

VETERAN  
HUB

RESEX

# ЗМІНИ СЕКСУАЛЬНОСТІ

у ветеранів та ветеранок  
із порушеннями чутливості

Дослідження

2026



# Анотація

Ми, команда Аналітичного центру Ветеран Хабу, продовжуємо досліджувати різний досвід повернення ветеранів і ветеранок зі служби та вплив участі в бойових діях на різні сфери їхнього добробуту.

Сексуальність є важливою частиною життя та романтичних стосунків, однак ця тема залишається малодослідженою в контексті відновлення після поранення. Цей аналітичний звіт продовжує попередню роботу Ветеран Хабу та фокусується на досвіді ветеранів і ветеранок з ураженнями органів чуття або втратою чутливості тіла / його ділянок внаслідок поранень чи лікування.

Результати дослідження допомагають краще розуміти можливий шлях відновлення сексуальності після поранення / травм та окреслюють підходи до сексуальної реабілітації, які можуть стати підтримкою для ветеранів і ветеранок, їхніх партнерів/ок і фахівців/чинь допоміжних професій.

Проект Resex створений Veteran Hub. Документ є виключною відповідальністю авторів/ок та може не відображати думку та позицію донорів і партнерів. За всі можливі помилки та неточності у фінальній версії несуть відповідальність лише автори/ки.

Текст дослідження або будь-яка окрема його частина є твором і охороняється відповідно до чинного законодавства України. Усі майнові права належать Veteran Hub (БО «Благодійний Фонд "Ветеран Хаб++"»). Будь-яке використання матеріалів дослідження можливе за умови посилання на першоджерело.

---

**Коректна згадка першоджерела:** Костенко, А., Куделя, М., & Стратієнко, І. (2026). *Зміни сексуальності у ветеранів та ветеранок із порушеннями чутливості: Дослідницький звіт*. Ветеран Хаб.

Дослідження було проведено у жовтні 2025 — лютому 2026 року. Основний текст дослідження викладений шрифтом Inter 14 розміру, щоби зробити прочитання доступнішим для людей з різним рівнем функціональності зору.

# Авторська команда

## Аналітика

**Катерина Скороход, PhD** —  
супервізорка, директорка  
Аналітичного центру

**Анна Костенко** —  
головна аналітиkinя

**Марія Куделя** —  
старша аналітиkinя

**Ірина Стратієнко** —  
молодша аналітиkinя

## Менеджмент

**Тетяна Жовтуха** —  
менеджерка дослідження

## Редакція

**Елеонора Чорноморченко** —  
головна редакторка

**Яна Мазепа** — редакторка

**Дар'я Блєднова** — коректорка

## Дизайн

**Вікторія Денисова** —  
артдиректорка

**Анастасія Скокова** —  
дизайнерка і верстальниця

**Patsany agency** — ілюстрації

## Інтерв'ювання

**Олександр Баталов, Анна Костенко,  
Марія Куделя, Ірина Стратієнко**

## Рецензування

**Тамара Марценюк** — PhD,  
доцентка кафедри соціології  
Києво-Могилянської академії

**Анна Прохорова** — PhD, старша  
викладачка кафедри соціології  
Києво-Могилянської академії

**Олександр Баталов** — ветеран  
російсько-української війни,  
директор благодійної організації  
«Unconquered Foundation»

# Довідка про організацію

**Ветеран Хаб** — мережа сталої підтримки ветеранів, ветеранок і близьких воїнів та воїнок. Організація працює з 2018 року та надає юридичні консультації, психологічну підтримку, кар'єрні консультації і персональний супровід. Мережа об'єднує простори в Києві та Вінниці, Мобільні офіси для доставлення послуг додому у Київській і Вінницькій областях, та національну Лінію підтримки, що працює телефоном 067 348 28 68.

На основі щоденного досвіду взаємодії з ветеранами, ветеранками та їхніми сім'ями організація проводить фахові дослідження, адвокатує покращення їхнього добробуту, розробляє інформаційні й медіапроекти та допомагає різним стейкхолдерам/кам сфери підтримувати воїнів/ок та їхніх близьких.

Сайт: [veteranhub.com.ua](http://veteranhub.com.ua)

Facebook: [fb.com/VeteranHubUa](https://fb.com/VeteranHubUa)

Instagram: [instagram.com/veteran\\_hub](https://instagram.com/veteran_hub)



# Подяки

Авторки щиро вдячні ветеранам та ветеранкам, які довірили нам історії свого шляху під час глибинних інтерв'ю. Маємо за честь працювати для вас.

Також дякуємо всім працівникам та працівницям Ветеран Хабу, які надавали свої консультації та зворотний зв'язок команді дослідження.

Окрему подяку висловлюємо реабілітаційним та медичним закладам, які сприяли залученню цільової аудиторії до участі у глибинних інтерв'ю в межах цього дослідження. Зокрема, щиро дякуємо ГО «Ресурсний центр "Лісова Поляна"», реабілітаційному центру «TYTANOVI RENAV» та БФ «Світло в тобі».

Також висловлюємо подяку організаціям та медійним людям, які поширювали інформацію про дослідження та сприяли підвищенню його видимості серед потенційних респондентів і респонденток, що дало змогу залучити ширше коло учасників та учасниць. Зокрема, таким ініціативам та спільнотам: «Ігри Нескорених», Центр ініціатив ПЖ, Патронатна служба 3 ОШБ «Янголи», «Вільний Вибір», «Вільні воїни», U+, «Dialog Hub», «Характер.Media», «VETERANKA», «Ебаут», «Міцні 300», а також Владу «Самураю» Єщенко, Олексію Притулі та Олені Риж.

# Вступне слово

В українському суспільстві тема сексуальності часто сприймається як надто приватна та інтимна для відкритого і детального обговорення. Сексуальність та сексуальне здоров'я ветеранів та ветеранок, з побутових спостережень, частіше розглядається у контексті репродуктивного здоров'я або ж у прив'язці до обговорення секс-роботи та прифронтового побуту.

Однак сексуальність є одним з ключових компонентів добробуту людини, зокрема у сферах здоров'я, стосунків, самосприйняття для всіх людей. У поєднанні з бойовим досвідом, перебуванням у ситуаціях смертельної небезпеки та розлуки з коханими, сексуальність, її прояви, зміни у ній та вплив на неї бойового досвіду або ж досвіду поранень стає ще важливішим.

Поранення дійсно може змінювати тіло, чутливість і спосіб переживання близькості, але воно не скасовує право людини на сексуальність, бажання та інтимне життя. Саме тому сексуальність є не другорядною темою, а важливою частиною відновлення.

У момент поранення та лікування людина проживає межовий досвід, який може впливати на сприйняття себе і свого тіла, функціональність і чутливість, бачення сексу і його важливості. Попри очевидність теми сексуальності, зокрема у процесі лікування, вона часто лишається за дужками і їй не надається достатня увага — ані від фахівців/чинь, ані від суспільства. Така закритість теми може перешкоджати самим ветеранам і ветеранкам звертатись по підтримку.

Цим дослідженням ми хочемо показати множинність досвідів, які проживають ветерани/ки у процесі сексуального відновлення і змін чутливості. Немає єдиного чи правильного шляху. Це нелінійний, комплексний і складний процес. І для нас важливо, аби цей досвід був побачений та почутий, а ветерани і ветеранки могли отримувати продукти та підтримку, що полегшать їхній шлях.

Ми закликаємо всіх читачів та читачок цього звіту бути відкритими та не боятись говорити про власну сексуальність, адже це невіддільний людський досвід. Сподіваємось, що цей аналіз надихне досліджувати власну сексуальність, відкрито ставитись до змін у чутливості, експериментувати з коханими, шукати задоволення та знаходити його. Ми також висловлюємо подяку усім респондентам і респонденткам, які поділились з нами своїми історіями та досвідами. Та окремо хочемо подякувати вам за ваш внесок у захист України.

Ми сподіваємося, що цей звіт стане у пригоді і медичним працівникам/цям, психологам/иням, психотерапевтам/кам, реабілітологам/иням, соціальним працівникам/цям та всім фахівцям/чиням, які перебувають поруч із ветеранами та ветеранками під час відновлення після поранення. Сексуальність нерідко залишається поза межами професійної розмови — через брак часу, підготовки або відчуття делікатності теми. Маємо надію, що досвід, представлений у цьому дослідженні, стане підставою для чутливішої, відкритішої та міждисциплінарної підтримки.

Ми також адресуємо звіт представникам і представницям державних інституцій, зокрема сфери охорони здоров'я, ветеранських справ і соціального захисту. Відновлення після поранення не обмежується фізичною реабілітацією, а сексуальне здоров'я є важливою частиною повернення та потребує врахування у програмах, стандартах і політиках підтримки.

І, зрештою, цей текст може бути частиною важливого діалогу всередині суспільства. Говорити про сексуальність ветеранів і ветеранок — означає бачити їх не лише крізь призму війни, а як людей із множиною досвідів і потреб. І це також важлива частина розмови про сексуальність загалом, оскільки вона є невіддільною частиною людського життя, гідності та добробуту. Тож говорімо без стигми, сорому й мовчання.

