

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТРЕБ ПАЦІЄНТІВ У РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГАХ НА ПРИКЛАДІ ЗВЯГЕЛЬСЬКОЇ ГРОМАДИ

Гришук Сергій Миколайович<sup>1,2</sup>, Гарлінська Алла Миколаївна<sup>2</sup>,  
Ванькевич Тетяна Вікторівна<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, Житомир, Україна

<sup>2</sup>Житомирський державний університет імені Івана Франка, Житомир, Україна

## ASSESSMENT OF PATIENTS' NEEDS FOR REHABILITATION SERVICES ON THE EXAMPLE OF THE ZVYANEL COMMUNITY

Hryshchuk S.M.<sup>1,2</sup>, Harlinska A.M.<sup>2</sup>, Vankevych T.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council, Zhytomyr, Ukraine

<sup>2</sup>Zhytomyr Ivan Franko State University, Zhytomyr, Ukraine

---

**Анотація.** Зростання кількості постраждалих внаслідок воєнних дій вимагає об'єктивної оцінки потреб у медичній реабілітації на рівні громад для впровадження біопсихосоціальної моделі.

**Мета.** Визначити структуру потреб пацієнтів у реабілітаційних послугах та асистивних технологіях, оцінити їх якість і виявити бар'єри на прикладі Звягельської громади.

**Матеріали та методи.** Проведено анкетування 73 пацієнтів Звягельської багатoproфільної лікарні за оригінальним опитувальником. Дані опрацьовано методами описової та аналітичної статистики.

**Результати.** Серед опитаних 95,9% - військові та ветерани. Встановлено домінування фізіологічно орієнтованих втручань (71,8%). Незважаючи на високу задоволеність якістю реабілітаційної допомоги, 58,9% пацієнтів мають незадоволений попит на додаткові послуги, насамперед психологічну підтримку та ерготерапію. Виявлено дефіцит інформаційного супроводу.

**Висновки.** Система функціонує в умовах значного навантаження. Необхідний перехід до біопсихосоціальної моделі через посилення психосоціальної підтримки та оптимізацію інформування.

**Ключові слова:** медична реабілітація, ветерани, потреби, біопсихосоціальна модель, анкетування

---

**Актуальність проблеми.** Повномасштабне збройне вторгнення росії в Україну у 2022 році супроводжується беспрецедентним зростанням кількості осіб із бойовими травмами, інвалідністю та психологічними розладами, що спричинює колосальне навантаження на систему

охорони здоров'я. За оцінками фахівців, реабілітаційні потреби постраждалих внаслідок збройного конфлікту в Україні є одними з найбільших у новітній медичній практиці [1]. Відновлення функціонального стану, якості життя та соціальної реінтеграції є ключовими

завданнями медичної реабілітації в умовах воєнного часу [2; 3].

Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.07.2021 № 1053-IX задекларовано курс на впровадження біопсихосоціальної моделі реабілітації, що передбачає комплексне врахування фізичного, психологічного та соціального вимірів відновлення [4]. Успішність реабілітаційної допомоги значною мірою визначається відповідністю наданих послуг реальним потребам пацієнтів [5]. Оцінка потреб є обов'язковим першим кроком планування реабілітації на рівні громади, особливо коли структура захворювань формується під впливом специфічних чинників - зокрема, бойових травм, що характеризуються поєднаними ушкодженнями опорно-рухового апарату, черепно-мозковими травмами та потужним психотравматичним компонентом [6].

Дослідження локального рівня дозволяють виявити розриви між задекларованими стандартами та реальним станом справ, що є передумовою для формування обґрунтованих управлінських рішень [7; 8].

Звягельська міська територіальна громада Житомирської області є типовим прикладом адміністративно-територіальної одиниці, де в умовах воєнного часу налагоджено базову реабілітаційну інфраструктуру. Емпіричне вивчення потреб пацієнтів цієї громади забезпечує реальне підґрунтя для планування розвитку системи реабілітаційних послуг як на місцевому, так і на регіональному рівні.

