентності медичного персоналу лікарні та невизначеності щодо подальших кроків для покращення фізичного стану пацієнтів у майбутньому. Після такого досвіду конкретні поради менторів ставали важливими маркерами, що ті компетентні, а отже, про пацієнта в цій лікарні дбають і точно допоможуть: **«За 20 хв консультацій почув від ментора більше, ніж в чотирьох лікарнях до того»**. Нерідко завдяки знанням, здобутим на власному досвіді, а також обізнаності з історіями інших пацієнтів і можливостями лікарні та державної підтримки ментори мають базові компетенції для інформування пацієнта щодо його фізичного стану та соціальних можливостей. Окрім того, до менторів як до носіїв досвіду пацієнти та їхні партнерки можуть неформально звертатися з максимально делікатними питаннями, які соромляться ставити лікарям, наприклад, щодо інтимного життя після травми, особливостей комунікації між партнерами тощо.

Загалом для пацієнтів робота ментора — це не завжди про тіло й навіть не завжди про мотивацію, а більше про сенси. Розповідаючи про свій досвід реабілітації після поранення, паці-

енти вказували на те, що перед ними поставали базові питання, пов'язані з ідентичністю, своїм місцем у світі після поранення, на кшталт **«хто я?»**, **«ким я зможу бути?»**. Саме ментори допомагали пацієнтам знаходити відповіді, стаючи чимось на зразок духовних наставників. Своїм прикладом і підтримкою ментори давали пацієнтам розуміння, що тим є заради чого жити далі та що вони мають чимало можливостей для самореалізації на всіх рівнях: **«Ментор поміг мені зрозуміти, як жити далі»**, **«Ментор поміг мені знайти сенс»**, **«Ментор – це про духовні пошуки»** тощо. Таке поєднання консультацій щодо фізичної реабілітації й допомоги з пошуком сенсів для пацієнтів стає таким цінним що дехто стверджує: **«Без ментора я не зробив би і половини успіхів в реабілітації»**.

Однак справедливо буде додати, що не лише ментори підтримують пацієнтів у лікарні – медперсонал також долучається до цього, наскільки можливо. До того ж серед пацієнтів існують побратимство та солідарність серед мешканців палати або, наприклад, між тими, хто бере участь у певних активностях. У такий спосіб пацієнти підтримують одне одного, співпереживають і підбадьорюють, адже фактично мають однаковий досвід, перебуваючи на схожих стадіях лікування й реабілітації. Наприклад, за словами одного з пацієнтів, він **«дуже холостих підтримував, бо в них же нікого нема»**.

Не можна оминати увагою і проблеми, що виникають на боці пацієнтів у процесі реабілітації. На жаль, ці явища притаманні всім лікарням, і системне їх вирішення залишається вкрай складним завданням. Найбільш проблемними для залучення до менторства є три категорії пацієнтів: ті, хто зловживає можливістю отримувати державні виплати й зумисно затягує своє перебування в лікарні⁹²; ті, хто провадить у лікарні демонстративно гедоністичний спосіб життя, витрачаючи виплати і не працюючи над покращенням свого фізичного стану⁹³; ті, хто має алкогольну чи інші залежності⁹⁴. З цими категоріями пацієнтів менторам працювати найскладніше, адже вони можуть закритися і не бажати нічого змінювати у своєму стані.

Менторство для пацієнтів виявляється не лише підтримкою у фізичній реабілітації, а й важливим джерелом сенсів та орієнтирів у пошуках нової ідентичності після поранення. Пацієнти сприймають менторів як компетентних радників, чия увага й досвід формують довіру до лікування і допомагають не почуватися самотніми. Водночас велику роль відіграє і взаємна підтримка між самими пацієнтами, що створює атмосферу побратимства. Разом із тим, існують серйозні виклики, пов'язані зі зловживанням юридичними й фінансовими можливостями, браком фінансової грамотності та проблемами залежностей. Попри ці труднощі, менторство

92 – За чинними юридичними нормами, якщо в людини не було перерви в лікуванні після поранення, протягом усього цього періоду вона отримує таке саме грошове забезпечення, як і під час служби на передовій. Тому деякі пацієнти зловживають цим, намагаючись лікуватись якнайдовше і прогресувати якнайповільніше.