Старші аналітикині дослідження,  
Анна Костенко та Марія Куделя

# Зміст

Анотація.....	3
Авторська команда.....	4
Довідка про організацію.....	5
Подяки.....	6
Вступне слово.....	7
Зміст.....	9
Список скорочень.....	10
Глосарій.....	11
Вступ.....	16
Методологія.....	20
Мета.....	20
Завдання.....	20
Методи.....	20
Вибірка.....	22
Аналіз емпіричних даних.....	26
Методологічні особливості.....	27
Етичні засади.....	28
Обмеження.....	29
Концептуальна рамка дослідження.....	30
Поняття сексуальності.....	30
<b>Розділ 1 Зміни в сексуальності після поранення.....</b>	<b>34</b>
Сексуальність на етапі отримання поранення.....	36
Сексуальність на етапі лікування.....	41
Висновки.....	53
<b>Розділ 2 Сексуальне життя з пораненням.....</b>	<b>54</b>
Прийняття.....	59
Стан лібідо.....	73
Зміни в статевому акті.....	80
Зміна чутливості.....	83
Висновки.....	90
<b>Висновки дослідження та рекомендації.....</b>	<b>93</b>
Висновки дослідження.....	95
Рекомендації.....	98
<b>Список джерел та додаток.....</b>	<b>106</b>
Список джерел.....	108
Додаток.....	112

# Список скорочень

**АТО** — Антитерористична операція

**ВЛК** — військово-лікарська комісія

**ВООЗ** — Всесвітня організація охорони здоров'я

**ЕД** — еректильна дисфункція

**ЛГБТКІА+** — акронім, що охоплює: лесбійок, геїв, бісексуальних і трансгендерних людей, квір-людей, інтерсексуальних та асексуальних людей, а також інших, що належать до квір-спільноти

**МКХ-10** — міжнародна класифікація хвороб, Десятий перегляд

**МО** — Міністерство оборони

**МОЗ** — Міністерство охорони здоров'я

**ООС** — Операція Об'єднаних сил

**ПТСР** — посттравматичний стресовий розлад

**ФРМ** — фізична та реабілітаційна медицина

**ЧМТ** — черепно-мозкова травма

# Глосарій

**Ветеран/ка** — людина, яка брала безпосередню участь у бойових діях із захисту Батьківщини, а також на території інших держав, якщо це є частиною міжнародних зобов'язань України<sup>1</sup>.

**Військовослужбовець/иця** — людина, яка проходить службу в Збройних силах або інших військових формуваннях, створених відповідно до українського законодавства<sup>2</sup>.

**Воїн/ка** — військовослужбовець/иця, який/а під час служби виконує або виконував/ла бойові завдання.

**Добробут** — категоризація різноманітних потреб людини, необхідна для комплексного аналізу стану, функціональності та рівня задоволення людини щодо різних аспектів свого життя<sup>3</sup>.

**Еректильна дисфункція (ЕД)** — стійка нездатність до досягнення та підтримання ерекції, достатньої для задовільного статевого акту<sup>4</sup>.

**Еякуляція** — рефлекторний фізіологічний процес вивільнення (експульсії) сперми через уретру, що зазвичай супроводжується оргазмом у чоловіків<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Ветеран Хаб, Принцип, Простір можливостей, Юридична сотня. (2025). Оновлена концепція ветеранської політики [veteranspolicy.org.ua](https://veteranspolicy.org.ua)

<sup>2</sup> Верховна Рада України. (1992). Про військовий обов'язок і військову службу (Закон України № 2232-XII від 25 березня 1992 року). [zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12)

<sup>3</sup> Veteran Hub. Добробут. [veteranhub.com.ua/dobrobut](https://veteranhub.com.ua/dobrobut)

<sup>4</sup> Міністерство охорони здоров'я України. Настанова № 3362. [guidelines.moz.gov.ua/documents/3362](https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3362)

<sup>5</sup> World Health Organization. (2021). WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen (6th ed.). [who.int/publications/i/item/9789240030787](https://www.who.int/publications/i/item/9789240030787)

**Зміни / порушення чутливості** — зміни у здатності людини сприймати тілесні відчуття через органи чуття або нервову систему, що можуть проявлятися у зниженні, втраті, підвищенні або викривленні чутливості окремих ділянок тіла чи органів чуття.

**Інтимні стосунки** — взаємини, які передбачають фізичну або емоційну близькість<sup>6</sup>. Інтимні стосунки можуть бути не лише сексуальними, а й іншими формами близькості: із членами родини, друзями чи знайомими<sup>7</sup>. У цьому дослідженні ми розглядаємо інтимні стосунки у площині взаємин із романтичними партнерами/ками.

**Лібідо** — сексуальний потяг або бажання людини вступати в сексуальні стосунки з іншими людьми<sup>8</sup>. Поняття походить із психоаналітичної теорії Зігмунда Фройда. Інтенсивність лібідо пов'язана з біологічними, гормональними та психоемоційними чинниками<sup>9</sup>.

**Маскулінність** — сукупність соціально сформованих норм, уявлень і практик, які в конкретному суспільстві асоціюються з «чоловічою» поведінкою та ролями<sup>10</sup>. У цьому тексті ми торкатимемося маскулінності в контексті набору практик чи уявлень, які мають характеризувати чоловічу сексуальність.

**МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду)** — міжнародний стандарт, розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), для кодування захворювань, причин смерті та пов'язаних зі здоров'ям проблем.

---

<sup>6</sup> Wong, D. W., Hall, K. R., Justice, C. A., & Hernandez, L. W. (2014). Counseling individuals through the lifespan. SAGE Publications. p. 326  
[books.google.co.uk/books?id=dnYcBgAAQBAJ&pg=PA326&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.uk/books?id=dnYcBgAAQBAJ&pg=PA326&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

<sup>7</sup> McCarthy, J. R., Doolittle, M., & Sclater, S. D. (2012). Understanding family meanings: A reflective text. Bristol University Press. [doi.org/10.2307/j.ctt1t89hkr](https://doi.org/10.2307/j.ctt1t89hkr)

<sup>8</sup> Shamdasani, S. Libido. The Lancet, 365(9454), 115. [doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)17687-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)17687-9)

<sup>9</sup> Berga, S. L., & Smith, Y. R. (2012). Handbook of neuroendocrinology. Elsevier. [sciencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/libido](https://sciencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/libido)

<sup>10</sup> Connell, R. W. (1987). Gender and power: Society, the person and sexual politics. Stanford University Press.

**Прийняття фізичної травми** — процес психологічної та соціальної адаптації до змін у тілі після травми, що передбачає поступове усвідомлення та інтеграцію цього досвіду у власну ідентичність. У дослідженні поняття використовується переважно для опису соціального й психологічного рівнів прийняття, зокрема подолання сорому та потреби приховувати травму<sup>11</sup>.

**Сексуальна дисфункція** — у цьому дослідженні ми керуємося визначенням ВООЗ, що закріплене в МКХ-10: «це нездатність людини брати участь у сексуальних стосунках, як вона того забажає»<sup>12</sup>. У цій площині ми розглядатимемо розлади сексуального бажання, розлади збудження, оргазму та больові розлади у військових та ветеранів жіночої чи чоловічої статі (коди N48.4 та F52 відповідно)<sup>13</sup>.

**Сексуальна реабілітація** — комплекс міждисциплінарних медичних, психологічних, реабілітаційних та освітніх заходів, спрямованих на відновлення або адаптацію сексуального здоров'я, інтимності та сексуального функціонування людини після травми, поранення, захворювання або лікування. Може охоплювати медичну допомогу, психотерапевтичну підтримку, роботу з тілесною чутливістю, партнерську взаємодію та сексуальну просвіту.

**Сексуальний акт** — тілесна форма інтимної взаємодії між людьми, що охоплює як фізичний контакт, так і суб'єктивні відчуття, переживання та соціальні уявлення про сексуальність.

---

<sup>11</sup> Lee, H., Pyo, J., Ock, M., & Kim, H. J. (2024). Qualitative case study on the disability acceptance experiences of soldiers with disabilities. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), 2350081. [doi.org/10.1080/17482631.2024.2350081](https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2350081)

<sup>12</sup> World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision)*. [icd.who.int/browse10/content/staichtml/icd10volume2\\_en\\_2016.pdf](https://icd.who.int/browse10/content/staichtml/icd10volume2_en_2016.pdf)

<sup>13</sup> Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 241–250. [doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00409.x)

**Сексуальне відновлення** — індивідуальний і нелінійний процес переосмислення та адаптації сексуальності людини після змін у тілі, здоров'ї або життєвому досвіді. Може охоплювати зміну сексуальних практик, способів переживання близькості, уявлень про привабливість, сексуального бажання та взаємодії з партнером/кою або власним тілом.

**Сексуальне здоров'я** — у цьому дослідженні ми користуємося визначенням ВООЗ: «це не просто відсутність хвороби, дисфункції чи вади, а стан соматичного, емоційного, ментального й соціального добробуту щодо сексуальності. Сексуальне здоров'я передбачає позитивне і шанобливе ставлення до сексуальності та статевих взаємин, можливість безпечно вести статеве життя, що приносить задоволення, відсутність примусу, дискримінації та насильства»<sup>14</sup>.