**Мета дослідження** - визначити структуру потреб пацієнтів у реабілітаційних послугах та асистивних технологіях, оцінити якість і доступність наявних послуг, а також виявити основні

бар'єри в системі реабілітаційної допомоги на рівні Звягельської міської територіальної громади.

**Матеріали та методи.** До вибірки увійшли 73 пацієнти Звягельської багатопрофільної лікарні Звягельської міської громади, що отримували реабілітаційні послуги в закладі протягом грудня 2025 року. Критерії включення: пацієнти, які отримували або потребували реабілітаційних послуг, вік 18 років і старше, добровільна згода на участь в опитуванні. Вибірка є суцільною для вказаного закладу та часового проміжку. Було застосовано оригінальну анкету для визначення реабілітаційних потреб пацієнтів (громадян), що включала 8 тематичних розділів: розділ 1 - загальна інформація (стать, вік, статус, громада); розділ 2 - стан здоров'я та тип травми/інвалідності; розділ 3 - потреби у реабілітаційних послугах (зокрема оцінка якості за 5 критеріями у форматі шкали Лайкерта: «відмінно - добре - задовільно - незадовільно - не отримую»); розділ 4 - асистивні технології; розділ 5 - доступність послуг; розділ 6 - фінансові витрати; розділ 7 - психосоціальна підтримка; розділ 8 - рекомендації та пропозиції. Анкетування проводилося анонімно, в письмовій формі.

Отримані дані опрацьовано з використанням методів описової та аналітичної статистики. Для кількісних змінних розраховували: середнє арифметичне, стандартне відхилення, стандартну похибку середнього, коефіцієнт варіації. Для якісних змінних - абсолютні (n) та відносні (%) частоти. Нормальність розподілу кількісних ознак перевіряли за критерієм Шапіро-Уїлка. Для порівняння двох незалежних груп за кількісними ознаками в умовах нормального розподілу застосовували t-

критерій Стюдента. Взаємозв'язок між кількісними змінними оцінювали за коефіцієнтом кореляції Пірсона. Критичний рівень значущості приймали  $p < 0,05$ . Обрахунки виконувалися у програмному середовищі MS Excel з використанням пакету «Аналіз даних».

#### Результати та їх обговорення.

Серед опитаних пацієнтів переважали особи чоловічої статі - 60 осіб (82,19 %); жінок було 12 (16,44 %); 1 особа (1,37%) відмовилась вказати стать. Середній вік респондентів склав  $M = 37,58 \pm 7,61$  року ( $SE=0,89$ ;  $CV=20,3$  %; медіана - 38 років; діапазон 24–54 роки). Перевірка розподілу за критерієм Шапіро–Уїлка підтвердила його нормальність ( $W = 0,970$ ,  $p = 0,075$ ), що дозволило використовувати

параметричні методи для подальшого аналізу.

Розподіл за віковими групами: 18–25 років - 2 особи (2,74 %); 26–35 років - 26 осіб (35,62 %); 36–45 років - 35 осіб (47,94 %); 46–55 років - 10 осіб (13,70%). Таким чином, переважна більшість респондентів (83,5 %) знаходилась у активному працездатному та репродуктивному віці (26–45 років).

Щодо поточного статусу: 46 осіб (63,01 %) є військовослужбовцями, 24 особи (32,88 %) - ветеранами, 1 особа (1,37 %) - внутрішньо переміщеною особою, 2 особи (2,74 %) зазначили інший статус. Таким чином, 95,89 % респондентів мають статус учасника бойових дій або ветерана (табл. 1).

Таблиця 1.

Соціально-демографічна характеристика респондентів (n = 73)

Характеристика	Категорія	n	% (від загальної вибірки)
Стать	Чоловіча	60	82,19
	Жіноча	12	16,44
	Не вказали	1	1,37
Статус	Військовослужбовець	46	63,01
	Ветеран/ветеранка	24	32,88
	ВПО та інше	3	4,11
Вікові групи	18–25 років	2	2,74
	26–35 років	26	35,62
	36–45 років	35	47,94
	46–55 років	10	13,70

Середній вік військовослужбовців ( $M = 38,02 \pm 8,13$  року) та ветеранів ( $M = 37,12 \pm 6,52$  року) статистично не різнився між собою ( $t=0,47$ ;  $p=0,642$ ), що свідчить про однорідність груп за віком.

