

СІМЕЙНО-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ ВІДНОВЛЕННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ, ФАРМАЦЕВТА ТА РОДИНИ

¹ Академія наук вищої школи України, Київ, Україна

² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

³ ТОВ «НВК «Екофарм», Київ, Україна

Мета. Обґрунтувати сімейно-орієнтовану модель тривалого відновлення учасників бойових дій на рівні первинної медичної допомоги та чітко визначити роль сімейного лікаря, фармацевта, родини й інших членів міждисциплінарної команди.

Матеріали та методи. Проведено наративний огляд нормативних документів України, матеріалів Всесвітньої організації охорони здоров'я та рецензованих публікацій 2016–2025 рр., індексованих у PubMed/Medline і Crossref. Пошук охоплював теми відновлення учасників бойових дій, первинної допомоги, участі родини, фармацевтичної опіки, ПТСР, якості життя та телемедицини. Перевагу надавали систематичним оглядам, метааналізам, рандомізованим дослідженням, клінічним настановам і чинним нормативним актам. Дані узагальнювали за етапами маршруту пацієнта: залучення, комплексне оцінювання, спільне планування, проведення втручання, моніторинг і перегляд плану.

Результати. Наслідки бойового досвіду часто поєднують фізичні, психічні, медикаментозні та соціальні проблеми. Вони впливають не лише на самого учасника бойових дій, а й на партнерів, дітей і доглядальників. У запропонованій моделі сімейний лікар є першим контактом і координатором маршруту, фармацевт відповідає за безпеку фармакотерапії, а родина бере участь у визначенні цілей і спостереженні за змінами за згодою пацієнта. Модель містить шість повторюваних етапів. Її результати оцінюють не лише за симптомами, а й за функціонуванням, якістю життя, сімейною стійкістю, навантаженням доглядальника та соціальною участю. Цифрові інструменти можуть підтримувати безперервність допомоги, якщо є клінічний нагляд, захист даних і чіткий порядок реагування на ризики.

Висновки. Сімейно-орієнтована модель допомагає перейти від окремих, неузгоджених послуг до безперервного відновлення учасника бойових дій і його родини. Для її впровадження потрібні стандартизоване первинне оцінювання, спільний план допомоги, визначений координатор, регулярний перегляд фармакотерапії, чіткі маршрути реагування на ризики та повторне вимірювання результатів, важливих для пацієнта і родини. Перед широким застосуванням модель доцільно випробувати в українських громадах.

Ключові слова: учасники бойових дій; первинна медична допомога; сімейно-орієнтована допомога; реабілітація; сімейний лікар; фармацевтична опіка; психічне здоров'я; якість життя; телемедицина; соціальна реінтеграція.



FAMILY-ORIENTED MODEL FOR THE RECOVERY OF COMBATANTS IN PRIMARY HEALTH CARE: THE ROLE OF THE FAMILY PHYSICIAN, PHARMACIST AND FAMILY

¹ Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Department of Pharmacology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

³ Scientific and Production Company Ecofarm LLC, Kyiv, Ukraine

Objective. To substantiate a family-oriented model for the long-term recovery of combatants in primary care, define the roles of the family physician, pharmacist, family and other members of the interdisciplinary team, and propose a minimum set of process and outcome indicators for implementation.

Materials and methods. A narrative review of Ukrainian regulations, World Health Organization documents and peer-reviewed publications from 2016–2025 indexed in PubMed/Medline and Crossref was conducted. Searches combined the terms veteran, combatant, rehabilitation, family, primary care, pharmacist, pharmaceutical care, PTSD, quality of life and telemedicine. Systematic reviews, meta-analyses, randomized studies, clinical guidance and current regulations were prioritized. Evidence was synthesized according to the patient pathway: engagement, comprehensive assessment, shared planning, coordinated interventions, monitoring and plan review.