**Сексуальність** — у цьому дослідженні ми користуємося визначенням ВООЗ: «центральний аспект людського життя, що охоплює стать, гендерні ідентичності та ролі, сексуальну орієнтацію, еротизм, задоволення, близькість та репродуктивність. Сексуальність переживається і виражається в думках, фантазіях, бажаннях, переконаннях, взаєминах, цінностях, поведінці, практиках, ролях і стосунках. Хоча сексуальність і може охоплювати всі ці прояви, не завжди всі вони обов'язково мають переживатися або виражатися. На сексуальність впливає взаємодія біологічних, психологічних, соціальних, економічних, політичних, культурних, правових, історичних, релігійних та духовних чинників»<sup>15</sup>.

**Тілесність** — спосіб переживання та усвідомлення людиною власного тіла як частини ідентичності, досвіду та взаємодії зі світом. У контексті дослідження тілесність охоплює відчуття

---

<sup>14</sup> World Health Organization. Sexual health. [who.int/health-topics/sexual-health](http://who.int/health-topics/sexual-health)

<sup>15</sup> World Health Organization. Defining sexual health. [who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health](http://who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health)

тіла, чутливість, рухливість, зовнішній вигляд, фізичні обмеження та емоційне ставлення людини до власного тіла після поранення.

**Травма** — у цьому дослідженні ми розглядаємо фізичні травми та поранення військових, отримані внаслідок бойових дій під час російсько-української війни.

**Траєкторія шляху** — індивідуальна послідовність проходження етапів Шляху ветеранів та ветеранок, що відображає особистий досвід людини, швидкість переходів між етапами, можливі повернення, зупинки або паралельні процеси у її житті після служби. Ми виокремлюємо позитивну траєкторію, за якої людина поступово інтегрується та покращує якість життя попри виклики, і негативну траєкторію, що характеризується накопиченням бар'єрів і ризиків, які погіршують добробут<sup>16</sup>.

**Фемінність** — сукупність соціально сформованих норм, уявлень і практик, які визначають очікувану «жіночу» поведінку в межах конкретної культури<sup>17</sup>.

**Чутливість** — здатність людини сприймати тілесні стимули через органи чуття (дотик, нюх, смак, зір і слух), що може впливати на сексуальне збудження та переживання інтимності<sup>18</sup>.

**Шлях ветеранів та ветеранок** — концепція і дослідження досвідів та потреб ветеранів/ок АТО/ООС від моменту рішення приєднатися до служби і до кінця життя, розроблена Ветеран Хабом<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Ветеран Хаб. (2023). Шлях ветеранів та ветеранок: Дослідження про досвід війни та повернення до цивільного життя. [veteranhub.com.ua/wp-content/uploads/2024/10/doslidzhennia-shliakh-veteraniv-ta-veteranok.pdf](https://veteranhub.com.ua/wp-content/uploads/2024/10/doslidzhennia-shliakh-veteraniv-ta-veteranok.pdf)

<sup>17</sup> Connell, R. W. (1987). Gender and power: Society, the person and sexual politics. Stanford University Press.

<sup>18</sup> Cross, C. L., & Weeks G. R. (2007). Sex, sexuality, and sensuality. In Low-cost approaches to promote physical and mental health (pp. 386). Springer. [doi.org/10.1007/0-387-36899-X\\_19](https://doi.org/10.1007/0-387-36899-X_19)

<sup>19</sup> Ветеран Хаб. Дослідження Шляху ветеранів і ветеранок. [veteranhub.com.ua/analytics/doslidzhenya-shlyahu-veteraniv-i-veteranok](https://veteranhub.com.ua/analytics/doslidzhenya-shlyahu-veteraniv-i-veteranok)

# Вступ

Сексуальність — один із важливих компонентів фізичного й психічного здоров'я людини та важлива частина близьких і романтичних стосунків. За визначенням ВООЗ, сексуальність — центральний аспект людського буття протягом усього життя. Вона охоплює стать, гендерні ідентичності та ролі, сексуальну орієнтацію, еротизм, задоволення, близькість і репродуктивність<sup>20</sup>. Сексуальність переживається та проявляється у думках, фантазіях, бажаннях, переконаннях, цінностях, взаєминах, ролях і практиках.

Сексуальне здоров'я та сексуальність є також важливими складниками добробуту людини — поєднання різноманітних чинників і потреб, що впливають на рівень задоволеності життям.

Досвіди військової служби та участі в бойових діях, зокрема складні побутові умови, незбалансоване харчування, тривалий стрес і загроза життю, можуть змінювати сексуальність ветеранів та ветеранок на фізичному, психологічному та соціальному рівні. У разі поранень / травм, полону, фізичного та психологічного насильства цей вплив значно посилюється.

Сучасна російсько-українська війна характеризується високою інтенсивністю бойових дій, невизначеною тривалістю служби та специфікою сучасного озброєння (застосування дронів, балістичних ракет). У таких умовах зростає ризик широкого спектра поранень і травм — від черепно-мозкових ушкоджень і травм опорно-рухового апарату до поранень тазової ділянки,

---

<sup>20</sup> World Health Organization. (2026, February 4). Defining sexual health. [who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health)

ушкоджень спинного мозку, масивних рубців, хронічного болю та психічних порушень, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Ці ураження можуть впливати на сексуальність фізично — змінювати чутливість та нервову систему, гормональний баланс, спричиняти хронічний / фантомний біль, втому. Психологічно — посилювати тривогу, створювати відчуття відчуження або неприйняття власного тіла, ускладнювати збудження та сексуальне бажання, формувати страхи й уникання близькості. Соціально — впливати на сприйняття себе серед інших і взаємодію з соціальними уявленнями про тілесність та сексуальність.

Сексуальність військових та ветеранів/ок із травмами або пораненнями досі мало досліджена у світі. Американські дослідження показують: після травм і поранень сексуальність залишається важливою частиною життя військових й значно впливає на їхню самооцінку та почуття задоволеності життям<sup>21, 22</sup>. Оскільки сексуальне здоров'я є частиною загального фізичного й психічного здоров'я, ключову роль у підтримці під час лікування та реабілітації відіграють медичні фахівці та фахівчині.

Українські дослідники та дослідниці орієнтуються на досвід США через брак доступу до національних даних чи проведення своїх досліджень. Проте він не відображає специфіку українського контексту — тривалої війни, типів поранень, умов для відновлення. У результаті більшість робіт мають оглядовий або теоретичний

---

<sup>21</sup> Ellis, K. M., Nordstrom, M. J., Bach, K. E., et al. (2021). Sexuality and intimacy rehabilitation for the military population: Case series. *Sexuality and Disability*, 39, 231–243. [doi.org/10.1007/s11195-021-09680-5](https://doi.org/10.1007/s11195-021-09680-5)

<sup>22</sup> Brundage, J. A., Williams, R. D., Powell, K., Raab, J., Engler, C., Rosin, N., & Sepahpanah, F. (2020). An interdisciplinary sexual health rehabilitation program for veterans with spinal cord injury: Case reports. *Sexuality and Disability*, 38, 343–353. [doi.org/10.1007/s11195-020-09629-0](https://doi.org/10.1007/s11195-020-09629-0)

характер і зосереджуються на тому, як війна змінює психічний стан військових і як ці зміни відображаються на їхній сексуальності<sup>23, 24</sup>.

Щоб зібрати власні емпіричні дані, у 2023 році у межах проекту Resex ми провели перше дослідження про досвід повернення ветеранів і ветеранок із пораненнями до сексуального життя в українських реаліях<sup>25</sup>. Ми зосереджувалися на загальному впливі поранення на сексуальність, викликах воїнів/ок і їхніх партнерів/ок, відновленні сексуальних стосунків у парі та бар'єрах у доступі до медичної допомоги / підтримки. У цій, другій, ітерації проекту ми досліджуємо, як зміни у фізичній чутливості через різні типи поранень впливають на сексуальність.

У фокусі нашої уваги — особистісний досвід ветеранів і ветеранок: від перших думок і сумнівів до дій — залицяння, побачень, дотиків до свого тіла та сексуального контакту з іншою людиною або собою. Під ветеранами та ветеранками в цьому дослідженні ми розуміємо людей із досвідом участі в бойових діях у російсько-українській війні незалежно від їхнього поточного статусу служби: вони можуть як завершити військову службу, так і продовжувати її, зокрема після поранення.

Оскільки сексуальність не обмежується міжособистісною взаємодією та тісно пов'язана з індивідуальною чутливістю, роботою органів чуття та відчуттями, пошкодження органів чуття або поява нечутливих ділянок тіла внаслідок травм / поранень можуть істотно змінювати досвід сексуальності,

---

<sup>23</sup> Федорець, С. (2023). Психосексуальні основи сексуальної реабілітації військових, ветеранів та цивільних з інвалідністю. Вчені записки Університету «КРОК», 3 (71), 199–207. [doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-199-207](https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-199-207)

<sup>24</sup> Volosheniuk, T. V. (2024). A post-traumatic stress disorder in military servicemen and war veterans. *News of Pharmacy*, 107(1), 131–135. [doi.org/10.24959/nphj.24.134](https://doi.org/10.24959/nphj.24.134)

<sup>25</sup> Ветеран Хаб. (2023). Сексуальне життя воїнів після поранень: Дослідження сексуального та інтимного досвіду у військових/ветеранів з пораненнями та їх партнерів. [resex.veteranhub.com.ua](https://resex.veteranhub.com.ua)

впливати на уяву, ерогенні зони, тілесну чутливість і сексуальні бажання.