Встановлену групу інвалідності мали 30 осіб (41,10 %): I група (підгрупи А і Б) - по 1 особі (1,37 % відповідно); II група - 9 осіб (12,33 %); III група - 19 осіб (26,03 %).

Ще 14 осіб (19,18 %) перебували в процесі оформлення інвалідності, 29 осіб (39,73 %) групи інвалідності не мали.

Аналіз характеру порушень здоров'я проводився за множинним вибором (допускалося кілька варіантів відповідей). Загалом зафіксовано 96 відповідей від 73 респондентів, що відповідає індексу поліморбідності 1,32 нозологічних одиниці

на особу. 16 респондентів (21,92 %) мали два та більше типів травм/порушень, що свідчить про політравматичний характер ушкоджень і визначає необхідність мультидисциплінарного реабілітаційного підходу.

Найпоширенішими порушеннями здоров'я були: травми нижніх кінцівок - 25 випадків (26,04 % від загального числа відповідей); травми верхніх кінцівок - 19 (19,79 %); хронічні захворювання - 13 (13,54 %); травми хребта - 12 (12,50 %); осколкові/вогнепальні поранення - 9 (9,38 %); ампутації та черепно-мозкові травми - по 5 (5,21 % кожне); травми органів слуху - 4 (4,17 %). Психологічна травма (ПТСР, тривожність, депресія) формально вказана лише 2 особами (2,08 %), однак ця цифра, ймовірно, є заниженою.

За часом отримання травми: до 3 місяців тому - 2 особи (2,74 %); 3–6 місяців - 18 (24,66 %); 6–12 місяців - 13 (17,81 %); 1–2 роки - 18 (24,66 %); більше 2 років - 19 (26,03 %); відмовились вказати - 3 (4,11 %). Таким чином, 50,69 % пацієнтів отримали травму більше року тому, що відображає хронічний характер реабілітаційних потреб і потребу в довготривалих програмах відновлення.

Більшість опитаних (93,16 %) залучені до реабілітаційних послуг: 32

особи (43,84 %) отримують їх регулярно, 36 осіб (49,32 %) - епізодично. Лише 3 особи (4,11 %) потребують послуг, але не отримують їх; 1 особа (1,37 %) не потребує реабілітації. Ці показники свідчать про реальну інтеграцію реабілітації у повсякденне життя більшості пацієнтів громади.

Аналіз кількості отримуваних послуг у розрахунку на одного пацієнта виявив значну варіативність:  $M = 3,64 \pm 1,84$  послуги на особу. Кореляційний аналіз не виявив статистично значущого зв'язку між віком та кількістю отримуваних послуг ( $r = -0,10$ ;  $p = 0,398$ ), що свідчить про однакову інтенсивність реабілітаційного навантаження в різних вікових групах.

Структурний аналіз виявив виражене домінування «класичних» фізіологічно орієнтованих втручань: ЛФК + масаж + фізична терапія + фізіотерапія охоплюють 71,81 % усіх послуг. Варто відзначити, що згідно з сучасними підходами МОЗ України, ЛФК та масаж не належать до доказових методів реабілітації. Водночас застосування компонентів комплексної реабілітації, які передбачені біопсихосоціальною моделлю (ерготерапія (9,77%), психологічна допомога (5,26 %), логопедична підтримка (3,01 %)) перебуває на низькому рівні (табл. 2).

Таблиця 2.