93 – Серед пацієнтів спостерігається брак фінансової грамотності – не всі з них уміють поводитись із такими великими для себе сумами, тому витрачають кошти на миттєві задоволення (наприклад, доставка їжі з ресторанів, знайомства і зустрічі з жінками). З огляду на ці гедоністичні витрати пацієнти ігнорують потреби своїх родин, а також потім не мають змоги відкласти кошти у вигляді фінансової подушки, необхідної їм, якщо поранення передбачатиме подальше звільнення.

94 – Серйозною проблемою, що перешкоджає реабілітації пацієнтів, є також залежності. Найчастіше йдеться про зловживання алкоголем. Що ж до наркотичних речовин, то, за словами менторів та медперсоналу, в досліджуваній лікарні траплялися лише поодинокі випадки залежностей. Ясна річ, вживання алкоголю заборонене правилами лікарні, і, коли пацієнта «ловлять на гарячому», йому роблять попередження. Після третього такого попередження людину можуть достроково виписати з лікарні. Однак зловживання алкоголем не завжди може бути помітним. Наприклад, один із пацієнтів лікарні на крислі колісному щодня прогулювався з пляшкою солодкого газованого напою, і лише з часом з'ясувалось, що він щодня підливав туди алкоголь. У разі зловживання алкоголем людиною в гострому стані можуть направити на психіатричне лікування. Якщо ж стан людини не гострий, її заохочуватимуть до роботи з психологами, компетентними в боротьбі з залежностями та в роботі з травмою, адже нерідко зловживання алкоголем є наслідком загострення ПТСР. Окрім того, медперсонал лікарні та ментори намагаються максимально залучити родину пацієнта для системної роботи з такими залежностями.

можна розглядати як важливий елемент реабілітаційного середовища, що поєднує фізичне відновлення з формуванням нових життєвих сенсів для пацієнтів.

3.3. Медперсонал: прірва досвідів

Спілкування з медпрацівниками дало чітке розуміння, наскільки розмежування «військовий-цивільний» впливає на процес реабілітації пацієнтів. Базова позиція медперсоналу зазвичай полягає в тому, що **«в першу чергу військових пацієнтів треба зрозуміти»**. Для цього, наприклад, можуть використовуватись будь-які приводи для неформального спілкування: **«Перше питання ерготерапевта: чи ви курите? Бо тоді можна витягнути пацієнта на вулицю»**. Ментори, до речі, теж цим користуються, бо **«курілка»** — основне місце спілкування в лікарні. Так, під час дослідження один із пацієнтів ділився на «курілці» власним досвідом кидання паління. За його словами, спроби кинути палити закінчились уже за кілька місяців, бо **«коли не куриш, стає самотньо, нема приводу вийти з палати»**.

Однак навіть емпатичність і неформальне спілкування не гарантують успішної співпраці під час реабілі-

тації. Абсолютно типовою є ситуація, коли, наприклад, пацієнт відмовляється ходити на заняття чи виконувати певні вправи, бо відчуває біль або дискомфорт, перебуває в поганому настрої чи розчарований повільним прогресом. У таких випадках відповіддю на раціональні аргументи лікаря чи медперсоналу стає фраза **«ти мене не розумієш»**. З подібною реакцією стикається абсолютна більшість медичних працівників, і цей бар'єр суттєво ускладнює роботу реабілітаційних відділень. Так, один із медпрацівників емоційно описував подібну ситуацію з пацієнтом фразою **«так що мені, ногу тепер відпиляти, щоб зрозуміти?»**. Ця відповідь є влучною ілюстрацією емоційного тиску, з яким стикається цивільний персонал під час роботи з військовими, що мають важкі поранення. Під час спілкування медпрацівники також наголошували, що їм не завадила б психологічна підтримка, адже їхня робота також включає складні емоційні досвіди.