Дослідження є важливим кроком для розуміння досвіду відновлення ветеранів та ветеранок після поранення / травми. Отримані знання можуть стати опорою для фахівців і фахівчинь у медицині, реабілітації та психосоціальній підтримці, щоби вибудовувати більш чутливі й ефективні підходи до відновлення сексуального здоров'я та добробуту ветеранів і ветеранок після поранень. Для академічного простору — а зокрема, для дослідників і дослідниць — це нові знання про сексуальність у воїнів/ок після поранення у контексті повномасштабного вторгнення.

# Методологія

## Мета

Виявити зміни у сексуальності ветеранів і ветеранок з ураженнями органів чуття або нечутливими ділянками тіла внаслідок бойових поранень

## Завдання

1. Визначити, як після поранення та ураження органів чуття у ветеранів/ок змінюються аспекти сприйняття власної сексуальності на етапі отримання поранення і лікування
2. Виявити, як трансформується сексуальність у подальшому житті після лікування у тілі ветеранів і ветеранок зі зміненою чутливістю
3. Сформувати практичні рекомендації за результатами дослідження

## Методи

Тема сексуальності та інтимного життя людини є сенситивною і потребує особливої уваги в підборі методів та етичних підходів. Оскільки мета дослідження — виявити зміни в сексуальності у ветеранів та ветеранок, ми обрали для дослідження **якісний метод, зокрема глибинного інтерв'ю**, адже він дає змогу розлого розповісти про власний досвід, зокрема травматичний<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Liamputtong, P. (2007). Traditional interviewing research methods appropriate for researching vulnerable people. In *Researching the vulnerable: A guide to sensitive research methods* (pp. 95–117). SAGE Publications. [doi.org/10.4135/9781849209861.n5](https://doi.org/10.4135/9781849209861.n5)

Для розуміння контексту лікування та проходження реабілітації ми застосували **метод експертних інтерв'ю**.

У всіх інтерв'ю ми послуговувалися **напівструктурованим гайдом**. У розмові із ветеранами й ветеранками це дало нам змогу бути гнучкими, вибудовувати довірливі стосунки та створювати комфортне середовище розмови. Гайд інтерв'ю охоплював теми, пов'язані з моментом отримання поранення, лікуванням, уявленнями про сексуальність, досвідом після поранення, тілесною чутливістю, стосунками та сприйняттям власного тіла. Під час глибинних інтерв'ю розмова будувалася ретроспективно: разом із ветеранами та ветеранками ми простежували їхній шлях відновлення — від подій поранення й лікування до поступових змін у переживанні тіла, близькості та сексуальності після бойової травми.

Напівструктурований формат інтерв'ю допоміг створити безпечний простір, у якому респонденти/ки могли відкрито говорити про свій досвід. Дослідницька команда також заздалегідь проговорила, що респонденти/ки можуть відповідати на запитання з тією мірою деталізації, яка є для них комфортною. Інтерв'юери/ки свідомо не заглиблювалися в надто чутливі аспекти сексуального досвіду, якщо учасники/ці не були готові їх обговорювати.

На розвідувальній фазі дослідження ми проводили експертні інтерв'ю з реабілітологами, сексологами та ерготерапевтами. Метою було отримати цілісне уявлення про практики та виклики у сфері реабілітації загалом і сексуальної реабілітації зокрема. Метод напівструктурованого інтерв'ю у розмові з експертами/ками дав нам змогу бути гнучкими і поглиблювати саме ті теми, з якими вони працюють на практиці<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2009). Introduction: Expert interviews – An introduction to a new methodological debate. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Eds.), *Interviewing experts* p.2. Palgrave Macmillan. [doi.org/10.1057/9780230244276\\_1](https://doi.org/10.1057/9780230244276_1)

## Вибірка

У якісних дослідженнях для вибору об'єктів вивчення використовують неімовірнісні вибірки. У такій вибірці одиниці відбираються навмисно, щоб відобразити конкретні риси або групи всередині досліджуваної популяції<sup>28</sup>. У цьому дослідженні ми застосували неімовірнісну комбіновану вибірку, а саме вибірку зручних випадків та максимальної варіації цих випадків.

До вибірки увійшли військові та ветерани/ки російсько-української війни, які отримали фізичні травми під час бойових дій та перебувають на різних етапах Шляху ветеранів та ветеранок,<sup>29</sup> зокрема продовжують військовий шлях або звільнені з військової служби та перебувають у цивільному середовищі. Деякі з них отримали поранення ще на початку російсько-української війни у 2014 році, а частина — вже після повномасштабного вторгнення. Час отримання поранень охоплює період 2014–2025 років, що дало змогу простежити довготривалу динаміку трансформації сексуальності — від ранніх етапів відновлення до досвіду життя з наслідками поранення протягом понад десяти років.

Наразі в Україні немає відкритих даних чи аналітики щодо кількості та типів травм, які отримують військовослужбовці/иці під час бойових дій. Через постійні зміни у війні, інтенсивність бойових дій, складність евакуації воїни та воїнки можуть отримувати поранення різного типу та рівня тяжкості. Тому до вибірки ми додавали респондентів/ок з різними видами травм, які спричинили зміну чутливості в тілі. Для частини респондентів/ок це проявлялося у втраті чутливості в окремих ділянках тіла через шрами або опіки. Інші стикнулися з більш масштабними змінами — втратою чутливості в цілих частинах

---

<sup>28</sup> Ritchie, J., & Lewis, J. (Eds.). (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. SAGE Publications. 77-78

<sup>29</sup> Ветеран Хаб. (2023). Мапа Шляху ветеранів та ветеранок. [veteranhub.com.ua/veteran-way](https://veteranhub.com.ua/veteran-way)

тіла, втратою окремих органів чуття або змінами сприйняття чутливості внаслідок черепно-мозкової травми (ЧМТ).

**У дослідженні взяли участь 27 ветеранів та ветеранок з різними пораненнями. Серед них:**

- Неврологічні травми (черепно-мозкова травма, травма спинного мозку (парези, паралічі, втрата чутливості), травми хребта, акубаротравма)
- Травми обличчя та м'яких тканин (щелепно-лицева ділянка, опіки, уламкові поранення)
- Травми кінцівок та опорно-рухового апарату (верхньої кінцівки, плечового суглоба, ампутація нижньої кінцівки)
- Травми внутрішніх органів і грудної та черевної порожнин, видалення частини кишківника, гемоторакс
- Травми органів чуття (зору, слуху)
- Мінно-вибухові травми<sup>30</sup>

Відбір респондентів/ок здійснювався у два етапи. Спершу застосовувалися **критерії включення**, які визначали можливість участі людини в дослідженні. Далі, під час формування вибірки, ми враховували **додаткові характеристики** учасників і учасниць, щоб забезпечити максимальну різноманітність досвідів у межах визначених цільових груп.

**Додаткові критерії включення:**

1. Вік (18–25, 26–45, 46–60, 61+)
2. Гендер
3. Освіта
4. Місце проживання (місто / село)
5. Наявність / відсутність постійних стосунків

---

<sup>30</sup> Детальніше з переліком респондентів за типами травм можна ознайомитися в [Додатку](#).

Під час формування вибірки ми враховували низку додаткових критеріїв, які могли впливати на досвід сексуальності та сексуального відновлення після поранення.

Ми залучали **різні вікові групи** респондентів/ок, адже вік може впливати на фізичне здоров'я людини та соціальні уявлення про сексуальність, очікування щодо інтимного життя та готовність говорити про ці теми. Окремим критерієм був **гендер**: нам було важливо залучити як ветеранів, так і ветеранок, адже досвід чоловіків та жінок у контексті сексуальності та гендерних уявлень може суттєво відрізнятися.

### **Віковий розподіл респондентів дослідження**

Кількість респондентів/ок	Вікова група
1	18–25
17	26–35
4	36–45
4	45–60
1	понад 60

Додатковим критерієм була **освіта**, оскільки вона формує в людини культурні уявлення, що можуть впливати на сприйняття сексуальності, рівень сексуальної просвіти та спосіб осмислення власного досвіду. Ще один критерій — **тип населеного пункту**, оскільки він може впливати на доступ до підтримки та готовність звертатися по допомогу або відкрито обговорювати інтимні питання. Зокрема, у невеликих або сільських громадах, які часто є більш закритими, теми сексуальності можуть залишатися сильніше табуованими. Важливою для нас також була **наявність або відсутність постійних стосунків**, оскільки вони можуть відігравати вагому

роль у відновленні та підтримці сексуального здоров'я після поранення.