**Структура реабілітаційних послуг, що отримують пацієнти (n = 73)**

Вид послуги	n*	% від усіх відповідей
Лікувальна фізкультура (ЛФК)	55	20,68
Масаж	51	19,17
Фізична терапія / фізична реабілітація	45	16,92
Фізіотерапія (апаратне лікування)	40	15,04
Ерготерапія	26	9,77
Механотерапія (тренажери)	17	6,39
Психологічна / психотерапевтична допомога	14	5,26

Протезування	10	3,76
Логопедична допомога	8	3,01
Усього відповідей	266	100,00

*Примітка: \* - допускався вибір декількох варіантів; загалом 266 відповідей від 73 респондентів.*

За частотою курсів реабілітації протягом останнього року: 1 курс - 30 осіб (41,10 %); 2 курси - 27 (36,99 %); 3 курси - 3 (4,11 %); 4 курси - 3 (4,11 %); більше 4 - 2 (2,74 %); не проходили - 7 (9,59 %). Переважання одного або двох курсів на рік (78,09 % пацієнтів) може свідчити як про достатню інтенсивність реабілітації в частини пацієнтів, так і про обмеження пропускну здатності реабілітаційних підрозділів - з огляду на те, що 43 особи (58,9 %) декларують потребу в додаткових послугах.

Загальна задоволеність якістю реабілітаційних послуг є стабільно високою в усіх вимірах. Оцінка «відмінно»

переважає за критеріями: «професіоналізм фахівців» - 58 осіб (75,34 %); «індивідуальний підхід» - 56 (76,71 %); «доступність послуг» - 55 (75,34 %); «тривалість послуг» - 48 (65,75 %); «наявність обладнання» - 43 (58,90 %). Частка незадовільних оцінок за жодним критерієм не перевищує 2,74 %, що свідчить про стабільно якісне надання послуг та кваліфікованість кадрового складу реабілітаційного підрозділу. Дещо нижчі оцінки матеріально-технічної бази («обладнання» - 58,90 % «відмінно» проти 79,45 % за «професіоналізм») окреслюють резерв для інвестицій у дооснащення реабілітаційних відділень (табл. 3).

*Таблиця 3.*

#### Оцінка якості реабілітаційних послуг за критеріями (n = 73, %)

Критерій якості	Відмінно (%)	Добре (%)	Задовільно (%)	Незадовільно (%)
Професіоналізм фахівців	79,45	17,81	2,74	0,00
Наявність обладнання	58,90	34,25	6,85	0,00
Тривалість послуг	65,75	23,29	8,22	2,74
Доступність послуг	75,34	17,81	6,85	0,00
Індивідуальний підхід	76,71	13,70	8,22	1,37

Аналіз незадоволеного попиту на реабілітаційні послуги виявив значний розрив між отримуваним та бажаним обсягом допомоги. Потребу в додаткових послугах задекларували 43 особи (58,90 %), з них 26 (60,5 % від числа тих, хто потребує) - в одній додатковій послугі, 5 (11,6 %) - в двох, 12 (27,9 %) - у трьох і більше. Не потребують додаткових послуг 20 осіб (27,40 %).

Структура незадоволеного попиту за напрямками наступна: фізична терапія 22 особи (30,14 %); психологічна підтримка - 17 (23,29 %); ерготерапія - 11 (15,07 %); професійна реабілітація - 8 (10,96 %); протезування/ортезування - 7 (9,59 %); логопедична допомога - 6 (8,22 %); соціальна реабілітація - 3 (4,11 %); телемедицинські консультації - 1 (1,37 %). Психологічна підтримка посідає другу

позицію за обсягом незадоволеного попиту, тоді як серед отримуваних послуг вона перебуває лише на сьомому місці (5,26 % від загальних відповідей). Цей дисбаланс свідчить про системний дефіцит психологічної складової реабілітації, який не може бути вирішений лише в рамках поточного переліку послуг.

За результатами опитування встановлено, що асистивні технології/допоміжні засоби використовують 33 респонденти (45,21%); 3 особи (4,11 %) мають потребу, але не мають доступу до них; 29 осіб (39,73 %) не потребують; 8 (10,96 %) відмовились відповідати. Серед засобів мобільності найпоширенішим є ортез - 13 (31,71 % від тих, хто застосовує засоби мобільності), тростина - 8 (19,51 %), механічне крісло колісне та милиці - по 6 (14,63 %), протез нижньої кінцівки - 4 (9,76 %).