Головна проблема медперсоналу — неможливість достукатись до військових пацієнтів, щоб налагодити результативний процес реабілітації. За словами медпрацівників, типовою є ситуація, коли люди чекають миттєвого результату і розчаровуються, якщо його немає: **«2–5 хв негативного досвіду — і зразу “навіщо воно мені треба”?»**. У таких випадках або у випадках агресивної поведінки чи закритості пацієнтів медперсонал пропонує їм звертатися до психолога, бо **«все починається з голови»**, — але зустрічають сильний опір (**«психолог — це слабкість»**, **«мені таке не допоможе»**). Навіть якщо людина погоджується на одну зустріч із психологом, малоймовірно, що після цього вона продовжить роботу з ним.

У разі непорозумінь із пацієнтами медперсонал вдається до послуг менторів як медіаторів у процесі реабілітації: **«Ментор — це місток, ментор може займатись тими, хто не хоче працювати з медиками»**, **«Ментор — перекладач між лікарем і пацієнтом»** (бо пацієнт може боятись лікаря, не довіряти йому), **«Ментори допомагають збудувати зв'язок пацієнта з ерготерапевтом»** тощо. Крім того, ментор має власний досвід травми, тому може надати пацієнту конкретний взірець людини, яка робила необхідні вправи і досягла результатів: **«Пацієнти тут довго — їм болять, ментор може показати приклад»**. За словами однієї медпрацівниці, **«ментори знімають і випаровують напруження»**.

Крім того, для фізіо- та ерготерапевтів ментор стає перекладачем, який допомагає краще зрозуміти фізичні відчуття пацієнта під час занять — наприклад, які саме больові відчуття в кукусі має пацієнт, як відчувається

певна модель протезу, якими є відчуття у спині тощо.

Для медперсоналу ментор може ставати **«захисником»** перед пацієнтами, якщо ті, наприклад, поведуться агресивно, дозволяють собі нетактовні висловлювання щодо працівників лікарні, саботують процес реабілітації. Реакція ментора залежатиме від того, якою він є людиною і який має характер. Наприклад, коли пацієнт ставиться до лікаря зневажливо чи агресивно, ментор може прямо сказати, що умови в цій конкретній лікарні незрівнянно кращі, ніж в інших, а пацієнт не цінує ні інфраструктуру, ні виняткове ставлення до себе, тоді як деінде такого вже не буде. Або ж ментор може в грубій формі сказати пацієнтові, мовляв, ці заняття **«не лікарю треба, а тобі треба»**, і в такий спосіб переконуватиме його займатись далі. Після такого спілкування з менторами ймовірність, що пацієнт повернеться до занять, суттєво зростає — а буває, і що пацієнти перепрошують у лікарів за грубість.

Медперсонал загалом тепло відгукується про діяльність менторів, висловлює жаль, що наразі в лікарні їх недостатньо, і наполягає, що з ними робота значно простіша й ефективніша, ніж без них. Наприклад, в одному з відділень лікарні тривалий час працювала група менторів, які мали американське фінансування. Після припинення цього фінансування медперсонал зміг на власному досвіді порівняти роботу з менторами і без них: **«Коли були ментори на американському фінансуванні, було ерготерапевтам дуже зручно, бо вони це прожили, знають все на власному досвіді, пацієнти їх значно краще сприймають, їм не можна сказати “ти мене не розумієш”. Можна**

порівняти до і після, і тепер значно складніше».