Results. Combat-related consequences form an interconnected set of physical, mental, medication-related and social problems affecting combatants, partners, children and caregivers. The proposed model positions the family physician as the first-contact professional responsible for multidomain assessment, shared care planning and pathway coordination. The pharmacist performs medication reconciliation, identifies interactions and therapeutic duplication, supports adherence and recognizes risky medication use. With informed consent, the family participates in goal setting and monitoring while receiving psychoeducation and support for its own needs. Six cyclical implementation stages were defined. Outcomes extend beyond symptom reduction to functioning, health-related quality of life, family resilience, caregiver burden and social participation. Digital tools may support continuity only when embedded in clinical oversight, data protection and a predefined response pathway for clinically significant alerts. Process indicators should be reported separately from outcomes important to combatants and families.

Conclusions. A family-oriented approach shifts care from fragmented treatment of individual conditions to coordinated recovery of the combatant and family. Implementation requires a standardized minimum assessment, a shared care plan, a designated coordinator, medication review at transitions, explicit risk-escalation pathways and repeated measurement of meaningful outcomes. Pilot testing in Ukrainian communities is required to assess feasibility, acceptability, cost and effectiveness.

Keywords: combatants; primary health care; family-oriented care; rehabilitation; family physician; pharmaceutical care; mental health; quality of life; telemedicine; social reintegration.



Війна за незалежність України створила тривалий виклик для системи охорони здоров'я. Після завершення стаціонарного лікування учасники бойових дій часто живуть із наслідками поранень, ампутаціями, черепно-мозковою травмою, хронічним болем, порушеннями сну, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією, тривогою або розладами, пов'язаними з використанням психоактивних речовин. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» визначає біопсихосоціальний підхід, роботу мультидисциплінарної команди та відновлення функціонування як основу реабілітаційної допомоги [1]. Цей підхід відповідає рекомендаціям ВООЗ [2].

Ці проблеми взаємно посилюють одна одну. Біль погіршує сон, нестача сну підсилює тривогу й дратівливість, психічні розлади ускладнюють дотримання лікування, а функціональні обмеження впливають на роботу і сімейні ролі. Тому окремі консультації без спільної мети не забезпечують повного відновлення. Потрібна модель, яка поєднує медичну, психологічну, фармацевтичну, реабілітаційну та соціальну допомогу навколо конкретних цілей пацієнта.

Родина має подвійне значення. Вона є головним джерелом щоденної підтримки, але водночас сама може зазнавати наслідків бойової травми. Метааналіз досліджень військових сімей показав, що симптоми ПТСР у батьків пов'язані з труднощами у вихованні дітей, погіршенням сімейного функціонування та проблемами у дітей [3]. Натомість соціальна підтримка пов'язана з вищою психологічною стійкістю учасників бойових дій [4]. Отже, ефективна допомога має враховувати стан партнерів, дітей і доглядальників.

Мета роботи. Обґрунтувати сімейно-орієнтовану модель відновлення учасників бойових дій на рівні первинної медичної допомоги, визначити роль сімейного лікаря, фармацевта та родини, а також запропонувати зрозумілі критерії оцінювання результатів.

Матеріали та методи. Роботу виконано як наративний огляд із концептуальним узагальненням доказів. Проаналізовано чинні нормативні акти України, документи ВООЗ та англомовні рецензовані публікації 2016–2025 рр. Пошук у PubMed/Medline і Crossref проводили за п'ятьма тематичними блоками: відновлення й первинна допомога; родина, ПТСР і стійкість; фармацевтична опіка та поліпрагмазія; телемедицина; якість життя, пов'язана зі здоров'ям.

До огляду насамперед включали систематичні огляди, метааналізи, рандомізовані дослідження, міжнародні настанови та нормативні документи. Відбирали джерела, які безпосередньо стосувалися організації комплексної допомоги, впливу бойової травми на родину, безпеки фармакотерапії або оцінювання результатів. Джерела з неперевіряними реквізитами або такі, що не підтверджували твердження рукопису, вилучали.