Окремо ми враховували, що на сексуальність можуть впливати вживання знеболювальних препаратів, психоактивних речовин або антидепресантів. Інформацію про це збирали під час інтерв'ю, однак не включали до рекрутингової анкети, оскільки ці питання є сенситивними.

### Гендерний розподіл респондентів

Кількість респондентів /ок	Гендер
25	чоловік
2	жінка

Рекрутинг респондентів/ок ми виконували через соціальні мережі Ветеран Хабу та партнерських організацій, зокрема, Invictus Games (Ігри Нескорених), які поширювали заклик долучитися до дослідження у власних спільнотах. Також для рекрутингу респондентів/ок проєктна команда здійснювала виїзди до реабілітаційних центрів: «TYTANOVI REHAB» та «Лісова поляна».

Через сенситивність і табуованість теми сексуальності в українському суспільстві процес рекрутингу був ускладненим і тривав довше, ніж передбачалося на етапі планування. Загалом дослідницька команда мала чотири місяці на рекрутинг і організацію запису інтерв'ю. Запис інтерв'ю відбувався у жовтні–грудні 2025 року.

Також ми провели експертні інтерв'ю з реабілітологами/инями, психологами/инями та сексологами/инями. До участі залучали фахівців/чинь із практичним досвідом фізичного та психологічного відновлення і реабілітації ветеранів/ок після поранень, зокрема у сфері сексуальності та сексуального

здоров'я. Експерти та експертки надали згоду на згадування їхніх імен у звіті.

### Експерти/ки дослідження

ПІ експерта/ки	Спеціалізація
Олена Лисенко	психотерапевтка, сексологиня
Олена Гриценко	психотерапевтка, сексологиня, спеціалістка з сексуальної реабілітації, EMDR-терапевтка
Олександр Архипчук	реабілітолог, завідувач відділення фізичної та реабілітаційної медицини ДУ ГМКЦ МВС (Державна установа «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ») України
Любов Голівець	ерготерапевтка шпиталю
Єгор Іордек	психолог по роботі з больовим синдромом
Анонімно	психологиня, психотерапевтка, сімейна медіаторка

## Аналіз емпіричних даних

Аналіз якісних даних, зібраних під час глибинних інтерв'ю, ми виконували за допомогою **тематичного кодування**. У межах цього підходу ми застосовували метод емпірично індуктивного кодування, який складався з поетапного кодування даних, їхньої класифікації, кластеризації та формування аналітичних узагальнень.

Під час аналізу ми використовували програмне забезпечення MAXQDA. Перед початком кодування розробили дерево кодів, яке деталізували після декількох етапів кодування. Кодування проводили кілька аналітиків, щоб підвищити аналітичну валідність.

## Методологічні особливості

Для проведення дослідження ми залучили інтерв'юера-ветерана без попереднього соціологічного досвіду, який пройшов спеціальне навчання з проведення інтерв'ю. Оскільки тема дослідження стосується сексуальності та інтимного життя людини, обговорення яких може бути чутливим і не завжди комфортним через культурні та соціальні стереотипи, зокрема із людиною іншої статі та досвіду (цивільні/військові), ми запропонували респондентам/кам самостійно обрати інтерв'юера або інтерв'юерку. Так вони могли долучитися до розмови з інтерв'юером-ветераном або інтерв'юеркою без військового досвіду — залежно від власного відчуття комфорту.



Водночас ця опція не була доступна усім респондентам і респонденткам із самого початку проведення інтерв'ю в межах дослідження через обмежені часові межі та рівень доступності залученого інтерв'юера. Однак у випадках, коли було помітно, що можливість вибору може зменшити напругу та допоможе створити безпечніші умови для відкритої розмови, дослідницька команда обов'язково повідомляла про таку опцію.

Для частини респондентів/ок було важливо, що ми намагалися зробити умови інтерв'ю більш комфортними та безпечними, зокрема через можливість вибору. Водночас ми не помітили, щоб респонденти/ки часто наголошували на гендері інтерв'юера/ки або запитували про це, а також не запитували про досвід участі у бойових діях інтерв'юера/ки. Навіть коли ми повідомляли про можливість обрати між жінкою та чоловіком, запитів на конкретний вибір не надходило.

## Етичні засади

- Усі інтерв'юери/ки підписали угоду про нерозголошення конфіденційної інформації.
- Усі наведені цитати знеособлені, щоб респондента/ку було складно ідентифікувати.
- Усі інтерв'юери/ки пройшли попередню підготовку щодо механіки та етичних засад проведення глибинних інтерв'ю, надання першої психологічної допомоги, зберігання персональних даних та принципів етичного кодексу Ветеран Хабу.
- Інтерв'ю відбувалось лише після того, як респонденти/ки підписували інформовану згоду на участь у дослідженні та оброблення персональних даних. Учасники дослідження підписували згоду фізично або онлайн через сервіс Вчасно.
- Усім респондентам і респонденткам пояснили мету дослідження, як захищаються їхні персональні дані, а також наголосили, що вони можуть не відповідати на будь-які запитання або припинити участь у дослідженні в будь-який момент.
- У разі потреби респонденти/ки могли отримати першу кризову консультацію від інтерв'юера/ки, які пройшли навчання, та звернутися по безоплатну підтримку за контактами в інформаційній довідці.
- Глибинні інтерв'ю проводили у просторах Ветеран Хабу, дотримуючись безпекових протоколів, або онлайн за безпековими інструкціями.
- Респонденти/ки могли у будь-який момент зупинити інтерв'ю та відмовитися від участі в дослідженні.

## Обмеження

- Дослідження не є репрезентативним та не поширює досвід окремих учасників та учасниць на всіх військовослужбовців/иць і ветеранів/ок.
- Оскільки нас цікавить період життя респондентів/ок, який може тривати понад десять років, частина свідчень є ретроспективною. Це може впливати на точність та об'єктивність інформації.
- Дослідження проводилося під час повномасштабної війни та бойових дій. Перебування під обстрілами, новини, можливі втрати та загальна безпекова ситуація могли впливати на емоційний стан як респондентів і респонденток, які перебувають в Україні, так і на дослідницьку команду.
- До вибірки увійшли лише дві респондентки-ветеранки, тому жіночий досвід у дослідженні представлений обмежено.
- У дослідженні не розглядається досвід сексуального здоров'я ветеранів та ветеранок без поранень, хоча припускаємо, що досвід бойової служби впливає на сексуальність та чутливість людини.
- У вибірці не представлені всі можливі види поранень, зокрема втрата статевих органів, хоча є респонденти/ки з повною втратою чутливості у цих ділянках.
- Ми не виокремлюємо в окрему групу ЛГБТКІА+ респондентів/ок, оскільки це не є предметом цього дослідження.
- Серед респондентів і респонденток є медійні ветерани/ки, які транслюють свою історію у соціальних мережах. Постійне повторювання історії публічно могло видозмінити історію та вплинути на спосіб її нарративного представлення під час інтерв'ю.

# Концептуальна рамка дослідження

У цьому підрозділі ми опишемо концептуальну рамку дослідження, на яку спиралися під час розроблення методології та аналізу емпіричних даних, а також важливі поняття, пов'язані з темою сексуальності, якими ми послуговувалися в аналізі. У аналізі ми дивимось, як розгортається шлях відновлення людини після поранення та що відбувається з різними аспектами сексуальності на різних етапах. Зокрема ми виокремили два етапи: лікування та життя після лікування.

## Поняття сексуальності

У науці немає єдиного точного визначення сексуальності, адже різні дисципліни вибудовують концепції сексуальності з урахуванням власних ключових концептів. Кожна наука пояснює сексуальність через свою оптику, концепти й методи. Утім жодне з цих визначень не є універсальним або остаточним. Загалом сексуальність розглядають як багатовимірне явище, що поєднує фізичні, психологічні, соціокультурні, а також економічні та політичні компоненти<sup>31</sup>. У цьому тексті ми менше звертаємося до політичного чи економічного компонента сексуальності, а натомість зосередимося на соціальних, психологічних і фізичних проявах.

Базовим у переживанні сексуального збудження та задоволення є фізичний компонент, оскільки ці переживання відбуваються безпосередньо через стимуляцію тіла. До прикладу, оргазми

---

<sup>31</sup> Plummer, K. (2008). Studying sexualities for a better world? Ten years of sexualities. *Sexualities*, 11(1–2), 7. [doi.org/10.1177/1363460707085448](https://doi.org/10.1177/1363460707085448)

та насолода залежать від м'язової напруги та вивільнення нейром'язової енергії<sup>32</sup>. Тому першочергово у цьому дослідженні ми звертаємо увагу на фізичні зміни в тілі після поранення, які описують респонденти/ки.

Водночас фізіологічні зміни нерозривно пов'язані з психологічними: як відбувається прийняття тіла, уявлення про свою привабливість, контакт із тілом. А також з соціальним аспектом: які є соціальні норми та уявлення про тіло і привабливість, яким в соціальних уявленнях є чоловік та жінка, взаємодія та побудова контакту з іншими на рівні стосунків, флірту.

Сексуальність людини може змінюватись в її різних проявах: фізичному, психологічному та соціальному. Тож у дослідженні ми дивимось на кожен з цих аспектів змін.