Досвід медперсоналу показує, що знайти спільну мову з пацієнтами-військовими важко. Спроби емпатії й неформального контакту часто не дають очікуваного результату, а відчуття нерозуміння призводить до конфліктів і емоційного виснаження. У цьому

контексті ментори стають ключовими посередниками — зменшують напруження, допомагають відновити довіру й мотивують пацієнтів до реабілітації завдяки власному досвіду. Для лікарів і терапевтів залученість менторів робить процес значно ефективнішим, тоді як без них робота з пацієнтами стає набагато складнішою.

3.4. Близькі: підтримка, гіперопіка та інші виклики

Перебування пацієнтів у реабілітаційних відділеннях (за винятком тих, хто не має родини) зазвичай передбачає регулярні провідування рідними і близькими. Тому в реальності взаємодія з пацієнтами та їхнє ставлення до реабілітації суттєво залежать від того, якими є їхні стосунки з найближчими людьми і як ті ставляться до поранення та інвалідності близької людини. З огляду на це ментори та медперсонал регулярно комунікують не лише з пацієнтами, але і з їхніми близькими.

Поза всяким сумнівом, рідні і близькі є надзвичайно важливими агентами ефективної реабілітації. Родина надає людині емоційну підтримку, допомагає віднаходити сенси та сили. Саме тому лікарня відкрита до взаємодії з родинами: вхід до лікарні для членів сімей пацієнтів вільний, їх

запрошують долучатись до активностей, для подружніх пар влаштовують побачення тощо. Водночас саме ментор нерідко стає тією людиною, яка простою мовою пояснює близьким нюанси й особливості фізичного та емоційного стану пацієнтів та формує реалістичні очікування, зокрема і щодо їх повернення до цивільного життя. Крім того, ментори визначають свою роль у взаємодії з родинами як надання їм максимуму інформації щодо отриманої близьким травми та подальшого життя з такою травмою, **«щоб рідні не соплили»** і не збивали пацієнтові мотивацію.

Однією з найпоширеніших проблем, пов'язаних із родинами пацієнтів, яка заважає досягненню поставлених цілей, за словами медперсоналу та менторів, є гіперопіка близьких.

Поки людина оточена тими, хто готовий реагувати на будь-який запит, у неї не з'явиться мотивації робити щось самостійно. Ба більше, подекуди пацієнти звикають до такої опіки й вимагають від рідних повної самопожертви, навіть коли їхній фізичний стан цього не потребує, — адже вважають, що тепер, після важкого поранення і служби, родини їм винні.

Подекуди через власний гіперконтроль родичі пацієнтів можуть ускладнювати їм процес реабілітації. Наприклад, за словами менторів та медперсоналу, ілюстрацією подібного патерну в лікарні була поведінка матері одного з пацієнтів. Вона втручалась у всі процеси, відгороджувала сина від спілкування, тиснула на нього, в грубій формі вимагала швидких результатів і принижувала через їх відсутність. Під час занять цю жінку намагались відволікати і виводити з кабінетів, із нею спілкувалися ментори і медперсонал. Утім, це не мало особливого успіху. Згодом ситуація вирішилася: пацієнта додали до спільної групи у месенджері, й він зміг спілкуватись з іншими напряму, без додаткових втручань.

Роль близьких у реабілітації пацієнтів є подвійною. З одного боку, вони забезпечують емоційну підтримку й створюють відчуття сенсу, з іншого — їхня гіперопіка, гіперконтроль чи нерозуміння через відсутність військового досвіду можуть гальмувати прогрес. Тому, щоб уникнути негативного впливу на пацієнтів, родини часто потребують простих і зрозумілих пояснень фізичного й емоційного стану своєї близької людини та формування реалістичних очікувань. Саме ментори є посередниками між близькими пацієнта, персоналом лікарні та пацієнтом. Вони не лише до-

помагають уникнути завищених чи руйнівних очікувань з приводу фізичного стану людини, але й пояснюють емоційний стан пацієнта, особливості його поведінки та спілкування. Крім того, ментори подекуди дбають про близьких пацієнта, нагадують їм про необхідність берегти власні ресурси, відпочивати, переключатися, щоб не виснажуватись у процесі догляду і бути ефективнішими. Таким чином, взаємодія менторів із родинами стає важливою складовою реабілітації пацієнта.