Модель будували відповідно до реального маршруту пацієнта: перший контакт із системою, комплексне оцінювання, спільне планування, проведення втручань, моніторинг результатів і корекція

плану. Оскільки робота не містила втручань за участю людей або персоніфікованих даних, схвалення комісії з питань етики не вимагалось.

Від лікування ушкоджень до відновлення функціонування

Сучасна реабілітація оцінює не лише загоєння ушкоджень або зменшення симптомів, а й те, наскільки людина може жити, працювати, навчатися, спілкуватися та бути самостійною. За глобальними оцінками, щонайменше кожна третя людина у світі має стан, за якого реабілітація може бути корисною [5]. Для учасників бойових дій це особливо важливо через поєднання фізичних і психічних порушень, переходу між різними закладами та необхідність повернення до сімейних, професійних і громадських ролей.

Одним із практичних показників є якість життя, пов'язана зі здоров'ям (health-related quality of life, HRQoL). Вона показує як стан здоров'я впливає на повсякденне життя. HRQoL варто оцінювати разом із болем, сном, психічним станом і функціональними можливостями. У первинній ланці можна використовувати EQ-5D-5L, який охоплює мобільність, самообслуговування, звичайну діяльність, біль або дискомфорт, тривогу або депресію [6]. Важливо застосовувати валідовану українську версію та дотримуватися ліцензійних умов.

HRQoL не замінює клінічних показників. Вона доповнює їх і допомагає зрозуміти, чи дало лікування реальний результат у повсякденному житті. У сімейно-орієнтованій моделі до індивідуальних показників додають оцінку сімейного функціонування, навантаження доглядальника, безпеки вдома, соціальної участі та досягнення цілей, визначених пацієнтом і родиною.

Учасник бойових дій і родина як взаємопов'язана система

ПТСР, підвищена настороженість, емоційне відсторонення, дратівливість і порушення сну змінюють повсякденну поведінку людини. Важливо пояснити родині, що це можуть бути симптоми, а не прояви поганого характеру. Водночас жодні симптоми не виправдовують насильство або небезпечну поведінку. Сімейно-орієнтована допомога має поєднувати повагу до автономії учасника бойових дій, його згоду на залучення близьких і можливість конфіденційного звернення для кожного члена родини.

Ризик сімейних труднощів визначає не сам бойовий досвід, а його поєднання із симптомами, нестачею підтримки та проблемами адаптації. Метааналіз показав, що ПТСР у військового батька або матері має малий або помірний зв'язок із труднощами в сімейному середовищі та проблемами у дітей [3]. Це означає, що потреби партнерів і дітей слід активно виявляти, але без стигматизації.

Родина не повинна замінювати професійну команду. Її участь має бути добровільною, посиленою і підкріпленою знаннями та доступом до допомоги. Необхідно звертати увагу на виснаження доглядальника, вторинний травматичний стрес, сімейне насильство, загрозу для дітей і доступ до зброї. Якщо є ризик для безпеки, він має пріоритет над звичним форматом сімейної взаємодії.

ДОМЕН	ПРИКЛАДИ ПОКАЗНИКІВ	ОРІЄНТОВНА ЧАСТОТА
 Фізичне здоров'я	• Біль, сон, мобільність • Самообслуговування • Загострення хронічних станів	 На старті; кожні 1–3 міс. за потреби
 Психічне здоров'я	• ПТСР, депресія, тривога • Суїцидальний ризик • Уживання речовин	 На старті; при зміні стану; планово
 Фармакотерапія	• Кількість препаратів • Дублювання, взаємодії • Побічні реакції, прихильність	 Після кожного переходу та зміни схеми
 Функціонування і HRQoL	• EQ-5D-5L або інший валідований інструмент • Досягнення індивідуальних цілей	 На старті; кожні 3–6 міс.
 Родина і соціальна участь	• Сімейне функціонування • Навантаження доглядача • Праця/навчання, участь у громаді	 На старті; кожні 3–6 міс.