Фізична доступність реабілітаційних закладів оцінена позитивно: 61 респондент (83,56 %) вважає заклад повністю доступним (пандуси, ліфти, широкі двері тощо); 6 (8,22 %) - частково доступним; 1 (1,37 %) - недоступним; 5 (6,85 %) не можуть оцінити. Більшість пацієнтів (68,49 %) мешкають в радіусі до 10 км від реабілітаційного закладу (до 2 км - 21,92 %, 2–10 км - 46,57 %), що забезпечує відносну транспортну доступність. Основний вид транспорту - власний автомобіль (47,50 %), громадський транспорт (27,50 %).

Половина респондентів (52,00 %) не відчуває жодних бар'єрів у доступі до послуг. Проте серед тих, хто вказав перешкоди, на першому місці - відсутність інформації про доступні послуги (16,00 % від усіх відповідей); далі - відсутність транспорту та бюрократичні процедури (по 6,67 %); відсутність необхідних фахівців у громаді (5,33 %).

респондентів 67,12 % вважають, що отримують достатньо інформації про реабілітаційні послуги; 26,03 % - лише частково; 4,11 % - недостатньо. Провідними джерелами інформування є вузькопрофільні лікарі (23,39 %), сімейні лікарі (21,77 %) та неформальні канали (знайомі/родичі - 20,16 %). Натомість соціальні працівники та інформаційні матеріали у закладах охорони здоров'я є задіяними мінімально (6,45 % і 2,42 % відповідно). Відсутність єдиного структурованого інформаційного маршруту пацієнта є системною проблемою, що посилює нерівність доступу до реабілітаційних послуг.

Реабілітаційні послуги отримують безоплатно 70 осіб (95,89 %). Лише 2 особи (2,74 %) здійснювали будь-які виплати (у тому числі неофіційні); 1 особа (1,37 %) не отримує послуг. З тих, хто платив, - 2 особи витрачали від 1 000 до 3 000 грн на місяць. Таким чином, фінансовий бар'єр у доступі до реабілітації для учасників бойових дій є практично відсутнім - це важлива позитивна характеристика функціонування системи в умовах воєнного часу.

Психологічну підтримку отримують лише 31 особа (42,47 %): регулярно - 11 (15,07 %), епізодично - 20 (27,40 %). Ще 5 осіб (6,85 %) потребують її, але не отримують; 35 осіб (47,95 %) вважають, що не потребують. Ці показники вказують на недостатнє покриття психологічної складової реабілітації.

Аналіз суб'єктивної підтримки іншими сторонами виявив дисбаланс: родина підтримує 61 особу (83,56 %); медичні працівники - 39 (53,42 %); друзі - 31 (42,47 %); громадські організації - 15 (20,55 %); соціальні служби - 10 (13,70 %); місцева влада - лише 4 (5,48 %). Ці дані наочно демонструють, що психосоціальне

навантаження перекладається переважно на найближче оточення пацієнта, тоді як соціальні служби та місцева влада залишаються фактично відстороненими від процесу підтримки.

Потребу в соціальній адаптації або професійній реабілітації задекларували 23 особи (31,51 %): навчання новій професії потребують 10 (13,70 %), адаптацію робочого місця - 9 (12,33 %), допомогу у працевлаштуванні - 4 (5,48 %). Ще 12 осіб (16,44 %) вже отримали відповідну допомогу. Ці дані формують запит на інтеграцію програм соціально-трудової реінтеграції до стандартного пакету реабілітаційних послуг громади.