Проведене в тилівій лікарні етнографічне дослідження зафіксувало, що послуга «рівний-рівному» тримається на повсякденній взаємодії чотирьох агентів — менторів, пацієнтів, медперсоналу та близьких пацієнтів — і працює через довіру, спільність досвіду та гнучкі неформальні практики. Менторство у цій культурі водночас сприймається і як робота, і як покликання. Воно поєднує лідерство та «рівність», організацію активностей і постійну емоційну присутність, а його ефект ґрунтується на здатності «відчувати людей», показувати можливі траєкторії життя після травми на власному прикладі та переводити професійну мову медицини у зрозумілі сенси. До того ж ментори з військовим досвідом мають більший кредит довіри і меншу дистанцію до пацієнтів, тому їхнє спілкування є більш неформальним, прямолінійним і сприяє більшій відкритості.

З боку пацієнтів менторська підтримка допомагає переходити від зосередженості на «новому тілі» до пошуку нових ідентичностей і мотивацій. Важливими залишаються як групові формати, що допомагають створювати спільноту, так і індивідуальні розмови з ментором про най-

більш особисті теми. Водночас на боці пацієнтів реабілітацію ускладнюють практики навмисного «затягування» лікування, демонстративний гедонізм та алкогольна залежність — чинники, що потребують системного вирішення на всіх рівнях.

Для медперсоналу ментори стають «мостами», «перекладачами» й «посередниками». Вони знижують напруження, повертають довіру та полегшують комунікацію там, де позначається прірва військового й цивільного досвідів, а також розбіжність між досвідом людини з інвалідністю і людини без інвалідності. Водночас ментори «захищають» медпрацівників від агресії пацієнтів, допомагають знаходити підходи до тих із них, хто є більш закритим, та сприяють ефективнішій реабілітації.

Роль близьких у реабілітації виявляється неоднозначною. З одного боку, родини забезпечують пацієнтам емоційну підтримку, мотивують і допомагають триматися сенсів. З іншого — надмірна опіка та контроль гальмують автономність пацієнтів і стають бар'єром для прогресу. Тут ментори також відіграють посередницьку роль: вони пояснюють реалії стану пацієнта простою мовою, формують реалістичні очікування, а також нагадують родичам про потребу берегти власні ресурси, щоб не виснажуватись у процесі догляду.

У підсумку «рівний-рівному» постає як гнучка практика, вбудована в культуру конкретної лікарні. Вона поєднує фізичне відновлення, пошук мотивації, сенсів та нових ідентичностей, налагодження стосунків із медиками і родинами, а також формування спільноти серед пацієнтів.

Утім, реабілітаційні відділення досліджуваної лікарні нагадують

бульбашку однодумців, де кожен пацієнт оточений увагою і турботою. Але у разі звільнення людина повертатиметься з цієї бульбашки до свого місця проживання, і ставлення цивільного світу до неї може бути не таким позитивним. Зокрема, системна неухважність держави до переходу від служби до цивільного життя сформувала стійке уявлення про те, що, за словами медичної працівниці, **«військові не розуміють цивільних, а цивільні не розуміють військових»**. У цьому контексті менторство виконує ще одну приховану, але критично важливу функцію — воно нехай поверхнево, але готує пацієнтів до виходу за межі лікарняної спільноти, до зустрічі з нерозумінням і **«байдужістю»** цивільного світу. Не в останню чергу цьому сприяє акцент на формуванні самостійності та підготовці до майбутньої самореалізації. Ментори, маючи власний досвід такого повернення, можуть не лише показати приклад адаптації, а й пояснити пацієнтам, що труднощі цього переходу є подоланими. Водночас їхня підтримка формує у пацієнтів відчуття, що навіть після виписки вони не залишаться сам-на-сам зі своїми проблемами. Таким чином, послуга «рівний-рівному» виходить за межі стін лікарні й стає містком між захищеною реабілітаційною **«бульбашкою»** та неоднозначною реальністю цивільного життя.