Рис. 1. Частка осіб із захисним рівнем антитіл до вірусу кору серед гітей, горослих та загалом у динаміці (2015–2024 рр.)

Сімейна стійкість не означає відсутність конфліктів. Це здатність родини змінювати ролі, підтримувати спілкування, звертатися по допомогу та зберігати спільне бачення майбутнього. Вона залежить не лише від психологічної роботи, а й від доступності послуг, соціальної підтримки та повернення учасника бойових дій до активного життя в громаді.

Сімейний лікар як координатор маршруту

Первинна медична допомога є зручною точкою входу, тому що вона доступна, безперервна і дає змогу одночасно оцінювати фізичне та психічне здоров'я. ВООЗ рекомендує будувати допомогу навколо потреб людини, а не окремих хвороб чи установ [7]. У цій моделі сімейний лікар виконує чотири основні завдання: проводить комплексне оцінювання, разом із пацієнтом формує план, координує направлення і переходи між закладами та регулярно переглядає результати.

Початкове оцінювання має охоплювати наслідки поранень і черепно-мозкової травми, біль, сон, слух і зір, серцево-судинні та метаболічні ризики, психічне здоров'я, уживання алкоголю й інших речовин, суїцидальний ризик, функціонування, соціальні умови та потреби родини. Скринінгові опитувальники не встановлюють діагноз, але допомагають вирішити, коли потрібне поглиблене обстеження. Для неспеціалізованих закладів корисними можуть бути алгоритми mhGAP ВООЗ [8].

План допомоги має бути коротким і зрозумілим. Він повинен містити кілька спільно визначених цілей, відповідальних осіб, строки та критерії перегляду. Наприклад, мета «зменшити біль» є надто загальною. Мета «протягом восьми тижнів відновити можливість щодня 20 хвилин гуляти з дитиною» поєднує симптом, функцію і важливий для родини результат. За згодою пацієнта копію плану отримують залучені фахівці та родина.

Координація не означає, що сімейний лікар має робити все сам. Його роль – забезпечити обмін інформацією, виявити суперечливі рекомендації,

проконтролювати важливі направлення та організувати коротке командне обговорення у складних випадках. Негайної ескалації потребують суїцидальні наміри, психоз, тяжка інтоксикація або абстиненція, неконтрольований біль, гострий неврологічний дефіцит, насильство чи загроза безпеці дитини.

Фармацевт як партнер безпечної фармакотерапії

Учасники бойових дій із кількома захворюваннями часто отримують ліки від різних фахівців. Після виписки або переходу між стаціонаром, реабілітаційним закладом і домом у схемах можуть з'являтися помилки, дублювання або пропуски. Особливо небезпечними є комбінації опіоїдів, бензодіазепінів, інших седативних засобів та алкоголю. ВООЗ відносить поліпрагмазію до пріоритетних проблем безпеки лікарських засобів і рекомендує переглядати схему в кожній точці переходу [9].

Фармацевтична опіка має включати шість послідовних дій: зібрати повний список рецептурних і безрецептурних препаратів, добавок та алкоголю; перевірити показання, дози, дублювання, взаємодії і протипоказання; оцінити прихильність та практичні бар'єри; зрозуміло пояснити схему пацієнту і, за його згодою, родині; передати сімейному лікарю інформацію про виявлені проблеми; задокументувати результат.

Фармацевт не змінює призначення поза межами своїх повноважень, але має ініціювати перегляд схеми. До «червоних прапорців» належать дострокове придбання седативних або знеболювальних препаратів, отримання одного класу ліків від кількох лікарів, різке збільшення дози, виражена сонливість, падіння, сплутаність свідомості, ознаки абстиненції або висловлювання про самоушкодження.