**Зокрема серед складників сексуальності ми виділяємо:** лібідо, прийняття власного тіла, уявлення про маскуліність та фемінність, сексуальний акт, стосунки, чутливість у тілі. Ці складники ми виділили на моменті аналізу глибинних інтерв'ю.

**Лібідо** — термін, який походить з роботи Зігмунда Фрейда та означає сексуальне бажання та сексуальний потяг, тобто бажання людини мати сексуальні стосунки з іншими людьми<sup>33</sup>. Лібідо регулюється мозком і залежить від біологічних та фізіологічних чинників, на кшталт рівня певних гормонів, та окремо від психоемоційного стану людини<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Goettsch, S. L. (1989). Clarifying basic concepts: Conceptualizing sexuality. *The Journal of Sex Research*, 26, 250. [doi.org/10.1080/00224498909551509](https://doi.org/10.1080/00224498909551509)

<sup>33</sup> Shamdasani, S. Libido. *The Lancet*, 365(9454), 115. [doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)17687-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)17687-9)

<sup>34</sup> Berga, S. L., & Smith, Y. R. (2012). *Handbook of neuroendocrinology*. Elsevier. [sciencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/libido](https://www.sciencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/libido)

**Прийняття власного тіла та фізичної травми** — це концепція, яка означає усвідомлення власної травми через психологічну і соціальну адаптацію та поступове пристосування до своєї травми. У цьому дослідженні ми переважно зосередимося на соціальному і психологічному рівні прийняття, що може означати позбавлення від сорому та бажання приховувати власну травму<sup>35</sup>.

**Сексуальний акт** — це не лише фізична взаємодія, а тілесний досвід, де індивідуальні відчуття перетинаються з фізичним. Це процес перетворення соціальних ідей, символів та фантазій у фізичний стан (насолоду)<sup>36</sup>.

**Чутливість** — залучення органів чуття (дотику, нюху, смаку, зору та слуху), які впливають на збудження та сексуальність<sup>37</sup>.

**Ще одні важливі концепти, яким ми послуговуємося в цьому тексті, — це маскуліність і фемінність.**

**Маскуліність** — дотримання визначених стандартів, які належать чоловікам та допомагають зберігати домінування чоловіків над жінками<sup>38</sup>. У цьому тексті ми торкатимемося маскуліності в контексті набору практик чи уявлень, які мають характеризувати чоловічу сексуальність. Попри те, що не існує єдиного уявлення про традиційну маскуліність, у багатьох західних культурах важливими є досягнення, витривалість, жорсткість, емоційний контроль та антипатія до усього «жіночого».

---

<sup>35</sup> Lee, H., Pyo, J., Ock, M., & Kim, H. J. (2024). Qualitative case study on the disability acceptance experiences of soldiers with disabilities. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), p.2 2350081. [doi.org/10.1080/17482631.2024.2350081](https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2350081)

<sup>36</sup> Godelier, M. (2003). What is a sexual act? *Anthropological Theory*, 3(2), 179–198. [doi.org/10.1177/1463499603003002004](https://doi.org/10.1177/1463499603003002004)

<sup>37</sup> Cross, C. L., & Weeks, G. R. (2007). Sex, sexuality, and sensuality. In *Low-cost approaches to promote physical and mental health* pp. 386. Springer. [doi.org/10.1007/0-387-36899-x\\_19](https://doi.org/10.1007/0-387-36899-x_19)

<sup>38</sup> Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Stanford University Press.

**Фемінність** — це також набір норм, практик і уявлень, які своєю чергою регулюють поведінку жінок так, щоб вони відповідали культурно прийнятним способам бути «жіночною» в межах конкретної спільноти. Фемінність і маскуліність формуються спільно, часто протиставляючи одна одній. У більшості сучасних суспільств фемінність пов'язують з очікуваннями, що жінка має бути турботливою, скромною, привабливою, а також підкорятися чоловікові й піклуватися про їхній дім, сім'ю та стосунки<sup>39</sup>.



Усі ці гендерні уявлення можуть пливати на те, як ветерани та ветеранки реагують на свій досвід. До прикладу, бойова травма може спричиняти у чоловіків почуття безсилля та безнадії, що не узгоджується з суспільним очікуванням щодо їхнього вміння постійно контролювати ситуацію<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Stanford University Press.

<sup>40</sup> Neilson, E. C., Singh, R. S., Harper, K. L., & Teng, E. J. (2020, January 27). Traditional masculinity ideology, posttraumatic stress disorder (PTSD) symptom severity, and treatment in service members and veterans: A systematic review. *Psychology of Men & Masculinities*. Advance online publication. p. 44-45. [dx.doi.org/10.1037/men0000257](https://doi.org/10.1037/men0000257)

01

**Зміни  
в сексуальності  
після поранення**



# Сексуальність на етапі отримання поранення

Зміна у тілі людини  
розпочинається з моменту  
отримання поранення.

Його респонденти  
і респондентки зазвичай  
описують як момент,  
у якому всі інші виміри  
життя зникають,  
поступаючись місцем

єдиному завданню: вижити. Утім, досвід респондентів  
і респонденток цього дослідження показує, що для частини  
поранених усвідомлення травми супроводжується не лише  
питаннями фізичного виживання, а й думками про цілісність  
тіла, сексуальність і навіть майбутню репродуктивну функцію.



*«Мені взагалі дуже пощастило, що я лишився живий, тому що вибух пролунав буквально два метри від мене. І чому зір втратився? Бо вибуховою хвилею ці гази вогню [ушкодило — ред.]. Праве око опалилося відразу, а ліве вибило... Плюс була черепно-мозкова закрита. Відразу ж також зі слухом проблеми були, лопнули ж барабанні перетинки. Праву руку майже перебило, вона була на сухожиллях. І посікло дуже ноги: до таза прям повністю дві ноги були дуже сильно посічені. На правій навіть немає шматка м'яса».*

*Ветеран, 26–35 років, з закритою черепно-мозковою та опіковими травмами;  
травмами органів зору / слуху, тазу / статевих органів та численними уламковими  
пораненнями*

У цьому дослідженні ми запитували респондентів/ок, чи турбувало їх сексуальне здоров'я / стан статевих органів у перший момент після поранення. Відповіді були різними й не завжди залежали від тяжкості поранення чи загального стану здоров'я, а радше від того, наскільки важливим є сексуальне життя для людини.

Деякі респонденти питали у медиків про стан репродуктивних органів та цікавилися наявністю пеніса, що нагадувало короткий «чекін»<sup>41</sup>.

*«Звісно, мені було пофіг на руку, на ногу — я потрогав, щоб пісюн на місці був. Я перше, коли поліз, потрогав рукою, на місці».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та опіковими травмами; ампутованими частинами нижніх кінцівок; травмами тазу, органів зору, обличчя та черевної частини; пораненням хребта та легень; ушкодженням внутрішніх органів*

*«В якийсь момент я просто в лікаря спитав, коли вже був у стабпункті, чи не пошкодило там все. Тобто простим словом: “Там все нормально? — Окей”».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною верхньої кінцівки*

Деякі респонденти/ки могли самостійно оцінити власний стан і зокрема можливий вплив їхніх поранень на майбутнє сексуальне здоров'я, оскільки були бойовими медиками/инями або мали медичний досвід.

*«Я ж сам медик. Я міг повністю себе оцінити, наскільки це було можливо».*

*Ветеран, 26–35 років, із черепно-мозковою та акубаротравмою, опіковими та уламковими пораненнями, травмами кінцівок, обличчя, органів зору та слуху*

---

<sup>41</sup> Чекін — від англ. «check-in» — реєстрація, перевірка.

Також деякі респонденти/ки розповідали, що їм допомагали перевірити наявність статевих органів медики/ині на стабілізаційному пункті, адже розуміли важливість цієї теми для пораненого воїна.

*«Я тою правою рукою, яка в мене була ціла, намагався перевірити, чи в мене є член. Дуже під наркотиками [сильні знеболювальні речовини — ред.]. А мене так добре ширнули, що я не відчував абсолютно нічого. Я правою рукою пробував намацати член і нічого не відчував. Ні праву руку, ні член, нічого. Я дуже боявся, що мені його відірвало. І там був медбрат, він побачив, що я намагаюсь перевірити, чи є в мене геніталії, він каже: “Що, допомогти тобі?” Я кажу: “Так”. І він запихає руку мені в труси, зжимає, і я тоді ж почув, і він каже, що все добре, не переймайся».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою травмою; травмами тазу / статевих органів та двох нижніх кінцівок із втратою частини м'язів та уламковими пораненнями*

Це також підтвердив респондент, який працював медиком на стабілізаційному пункті. За його словами, одразу після поранення деякі важкопоранені воїни пробували перевірити статеві органи.