Висновки

Наше дослідження підтвердило, що підхід «рівний-рівному» здатен стати важливим підсилювальним елементом системи реабілітації військово-вослужбовців та ветеранів в Україні. Він формує довіру там, де традиційна медична послуга наштовхується на бар'єри, перекладає мову медицини на зрозумілі для пацієнта категорії, допомагає у пошуку ідентичності і нових сенсів життя після травми. Фахівці «рівний-рівному» виступають «містками» між пацієнтами, їхніми близькими та медичним персоналом, знижують напруження і підвищують прихильність до реабілітації. Вони допомагають з освоєнням практичних навичок самостійного життя з травмою і підтримують у вирішенні юридичних і соціальних питань.

В Україні вже існує декілька організацій-«флагманів», які демонструють досить зрілі моделі інтеграції підходу «рівний-рівному» у ФРМ. Вони поступово вибудовують життєвий цикл підтримки — від стаціонарного лікування до життя в громаді. У ФРМ фахівцями «рівний-рівному» є не лише ветерани, а й цивільні люди з досвідом життя з травмою, що розширює кадровий потенціал.

У сфері психічного здоров'я підхід «рівний-рівному» демонструє меншу зрілість. Це зумовлено як тим,

що галузь у цілому перебуває на етапі становлення, так і особливістю українського контексту, в якому ветерани живуть в умовах війни, що триває, і постійно піддаються ризикам ретравматизації і набуття нових психологічних травм. Подальший розвиток вимагатиме пошуку ефективних форматів співпраці — наприклад, гібридних моделей, де фахівці «рівний-рівному» працюватимуть у тандемі з фахівцями психічного здоров'я.

Позитивним для всього сектору є розвиток освітніх ініціатив. Серед них — сертифікатна програма підготовки консультантів за принципом «рівний-рівному» в межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?», а також навчальні курси окремих ГО, які прицільно працюють з окремими видами травм. Це створює підґрунтя для якісного розвитку практики.

Водночас наше дослідження виявило і низку серйозних викликів для програм «рівний-рівному» у реабілітації (як у ФРМ, так і у сфері психічного здоров'я). Відсутність стандартів і повноцінної системи підготовки призводить до значних відмінностей у рівні компетентності фахівців. Там, де організації інвестують у навчання і супервізію, якість програм помітно вища, проте системні ініціативи

залишаються скоріше винятком. У більшості організацій підхід залишається фрагментарним: фахівців «рівний-рівному» часто працевлаштовують на випадкові посади, без чітких функцій та офіційного визнання професії. Це робить їхню роботу невидимою для системи, а інколи й потенційно ризикованою для пацієнтів.

Механізми захисту та підтримки самих фахівців «рівний-рівному» майже не розвинені. Ризики вигорання і вторинної травматизації визнаються, але ресурси для їх запобігання обмежені. Також майже відсутні сталі механізми фінансування послуги «рівний-рівному» в реабілітації. Вона тримається на благодійній допомозі, грантах і волонтерстві, що не дозволяє говорити про довгострокову сталість і формування екосистеми ефективних програм.

Наше дослідження показало, що підходу «рівний-рівному» притаманні неформальність і гнучкість. Саме ці риси дозволяють фахівцям «рівний-рівному» налагоджувати довіру, знаходити спільну мову з підопічними й адаптувати підтримку до індивідуальних потреб. Водночас вони ж створюють і ризики: розмиття професійних і особистих меж, відсутність усталених етичних норм, відмінності у якості послуг, наданих різними ор-

ганізаціями та окремими фахівцями.