Родина може допомагати організувати прийом ліків, але це не повинно перетворюватися на примус. Корисними є єдиний актуальний список препаратів, проста письмова схема, дозувальний органайзер, узгоджені нагадування та інструкція на випадок пропуску дози або побічної реакції. Після кожного



Рис. 2. Розподіл ключових функцій у сімейно-орієнтованій моделі

переходу між закладами необхідно проводити звірку ліків.

Цифрові технології та безперервність допомоги

Телемедицина, електронний рецепт, спільний електронний план і дистанційний моніторинг можуть спростити доступ до допомоги для людей із фізичними обмеженнями або тих, хто живе далеко від спеціалізованих центрів. Водночас ВООЗ розглядає цифрові технології як засіб посилення системи, а не як заміну очної допомоги [10].

Метааналіз інтернет-втручань для учасників бойових дій із ПТСР показав загалом позитивний ефект, але доказова база була невеликою – лише шість рандомізованих досліджень. Кращі результати мали програми з підтримкою фахівця, а не повністю автономні сервіси [11]. Тому застосунок або чат-бот не слід подавати як повноцінне лікування чи канал кризової допомоги.

Найкориснішими цифровими функціями можуть бути нагадування про ліки та вправи, щоденники болю і сну, заповнення валідованих опитувальників, відеоконсультації та сповіщення команди про суттєві зміни. Дані носимих пристроїв мають лише допоміжне значення. Перед використанням потрібно визначити, хто переглядає інформацію, як швидко реагує, які сигнали вважаються небезпечними і що робити при технічному збої.

Обов'язковими умовами є інформована згода, збирання лише необхідних даних, розмежування доступу, кібербезпека та доступність сервісу для людей із різними цифровими навичками. Родина може отримувати лише ту інформацію, на передачу якої погодився учасник бойових дій, крім передбачених законом випадків безпосередньої загрози.

Профілактика залежностей і соціальної дезадаптації

Алкоголь, ризикове використання призначених препаратів, азартні ігри та соціальна ізоляція іноді стають способом тимчасово уникнути болю, безсоння або травматичних спогадів. Тому профілактика залежностей не повинна обмежуватися заборонами. Вона має включати лікування симптомів, відновлення сенсу й соціальних ролей, доступ до доказової допомоги та зменшення стигми.

Сімейний лікар і фармацевт можуть першими помітити ранні зміни: пропуски візитів, часті звернення по седативні або знеболювальні засоби, погіршення сну, конфлікти, втрату роботи, відмову від звичних активностей. Розмова має бути неосудливою і зосередженою на безпеці. За наявності ризику формують спільний план: коротке втручання, лікування розладу вживання речовин, направлення до фахівця, перегляд небезпечних комбінацій ліків, кризові контакти та залучення близької людини за згодою.

Утримання людини в лікуванні є важливим результатом. У великому ретроспективному дослідженні Veterans Health Administration деякі формати сімейної психотерапії були пов'язані з вищою ймовірністю завершення достатнього курсу індивідуальної травмофокусованої терапії, хоча такий дизайн не доводить причинного зв'язку [12]. Залучення родини не є обов'язковим у кожному випадку: за наявності насильства, примусу, тяжкого конфлікту або небажання пацієнта потрібен інший формат допомоги.

Соціальна реінтеграція має починатися разом із лікуванням, а не після нього. Професійне навчання, адаптоване робоче місце, підтримане працевлаштування, спорт, ветеранські спільноти та

участь у громаді допомагають відновити структуру дня, мотивацію і соціальні зв'язки. Стратегія ветеранської політики до 2030 року також передбачає перехід від розрізнених послуг до людиноцентричної системи підтримки [13].

Концептуальна сімейно-орієнтована модель

Запропонована модель має шість етапів, які повторюються в міру зміни потреб людини. 1) Залучення: доступний перший контакт, повага до військового досвіду, пояснення конфіденційності та можливості залучення родини. 2) Комплексне оцінювання стану учасника бойових дій і, за його згодою, потреб родини. 3) Спільне визначення двох–чотирьох вимірюваних цілей. 4) Узгоджене проведення медичних, реабілітаційних, психологічних, фармацевтичних і соціальних втручань. 5) Моніторинг безпеки, функціонування та HRQoL. 6) Командний перегляд результатів і корекція плану.