Серед пропозицій щодо покращення реабілітаційних послуг пріоритетними є: збільшення кількості фахівців - 30 відповідей (28,85 %); покращення обладнання - 26 (25,00 %); покращення інформування населення - 19 (18,27 %). Менш вагомими, але суттєвими запитами є: скорочення черг очікування - 6 (5,77 %); наближення послуг до місця проживання та організація груп підтримки - по 5 (4,81 % кожне). Отримані результати є конкретними орієнтирами для формування управлінських рішень і планування розвитку реабілітаційної системи громади.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. A qualitative assessment of war-related rehabilitation needs and gaps in Ukraine / L. L. Lawry et al. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2025. Vol. 44, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00912-4> (date of access: 16.02.2026).
2. Комплексна реабілітація військовослужбовців: клініко-психологічні ушкодження та медсестринська складова догляду / С. В. Гордійчук та ін. *Intermedical journal*. 2025. № 4. С. 122–128. URL: <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-4-20> (дата звернення: 14.02.2026).
3. Михальчук В. М., Мельник В. М., Ханенко І. С. Кадрове забезпечення реабілітаційної допомоги в сучасних умовах воєнного стану в Україні. *Лікарська справа*. 2026. № 1. URL: <https://doi.org/10.31640/ls-2026-1-02> (дата звернення: 16.02.2026).
4. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX: станом на 1 січ. 2026р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 16.02.2026).

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** За результатами проведеного дослідження встановлено, що система реабілітаційної допомоги Звягельської міської громади функціонує в умовах воєнно-обумовленого навантаження: 95,89 % пацієнтів - учасники бойових дій або ветерани, індекс поліморбідності становить 1,32 нозологічної одиниці на особу. Попри загалом високий рівень охоплення базовими послугами (93,16 %) та якості надання (частка оцінок «відмінно/добре» - понад 95 % за ключовими критеріями), у системі виявлено системні прогалини: домінування біомедичної моделі реабілітації (71,81 % послуг складають ЛФК, масаж, фізіотерапія та фізична терапія) над психосоціальною; незадоволений попит на додаткові послуги у 58,90 % пацієнтів, передусім психологічну та ерготерапевтичну допомогу; дефіцит інформаційного супроводу пацієнта (30,14% пацієнтів не отримують достатньої інформації); неповне покриття потреб в асистивних технологіях. Перспективами подальших досліджень є порівняльний аналіз реабілітаційних потреб у різних громадах Житомирської та суміжних областей.

5. Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. Vol. 53, no. 2. URL: <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.17.04746-3> (date of access: 15.02.2026).

6. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Каб. Міністрів України від 03.11.2021 №1268: станом на 11листоп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п#Text> (дата звернення: 16.02.2026).

7. Комуникативна взаємодія між медичним персоналом відділень реабілітації та пацієнтами і її значення в процесі відновного лікування/ С. Д. Поплавська та ін. Україна. Здоров'я нації. 2024. №. 4. С. 86–95. URL: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/14> (дата звернення: 15.02.2026).

8. Михальчук В. М., Пожевілова А. А. Реабілітаційна допомога у програмі медичних гарантій та проблеми її кадрового забезпечення. *Лікарська справа*. 2024. № 4. URL: <https://doi.org/10.31640/ls-2024-4-02> (дата звернення: 16.02.2026).

## REFERENCES

1. A qualitative assessment of war-related rehabilitation needs and gaps in Ukraine / L. L. Lawry et al. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2025. Vol. 44, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00912-4> (date of access: 16.02.2026).

2. Kompleksna rehabilitatsiia viiskovosluzhbovtziv: kliniko-psykholohichni ushkodzhennia ta medsestrynska skladova dohliadu [Comprehensive rehabilitation of military personnel: clinical-psychological injuries and the nursing component of care] / S. V. Hordiichuk ta in. *Intermedical journal*. 2025. № 4. S. 122–128. URL: <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-4-20> (date of access: 14.02.2026) (in Ukrainian).

3. Mykhalchuk V. M., Melnyk V. M., Khanenko I. S. Kadrove zabezpechennia rehabilitatsiinoi dopomohy v suchasnykh umovakh voiennoho stanu v Ukraini [Human rehabilitation assistance in the current conditions of martial state in Ukraine]. *Likarska sprava*. 2026. № 1. URL: <https://doi.org/10.31640/ls-2026-1-02> (date of access: 16.02.2026) (in Ukrainian).

4. Pro rehabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia: Zakon Ukrainy vid 03.12.2020 № 1053-IX: stanom na 1 sich. 2026r. [On rehabilitation in the healthcare sector: Law of Ukraine No. 1053-IX dated December 3, 2020] URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (date of access: 16.02.2026) (in Ukrainian).

5. Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. Vol. 53, no. 2. URL: <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.17.04746-3> (date of access: 15.02.2026).

6. Pytannia orhanizatsii rehabilitatsii u sferi okhorony zdorovia: Postanova Kab. Ministriv Ukrainy vid 03.11.2021 №1268: stanom na 11lystop. 2025 r. [Issues of organizing rehabilitation in the healthcare sector: Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1268 dated November 3, 2021] URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п#Text> (date of access: 16.02.2026) (in Ukrainian).

7. Komunikatyvna vzaiemodiia mizh medychnym personalom viddilen rehabilitatsii ta patsiientamy i yii znachennia v protsesi vidnovnoho likuvannia. [Communicative interaction between medical staff of rehabilitation departments and patients and its importance in the process of restorative treatment] / S. D. Poplavska et al. *Ukraina. Zdorovia natsii*. 2024. No. 4. P. 86–95. URL: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/14> (date of access: 15.02.2026).

8. Mykhalchuk V. M., Pozhevilova A. A. Reabilitatsiina dopomoha u prohrami medychnykh harantii ta problemy yii kadrovoho zabezpechennia [Rehabilitation care in the medical guarantees program and staffing issues]. *Likarska sprava*. 2024. № 4. URL: <https://doi.org/10.31640/ls-2024-4-02> (date of access: 16.02.2026) (in Ukrainian).

**ASSESSMENT OF PATIENTS' NEEDS FOR REHABILITATION SERVICES ON THE EXAMPLE OF THE ZVIAHEL COMMUNITY**

**Hryshchuk S.M.<sup>1,2</sup>, Harlinska A.M.<sup>2</sup>, Vankevych T.V.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council, Zhytomyr, Ukraine*

<sup>2</sup>*Zhytomyr Ivan Franko State University, Zhytomyr, Ukraine*

**Annotation.** *Background.* The growing number of people affected by military hostilities requires an objective assessment of medical rehabilitation needs at the community level to implement the biopsychosocial model.

*Objective.* To determine the structure of patients' needs for rehabilitation services and assistive technologies, assess their quality, and identify barriers using the example of the Zviahel community.

*Materials and methods.* A survey of 73 patients at the Zviahel Multidisciplinary Hospital was conducted using an original questionnaire. The data were processed using methods of descriptive and analytical statistics.

*Results.* Among the respondents, 95.9% are military personnel and veterans. A dominance of physiologically oriented interventions was established (71.8%). Despite high satisfaction with the quality of rehabilitation care, 58.9% of patients have an unmet demand for additional services, primarily psychological support and occupational therapy. A deficit in informational support was identified.

*Conclusions.* The system operates under a significant workload. A transition to the biopsychosocial model is necessary through the strengthening of psychosocial support and the optimization of patient informing.

**Keywords:** *medical rehabilitation, veterans, needs, biopsychosocial model, survey.*

**Відомості про авторів:**

Гришук Сергій Миколайович – к.мед.н., доцент, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради; вул. Велика Бердичівська 46/15, Житомир, Україна, 10002; Житомирський державний університет імені Івана Франка; вул. Велика Бердичівська, 40 м. Житомир, Україна, 10008; [zamlkzt@gmail.com](mailto:zamlkzt@gmail.com); ORCID ID 0000-0002-5553-8110.

Гарлінська Алла Миколаївна – к.б.н., доцент, Житомирський державний університет імені Івана Франка; вул. Велика Бердичівська, 40 м. Житомир, Україна, 10008; [harlinska-a@zu.edu.ua](mailto:harlinska-a@zu.edu.ua); ORCID ID 0000-0001-7859-8637.

Ванькевич Тетяна Вікторівна – здобувач другого (магістерського) рівня освіти, спеціальність «Громадське здоров'я», Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради; вул. Велика Бердичівська 46/15, Житомир, Україна, 10002; [gsmk@ukr.net](mailto:gsmk@ukr.net).

Конфлікт інтересів: відсутній. Conflict of interest: absent.