Оцінка ефективності програм підтримки «рівний-рівному» перебуває на зародковому етапі. В Україні практично відсутні публічні дані про дизайн і результати таких програм, що ускладнює їх порівняння як усередині країни, так і з міжнародним досвідом. Якісні методи нашого дослідження виявили приклади хороших практик, проте їхнє масштабування потребує більшої прозорості та популяризації успішних моделей.

Отже, підхід «рівний-рівному» в реабілітації військовослужбовців та ветеранів в Україні довів свою цінність, але потребує поступового переходу від точкових рішень до системного впровадження. Його майбутнє залежатиме від того, наскільки вдасться подолати виклики підготовки кадрів, фінансування та захисту як пацієнтів, так і фахівців «рівний-рівному». При цьому важливо зберегти унікальний рис підходу – гнучкість і здатність реагувати на індивідуальні потреби пацієнта. Стандартизація та регулювання здатні підвищити якість послуг, але можуть і створити бар'єри у доступі до підтримки. Завдання держави полягатиме у пошуку балансу між інституціоналізацією й збереженням простору для живої та чутливої практики підтримки «рівний-рівному».

Рекомендації

1. Навчання та обмін знаннями

- Розвивати та масштабувати системні довгострокові програми навчання фахівців «рівний-рівному», зокрема сертифікатну програму в межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?», а також спеціалізовані курси ГО, які працюють з окремими видами травм (УСМ, порушення зору тощо).

- В перспективі запровадити обов'язкову сертифікацію фахівців «рівний-рівному» щонайменше у випадках, коли послуга фінансується державою чи громадами.

- Розвивати синергію між універсальними освітніми програмами на базі закладів вищої освіти та спеціалізованими навчальними ініціативами ГО щодо окремих видів травм чи розладів.

- Включати до навчання фахівців «рівний-рівному» у ФРМ базові знання (анатомія, патофізіологія) щодо медичного стану цільової спільноти, щоб запобігти ризикам некоректного консультування.

- Робити акцент на обізнаності фахівців «рівний-рівному» щодо поширених психічних розладів, їхніх навичках психологічної підтримки,

а також чітких алгоритмах перенаправлення до фахової допомоги.

- Інвестувати не лише в навчання самих фахівців «рівний-рівному», а й у підвищення компетенцій членів МРК, щоб вони могли ефективно інтегрувати підхід «рівний-рівному» у реабілітаційний процес.

- Розвивати мультидисциплінарні навчальні моделі, де фахівці «рівний-рівному» навчаються спільно з фахівцями психічного здоров'я та ФРМ, щоб формувати взаємне розуміння ролей і меж компетенцій.

- Створити умови для мережування та обміну досвідом між фахівцями «рівний-рівному» через професійні спільноти, інтервізії та відкриті платформи з методичними матеріалами.

- Поширювати знання про сильні інституційні приклади програм підтримки «рівний-рівному» як орієнтири для розвитку інших ініціатив, але не як моделі для прямого копіювання. Впровадження мусить мати на меті інтегрувати найкращі практики, ґрунтуючись на адаптації до місцевого контексту та потреб цільових груп і зберігаючи гнучкість.

2. Визначення професійної функції

- На державному рівні розробити професійний стандарт консультанта за принципом «рівний-рівному» та включити цю професію до Класифікатора професій.

- Організаціям, що впроваджують підхід «рівний-рівному», детально визначати функціональні обов'язки фахівців залежно від контексту (ФРМ, психічне здоров'я, ветеранські програми тощо) та конкретних потреб організації.

- У ФРМ фахівці «рівний-рівному» повинні працювати у співпраці з членами МРК. Членів МРК, з якими працюватиме фахівець, слід долучати до розробки його функціональних обов'язків.

- У сфері психічного здоров'я також надавати пріоритет мультидисциплінарному підходу: фахівець «рівний-рівному» працює у парі з фахівцем психічного здоров'я, а сама підтримка не позиціонується як окрема терапевтична інтервенція.