У моделі є один координатор, але рішення не зосереджені лише в руках лікаря. Координатор стежить за обміном інформацією і наступним кроком, а рішення приймаються спільно з учасником бойових дій. Перегляд фармакотерапії обов'язковий після виписки, при додаванні психотропного або знеболювального засобу, а також при падіннях, сплутаності, надмірній седації чи сумнівах щодо прихильності.

Участь родини може мати три рівні. Інформаційний рівень – психоосвіта і навігація. Партнерський – спільні цілі та домашня підтримка. Терапевтичний – сімейні або парні втручання, якщо вони показані. Водночас потрібно окремо оцінювати потреби самої родини, щоб відновлення учасника бойових дій не відбувалося ціною виснаження партнера або погіршення благополуччя дітей.

Для оцінювання впровадження можна використовувати прості організаційні показники: частка пацієнтів із комплексним первинним оцінюванням, наявність письмового плану, звірка ліків протягом семи днів після переходу, оцінка психічного здоров'я та суїцидального ризику, повторне вимірювання HRQoL, завершені направлення і частка сімей, яким запропоновано психоосвіту. Водночас процесні показники потрібно відокремлювати від реальних результатів для пацієнта і родини.

У дослідженнях В. В. Крутова ментальне здоров'я, розвиток свідомості, саморегуляція та внутрішня стійкість розглядаються як взаємопов'язані складові особистісного відновлення [14–19]. У цій моделі такі положення використовуються як додатковий гуманітарний контекст для психоосвіти, формування особисто значущих цілей і підтримки мотивації. Вони не замінюють клінічної діагностики, доказової психотерапії, фармакотерапії або міжнародних настанов.

Обговорення

Головна перевага моделі – поєднання трьох напрямів безперервності: клінічного, медикаментозного та сімейно-соціального. У звичайній практиці розрив часто виникає саме між ними: кожен фахівець працює зі своєю проблемою, але ніхто не оцінює загальне навантаження, спільні цілі та вплив лікування на родину. Запропонований підхід робить ці зв'язки видимими і визначає відповідального за координацію.

Сімейна орієнтація не означає автоматичного розкриття медичної інформації. Вона ґрунтується на автономії учасника бойових дій, спільному прийнятті рішень і передачі лише мінімально необхідних даних. Це особливо важливо для тем психічного здоров'я, уживання речовин і репродуктивного здоров'я.

Для участі фармацевта в українській моделі потрібні прості й чіткі правила комунікації з первинною ланкою. Реалістичним першим кроком може бути стандартизована звірка ліків після виписки та коротке повідомлення сімейному лікарю про виявлені проблеми. Надалі доцільно розробити спільні локальні алгоритми для болю, безсоння, психотропної терапії та профілактики залежностей.

Практичне значення запропонованої моделі

Модель можна впроваджувати в чинній системі первинної медичної допомоги без створення окремої паралельної служби. Для цього потрібні стандартне первинне оцінювання, визначений координатор, спільний план, регулярна звірка ліків і налагоджений обмін інформацією між сімейним лікарем, фармацевтом, фахівцями з реабілітації, психічного здоров'я та соціальними службами. У громаді можна почати з локального маршруту для учасників бойових дій після виписки, а згодом розширити його до програми тривалого супроводу родини. Основними



Рис. 3. Етапи впровадження моделі на рівні первинної медичної допомоги

результатами мають бути функціональна незалежність, безпечна фармакотерапія, сімейна стійкість, повернення до праці та участі в житті громади.

Робота має декілька обмежень. Це нарративний огляд без систематичного оцінювання ризику упереджень, а більшість використаних досліджень проведено у США та інших країнах з іншою організацією допомоги. Тому модель потребує перевірки в українських умовах. Доцільно оцінити її здійсненність, прийнятність, вартість і клінічні результати, зокрема в межах пілотних або кластерних досліджень у громадах.