*«Я на стабіку [стабілізаційний пункт — ред.], коли працював, привозили хлопців важких із Бахмута. І там понівечені, розірвані, серйозними знеболами обколоті, і при таких знеболюючих, там опіати, все таке, у тебе чутливість втрачається. Всі тільки приходили в себе, першим ділом шукали, а рука не відчувала. Я стільки пісюнів — правда, в перчатках я був — стільки пісюнів підтягував, щоб хазяїв побачив, що він на місці».*

*Ветеран, 36–45 років, з черепно-мозковою та акубаротравмою; дрібними уламковими пораненнями та травмою нижньої кінцівки*

Водночас частина респондентів/ок зазначала, що в момент поранення та під час евакуації не думали про свою сексуальність.

Деякі з них майже весь час перебували без свідомості, тому пам'ятають цей період фрагментарно. Через це їхні спогади про ці події часто формуються зі слів побратимів / посестер та очевидців.

*«У цей момент у тебе відключається мозок і ти дієш на інстинкті. Яка тобі різниця, що у тебе з пісюнчиком?»*

*Ветеран, 18–25 років, з травмою верхньої кінцівки*

На відміну від частини чоловічих досвідів, досвід респонденток-жінок показав інший фокус уваги в момент поранення. Одна з ветеранок, яка отримала мінно-вибухову травму, зазначила, що у цей період не думала про свою сексуальність і здоров'я.

*«Я не знаю як чоловіки, а от я взагалі про це не думала. По-перше, в мене чоловік був у полоні. Поки його немає, нічого такого не може бути».*

*Ветеранка, 26–35 років, з черепно-мозковою і мінно-вибуховою травмами; травмами органів зору / слуху та уламковими пораненнями*

Запитання про функціональність статевих органів ще під час поранення або евакуації може бути закономірним практичним проявом теорії чоловічої маскулінності, особливо для воїнів. Теоретичні праці на цю тему зазначають, що пеніс та ерекція для чоловіків є важливими частинами їхньої ідентичності. Теорії гегемонної маскулінності пояснює, що у чоловіків може відбуватись певне заміщення чоловіка пенісом — коли він сприймає себе через функціональність статевого органа та здатність до ерекції. Пеніс також може наділятися

окремими людськими рисами, розумом чи свідомістю. У теоріях маскулінності він є важливим символом влади чоловіка<sup>42</sup>.

Окрім сексуальної функції, деякі респонденти-чоловіки на етапі евакуації хвилювались про репродуктивне здоров'я і шанс у майбутньому мати дитину. Зокрема, такі думки виникали у тих, хто ще не мали дітей.

*«То одне з перших питань [про майбутнє репродуктивне здоров'я — ред.]. У мене дітей просто на той період не було. І на війні це трошки турбувало насправді».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною нижньої кінцівки*



<sup>42</sup> Potts, Annie. (2000). 'The essence of the hard on': Hegemonic masculinity and the cultural construction of 'erectile dysfunction'. *Men and Masculinities*, 3 (1),p. 85–86.  
[doi.org/10.1177/1097184X00003001004](https://doi.org/10.1177/1097184X00003001004)

# Сексуальність на етапі лікування

Після евакуації для ветеранів/ок розпочинається етап лікування, який може тривати від декількох місяців до понад року, а для когось трансформуватися в постійну потребу періодично проходити медичні обстеження та лікування.

Протягом лікування ветеранів та ветеранок, які взяли участь у дослідженні, здебільшого цікавить фізичний аспект сексуальності, зокрема, можливість займатись сексом.

На психологічному рівні їх може цікавити сприйняття іншими свого тіла та власна самооцінка.

Попри те, що у цьому дослідженні ми фокусуємось лише на сексуальному здоров'ї ветеранів та ветеранок, ми зафіксували різні виклики та проблеми в медичній системі, з якими стикаються воїни/ки. Зокрема, якість надання медичних послуг, санітарні умови в лікарні, кваліфікація персоналу. Утім, тема надання медичних послуг ветеранам та ветеранкам зі складними пораненнями потребує окремого дослідження, оскільки вимагає доступу та аналізу системи медичних послуг та даних про здоров'я військовослужбовців/иць, а також іншої методології дослідження.

Після поранення і до етапу лікування процеси є більш-менш однаковими: евакуація до найближчого стабілізаційного пункту, де пораненого/у стабілізують і надають першу необхідну та можливу допомогу, а далі транспортують до більшої лікарні у найближчому місті.



Далі, залежно від тяжкості травми, а також завантаженості лікарні, пораненого/у можуть прийняти або закріпити стабілізацію і транспортувати далі до більшого міста зі спроможнішими лікарнями або спеціалізованими закладами, які фокусуються саме на цьому типі поранення.

На етапі лікування потреби поранених різняться: комусь з наших респондентів/ок була необхідна одна або декілька операцій, когось — вводили у медикаментозну кому, аби підтримати стабільніший стан, а хтось мав нетривале лікування і переходив до етапу реабілітації. Процес та тривалість лікування значною мірою залежали від отриманих травм, їхньої специфіки та тяжкості. У когось лікування тривало приблизно два місяці, а хтось — активно лікувався майже два роки.

*«Єдине, в чому я сильно помилявся, я гадав, що ще місяць–два і я стану на протези. По факту минуло більш ніж пів року, перш ніж я встав на протези».*

*Ветеран, 36–45 років, з ампутованою частиною нижніх кінцівок*

Стосунки з тілом, звикання до наслідків поранення і бажання сексу та стан лібідо на етапі лікування також різняться.

У цьому контексті респонденти і респондентки зазвичай не виокремлювали сексуальне здоров'я як окрему сферу, а радше говорили про загальну нестачу інформації щодо свого стану та подальших кроків. Це, зокрема, пов'язано з відсутністю системних підходів у цьому напрямі.

Наразі в Україні немає розробленого і затвердженого протоколу сексуальної реабілітації чи інформування про сексуальне здоров'я. Зазвичай обговорення сексуальності, лібідо та інтимних потреб не є частиною лікування і виникає лише з ініціативи медиків/инь або людини — коли фахівець/чиня сам/а вирішить про це сказати чи запитати або пацієнт/ка наважиться поставити запитання.

У лікарнях та шпиталях не завжди є спеціалісти/ки, які можуть надати фахову консультацію щодо сексуального здоров'я. Для частини медичного персоналу тема може бути табуованою та некомфортною для обговорення. Згідно з американським дослідженням сексуальності після травми<sup>43</sup>, відсутність інформування з боку лікарів/ок і реабілітологів/инь про можливі зміни у сексуальності після поранення може негативно впливати на подальше відновлення людини. У таких випадках люди часто залишаються наодинці зі змінами, починають сприймати невпевненість у собі як норму, можуть боятися трансформацій власної сексуальності та уникати розмов про ці переживання.

Частина респондентів/ок нашого дослідження розповіла, що їх не інформували щодо можливих змін у сексуальному здоров'ї. Деколи при лікарнях / шпиталях працювали психологи/ні, консультації яких стосувалися лише психічного стану і самоприйняття після поранення. Здебільшого досвід взаємодії з цими фахівцями/чинями був негативним через брак експертизи, досвіду, розуміння та емпатії — як у темі сексуальності, так і загалом.

*«Психологи, звісно, в різних центрах підходили, але психолог — не сексолог. Поговорив в загальних чертах, як життя і т. д.».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною нижньої кінцівки; акубаротравмою та травмою органів слуху*

Респонденти/ки також зазначали, що самостійно шукали інформацію про сексуальне здоров'я у відкритих джерелах, зокрема про зміни в репродуктивності після поранень. Один із респондентів розповідав, що хвилювався, чи може акубаротравма вплинути на його репродуктивну функцію, тому самостійно шукав наукові дослідження з цієї теми.

---

<sup>43</sup> Connell, K. M., Coates, R., Wood, F. M. Sexuality following trauma injury: A literature review. *Burn Trauma*. (2014, April). P. 61–70. [doi.org/10.4103/2321-3868.130189](https://doi.org/10.4103/2321-3868.130189)

Про потребу в інформації особливо говорили ветерани зі спінальною травмою. Один із респондентів згадував, що вирішальну підтримку йому надала лікарка, яка детально пояснила можливі шляхи сексуальної реабілітації. Зокрема, вона розповіла про способи покращення ерекції та можливості досягнення еякуляції з урахуванням його стану. Інший респондент зі спінальною травмою розповів, що йому було корисно дізнатися про сексуальний досвід інших людей зі схожою травмою.

*«Але пізніше в госпіталі з'явилася жінка.... Вона колись працювала в [регіон] в санаторії, і вже знала про особливості сексуального життя зі спінальною травмою. Вона дала досить вичерпний, короткий інструктаж. І далі вже самі між собою з хлопцями спілкувалися. [...] [Лікарка надала — ред.] поради, як збільшити час ерекції, спровокувати еякуляцію».*

*Ветеран, 26–35 років, з травмою спинного мозку та верхньої кінцівки та пораненням легень*

Деякі респонденти/ки згадували, що про сексуальне здоров'я їх консультували ерготерапевти/ки або реабілітологи/ні. Утім, такі консультації були ініціативою самого/ї фахівця/чині, а не частиною обов'язків.

У експертному інтерв'ю для цього дослідження реабілітолог, який сам є ветераном і працює з ветеранами після поранень, зазначив, що з власної ініціативи консультує та вивчає реабілітологію сексуального здоров'я. На його думку, сексуальна реабілітація є важливим складником, що впливає на якісне відновлення людини. У своїх консультаціях він навіть допомагає пацієнтам наважитися почати знайомства чи стосунки.