- Розробити модельні рекомендації з етики та меж професійної ролі фахівця «рівний-рівному»: конфіденційність, правила взаємодії з пацієнтами та їхніми родинами, механізми скерування до спеціалістів у випадках, що виходять за межі компетенції фахівця.

3. Фінансування та сталість

- Інтегрувати послуги «рівний-рівному» в систему державного фінансування реабілітації: розглянути можливість їх покриття через НСЗУ (як частину реабілітаційних пакетів) або програми Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України.

- Створити механізми закупівлі послуг: пілотувати закупівлю ЗОЗ послуг «рівний-рівному» у спеціалізованих ГО чи сертифікованих незалежних практиків.

- Встановити прозорі вимоги та стандарти до послуг і їх надавачів як

невід'ємну частину фінансових механізмів, в тому числі: визначені функції та компетенції, мінімальні вимоги до навчання та супервізії, узгодження послуги з індивідуальним планом реабілітації пацієнта, а також звітування про результати роботи.

- Забезпечити сталість програм шляхом диверсифікації джерел фінансування (державні програми, місцеві бюджети, донорська підтримка, участь приватного бізнесу), щоб зменшити залежність від короткострокових грантів.

4. Інтеграція в реабілітаційну допомогу

- Нормативно врегулювати права та механізми співпраці між фахівцями «рівний-рівному» і ЗОЗ, особливо коли вони не є штатними працівниками (подібно до регулювання, створеного для фахівців із супроводу ветеранів).

- Передбачити можливість долучення фахівців «рівний-рівному» до роботи МРК та надання їм доступу до даних пацієнта за його письмовою згодою.

5. Безперервність підтримки

- Орієнтувати програми «рівний-рівному» на забезпечення тягlosti підтримки від стаціонарного лікування до життя в громаді та вдома.
- Розвивати партнерства між ЗОЗ і громадським сектором для підтримки цього безперервного циклу.
- Вже на етапі стаціонарної допомоги системно інформувати пацієнтів та їхні родини про ресурси підтримки «рівний-рівному», доступні в громадах.
- По мірі розбудови мережі реабілітаційних послуг в громадах, забезпечити долучення фахівців «рівний-рівному» до роботи відповідних реабілітаційних команд.

6. Супервізія та запобігання вигоранню

- Забезпечувати системну підтримку фахівців «рівний-рівному» через регулярні супервізії, інтервізії та доступ до психологічної допомоги.
- Включати вимоги щодо супервізії до специфікацій послуг при їх закупівлі ЗОЗ, державними органами чи громадами.
- Розробити модельні рекомендації для організацій щодо підтримки фахівців «рівний-рівному» з використанням гнучких форматів, доступних в умовах обмежених ресурсів (наприклад, групові зустрічі, обмін досвідом).
- Сприяти формуванню культури турботи про фахівців «рівний-рівному»: навчати їх розпізнавати ознаки вигорання та заохочувати до використання доступних механізмів підтримки.

7. Моніторинг та оцінка

- Розвивати системи моніторингу та оцінки результатів програм «рівний-рівному» з використанням не лише кількісних (охоплення, кількість контактів), а й якісних показників: повернення до соціальних ролей, зменшення вторинних ускладнень, набуття навичок незалежного життя тощо.

- Підвищувати обізнаність надавачів підтримки «рівний-рівному» про можливі моделі моніторингу та оцінки, а також системи якісних і кількісних індикаторів ефективності ІРР у ФРМ. При цьому, можна використовувати напрацювання міжнародної літератури та досвіду іноземних організацій, адаптуючи їх до українського контексту.

- При впровадженні інструментів моніторингу та оцінки, забезпечувати баланс між стандартизацією та гнучкістю. Індикатори повинні сприяти вдосконаленню програм, а не перетворюватися на формальність. Важливо з обережністю підходити до надмірної стандартизації, яка здатна нівелювати ключову рису підходу «рівний-рівному» – чутливість до контексту та індивідуальних потреб.