Висновки

1. Відновлення учасників бойових дій має бути тривалим і комплексним. Воно має охоплювати не лише лікування окремих симптомів, а й фізичне та психічне здоров'я, повсякденне функціонування, якість життя, стосунки в родині та повернення до активної участі в житті громади.

2. Сімейний лікар має бути основним координатором допомоги. Його завдання полягає у комплексному оцінюванні стану пацієнта, формуванні спільного плану відновлення, координації роботи різних фахівців і своєчасному реагуванні на ризики.

3. Фармацевт є важливим учасником команди, оскільки допомагає зробити лікування безпечним і зрозумілим. Він може виявляти небезпечні взаємодії, дублювання препаратів, побічні реакції, проблеми з прихильністю до лікування та своєчасно передавати цю інформацію сімейному лікарю.

4. Родина має розглядатися як партнер у процесі відновлення, але її участь має бути добровільною і відбуватися за згодою учасника бойових дій. Водночас сама родина також потребує психоосвіти, підтримки та захисту від надмірного емоційного і фізичного навантаження.

5. Для практичного впровадження моделі необхідні єдині стандарти первинного оцінювання, спільний план допомоги, чіткий розподіл відповідальності між фахівцями, регулярний перегляд фармакотерапії, доступні цифрові інструменти та систематичне оцінювання результатів, важливих для самого учасника бойових дій і його родини.

6. Запропонована модель може допомогти перейти від розрізненого надання окремих послуг до безперервної, узгодженої та людиноцентричної системи відновлення. Перед широким впровадженням її доцільно випробувати в українських громадах та оцінити її практичність, прийнятність, вартість і результативність.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження мають перевірити, як запропонована модель працює в реальних умовах українських громад. Насамперед потрібно визначити й валідизувати мінімальний набір показників, за якими можна оцінювати результати відновлення, а також вивчити потреби учасників бойових дій та їхніх родин у різних регіонах. Наступним кроком має стати пілотний маршрут за участю сімейного лікаря, фармацевта, фахівців із реабілітації та психічного здоров'я. Окремо слід оцінити клінічну й економічну ефективність моделі, її

вплив на якість життя, безпеку фармакотерапії, сімейну стійкість і соціальну реінтеграцію. Також потребують вивчення безпечний обмін медичними даними та ефективні форми підтримки родин і доглядальників.

Література

1. Верховна Рада України. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1053-20>.
2. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization; 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>.
3. Kritikos T. K., Comer J. S., He M., Curren L. C., Tompson M. C. Combat experience and posttraumatic stress symptoms among military-serving parents: a meta-analytic examination of associated offspring and family outcomes. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;47(1):131–148. doi:10.1007/s10802-018-0427-5.
4. Rakesh G., Clausen A. N., Buckley M. N. et al. The role of trauma, social support, and demography on veteran resilience. *Eur J Psychotraumatol.* 2022;13(1):2058267. doi:10.1080/20008198.2022.2058267.
5. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S. W., Chatterji S., Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease Study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2021;396(10267):2006–2017. doi:10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
6. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L user guide. Version 4.0. Rotterdam: EuroQol Research Foundation; 2025. URL: <https://euroqol.org/information-and-support/documentation/user-guides/>.
7. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf.
8. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>.
9. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report. Geneva: World Health Organization; 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>.
10. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2027. Geneva: World Health Organization; 2025. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116870>.
11. Zhou Y., Bai Z., Wu W. et al. Impacts of internet-based interventions for veterans with PTSD: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2021;12:711652. doi:10.3389/fpsyg.2021.711652.
12. Dodge J., Sullivan K., Grau P. P. et al. Retention in individual trauma-focused treatment following family-based treatment among US veterans. *JAMA Netw Open.* 2023;6(12):e2349098. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.49098.
13. Кабінет Міністрів України. Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024–2027 роках: розпорядження від 29.11.2024 № 1209-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1209-2024-%D1%80>.
14. Крутов В. В. Повернення до себе. Основи розвитку свідомості і управління мисленням. Київ: Генеза; 2014. 400 с.
15. Крутов В. В. Деякі підходи до вирішення проблеми профілактики та подолання посттравматичного стресового розладу. *Вісник Національного університету оборони України.* 2018;(2):59–64.
16. Крутов В. В., Горюхов В. М. Інформаційні основи квантової психології: монографія. Київ; 2024. 204 с.
17. Крутов В. В. Шлях твоєї перемоги. Слово до воїна по духу та нездоланній дії. Київ: Генеза; 2024. 104 с.
18. Крутов В. В. Ментальне здоров'я – стратегічний аспект державної політики України. У: Комплементарна, народна медицина, освіта, культура: від традиційних практик до клінічного дослідження: збірник матеріалів. Київ: Міністерство освіти і науки України; 2024. С. 167–175.
19. Крутов В. В. Ментальне здоров'я: фундамент людини, джерело життя. У: Комплементарна, народна медицина, освіта, культура: від традиційних практик до клінічного дослідження: збірник матеріалів. Київ: Міністерство освіти і науки України; 2024. С. 161–165.

Відомості про авторів:

Крутов В. В. — кандидат педагогічних наук, доктор юридичних наук, професор, почесний академік НАПН України, академік-секретар Академії наук вищої школи України, віцепрезидент Глобальної спілки вчених за мир, голова Благодійного фонду «Сила Жити».

ORCID: 0000-0003-0972-4200

Гриневич О. Й. — доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Премії Кабінету Міністрів України, доцент кафедри фармакології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, заступник генерального директора ТОВ «НБК «Екофарм».

ORCID: 0000-0001-6542-8102

Information about the authors:

Krutov V. V. — Candidate of Pedagogical Sciences (PhD), Doctor of Law, Professor, Honorary Academician of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Academician-Secretary of the Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine, Vice-President of the Global Union of Scientists for Peace, Chair of the Charitable Foundation "Power to Live".

ORCID: 0000-0003-0972-4200

Hrynevych O. Y. — Doctor of Medical Sciences, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, Laureate of the Cabinet of Ministers of Ukraine Award, Associate Professor at the Department of Pharmacology, Bogomolets National Medical University, Deputy Director General of Scientific and Production Company Ecofarm LLC.

ORCID: 0000-0001-6542-8102

Внесок авторів:

Крутов В. В. — концептуалізація розділів, присвячених ментальному здоров'ю, психологічній стійкості, розвитку свідомості та саморегуляції; добір і змістова верифікація авторських джерел; критичне редагування рукопису; затвердження фінальної версії.

Гриневич О. Й. — концепція та дизайн роботи; пошук і аналіз джерел; формування моделі; підготовка первинного тексту; критичне редагування; затвердження фінальної версії.

Author contributions:

Krutov V. V. — conceptualization of sections on mental health, resilience, consciousness and self-regulation; source selection and verification; critical revision; final approval.

Hrynevych O. Y. — study concept and design; literature search and analysis; model development; original draft; critical revision; final approval.

Конфлікт інтересів. О. Й. Гриневич повідомляє про місце роботи в ТОВ «НБК «Екофарм». Рукопис не містить оцінювання або просування конкретних лікарських засобів. В. В. Крутов заявляє про відсутність конфлікту інтересів. Інших конфліктів інтересів не заявлено.

Фінансування. Зовнішнє фінансування роботи не залучалося.

Етичні аспекти. Робота є оглядовою та не містить досліджень за участю людей, тварин або персоніфікованих даних.

Дата надходження статті: 03.06.2026 р. Дата рецензування: 10.06.2026 р. Дата публікації: 01.10.2026 р.