«Я показую додатки [для знайомств — ред.]. [...] От боєць втратив, скажімо, праву нижню кінцівку. І йому погано. Він не хоче ставати на тренувальний протез і навіть почав бігати в магазин за спиртним, попивати. Я кажу: “Ти що твориш?” [...] Ну і запитав, чи є партнерка, чи немає. Він каже: “Немає”. [...] Ми поставили з ним додаток, заповнили йому красиво, зробили гарну анкету. І все. Тоді вже в нього почалися перші метчі. Я йому підказав, які перші слова говорити. [...] Що от ти маєш пояснити партнерці, що так сильно вона тобі подобається, що ти її так хочеш, що тобі сонце не світить, ти так сильно хочеш з нею покохатись. Все, чоловік став на тренувальний протез, бо треба їздити на лівий берег до коханки. Ось це реальна мотивація і це працює».

*Олександр Архипчук, реабілітолог, завідувач відділення фізичної та реабілітаційної медицини ДУ ГМКЦ МВС (Державна установа «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ») України*

Наразі інформування чи консультування про сексуальне життя залежить не від потреби людини, а від ініціативи конкретного/ї лікаря/ки.

Частина наших респондентів/ок також зазначила, що не цікавились цим питанням, оскільки не потребували консультацій щодо сексуальності чи сексуального здоров'я. Вони також не запитували нічого у медичних працівників/иць і не шукали допоміжної інформації.

## Прийняття свого тіла на етапі лікування

До частини наших респондентів/ок усвідомлення нового / нової себе у зміненому тілі приходило тоді, коли вони могли доторкнутися або побачити себе.

*«Коли я прийшов у свідомість трошки після наркозу, вже після операції, у швидкій на реанімацію, я так руку поклав і відчуваю, що вона оп, і закінчилась. Я собі одразу такий: “Ага, оце мої кордони, оце моє тіло, оце тепер новий я”. І все. У той момент відбулось таке прийняття свого тіла, що як воно не пошкоджено, але воно вже моє таке».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною верхньої кінцівки*

Один з психологічних викликів для ветеранів та ветеранок під час лікування — **нерозуміння власного стану, серйозності поранення, діагнозу, подальшого лікування / реабілітації, прогнозів одужання, нових можливостей тіла.** Нестача інформації про здоров'я також не дає змоги повноцінно усвідомити ситуацію та перейти до етапу прийняття свого тіла. Також у перші дні респонденти/ки могли сприймати себе і свій фізичний стан досить фаталістично. Один з респондентів розповідав, що навіть закликав дружину його покинути. Однак підтримка з її боку допомогла йому в подальшому прийнятті свого тіла<sup>44</sup>.

*«На початку я сильно заганявся. У перші дні, взагалі, як прийшов до тями і коли мене перевели в палату, я казав дружині, що, типу, покидай мене, все нормально, я все прийму. Це був один день, один раз мені там п\*\*\*и дали [виписали прочухана — ред.] і все».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та опіковими травмами; ампутованими частинами нижніх кінцівок; травмами тазу, органів зору, обличчя та черевної частини; пораненням хребта та легень й ушкодженням внутрішніх органів*

---

<sup>44</sup> Детальніше про прийняття тіла після травми розповідаємо у [2 розділі](#)

## Лібідо під час лікування

Одним з фізичних проявів сексуальності, на якому акцентували респонденти на етапі лікування, є лібідо. За свідченнями респондентів дослідження, після стабілізації стану і покращення самопочуття, у них виникало підвищене бажання сексуального контакту, збільшувалося лібідо та з'являлася ерекція. Така фізична реакція організму була характерна для більшості респондентів з різними типами травм. Деякі респонденти згадують ерекцію ще в реанімації.

*«По секрету скажу, що все було настільки добре, що навіть вже в реанімації в такому стані ерекція в мене відмічалась».*

*Ветеран, 26–35 років, із черепно-мозковою та акубаротравмою, опіковими та уламковими пораненнями, травмами кінцівок, обличчя, органів зору та слуху*

Деякі ветерани згадували, що навіть після невеликого покращення самопочуття ще в лікарні у них зранку з'являлася ерекція.

*«Якщо вже працює, то працює. Хлопці в палаті робили вигляд, що вони нічого не бачать. Оце стандартна штука».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та опіковими травмами; ампутованими частинами нижніх кінцівок; травмами тазу, органів зору, обличчя та черевної частини; пораненням хребта та легень й ушкодженням внутрішніх органів*

Підвищене лібідо на етапі лікування респонденти також пов'язують з бажанням та інтересом спробувати, як тепер функціонує тіло.

*«Уже думки якісь, хочеться щось вже подивитися. Типу вже потестувати трошки своє тіло, як воно функціонує».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною верхньої кінцівки.*

*«Мова навіть не про те, що непогано було б по\*\*\*тися [зайнятися сексом — ред.], а про те, що, в принципі, це взагалі не втрачена перспектива».*

*Ветеран, 36–45 років, з ампутованою частиною нижніх кінцівок*

Водночас такі спостереження звучали лише в інтерв'ю з ветеранами — у розповідях ветеранок вони не з'являлися. Це можна пояснити різними причинами, зокрема меншою представленістю жіночих досвідів у дослідженні або з культурними та соціальними відмінностями в очікуваннях щодо чоловічого й жіночого тіла та з фізіологічними та гормональними відмінностями жіночого та чоловічого організму.

## Перші сексуальні практики після поранення

Оскільки одразу після стабілізації стану у частини респондентів покращувалося лібідо та виникало інтенсивне бажання фізичної близькості, вони починали шукати варіанти для задоволення цієї потреби. Також мотивацією для спроб респонденти називали бажанням «протестувати» своє тіло. Одним із таких варіантів була мастурбація. Про неї згадували респонденти/ки як у стосунках, так і без них.

*«Мастурбація відбувалася таким чином, що ти протестував, і в якийсь момент воно стало менше боліти. І вже, відповідно, потім ти захотів спробувати, як це можна реалізувати в статевий акт. Тому що тут вже нога ніби загоїлась».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною кінцівки*

Інтенсивне бажання сексу ветерани/ки пов'язували з пережитим стресом через поранення, попередній досвід бойових дій. Один з респондентів описував цей стан не як еротичне збудження, а як постійну тілесну напругу, що вимагала розрядки.

*«Це вже вийшло з якогось там розряду задоволення, як це раніше було цікаво, різні позиції, щось різне робити. Тут це переросло в якусь от як нужду справити, потребу».*

*Ветеран, 26–35 років, із черепно-мозковою та акубаротравмою, опіковими та уламковими пораненнями, травмами кінцівок, обличчя, органів зору та слуху*

У експертному інтерв'ю сексологиня зазначила, що така реакція може бути типовою для військовослужбовців/иць, які тривалий час перебували в умовах хронічного стресу. За її словами, у частини ветеранів/ок сексуальна активність стає одним зі способів упоратися з напруженням, тоді як в інших формується протилежна реакція — різке зниження або повна відсутність сексуального потягу.

Повернення до сексуального життя для частини ветеранів і ветеранок починалося ще на етапі лікування — задовго до завершення фізичного відновлення. Деякі респонденти/ки розповідали, що займалися сексом ще в лікарні, коли знаходили можливість усамітнитися. Один із респондентів згадував, що вперше зайнявся сексом з дружиною у потязі — під час переведення з однієї лікарні в іншу.

Перший статевий акт після поранення для багатьох респондентів був радше способом переконатися, що тіло «працює» і що вони й надалі можуть займатися сексом.

У цьому досвіді вирішальним виявлявся не стільки сам процес близькості, скільки факт еякуляції як завершення статевого акту та підтвердження фізичної спроможності.

*«Але перший цей статевий акт фактично відбувся в госпіталі. І він досить нормально відбувся — ти собі сам підтвердив, що у тебе все нормально. Тобто далі вже можна при звичаюватися, якісь речі пробувати, туди-сюди, але статевий акт відбувся, с'ємеїзверженіє відбулось».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною верхньої кінцівки*

Для частини респондентів/ок перший сексуальний досвід після поранення супроводжувався болем, зокрема через незагоєні рани. Один з респондентів зі спінальною травмою та відсутньою чутливістю статевого органу під час першої спроби сексу відчував сильний біль в ділянці живота, що змусило перервати статевий акт. Інший респондент згадував, що під час збудження відчував біль у куксі<sup>45</sup> ноги.

*«Перший раз — це було дійсно незвично. Тому що ти без ноги вже, зовсім інша історія. Плюс, коли ти напружуєшся і відбувається збудження, в цій нозі такий кровоток, там наче хтось паяльною лампою працює. І воно дуже дискомфортно — ти хочеш сконцентруватися тут, а воно тебе відволікає».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною верхньої кінцівки*

*«Якщо ви поспостерігаєте за хлопцями чи дівчатами, в яких є спінальна травма, у них деколи мимовільно рухаються ноги або їх починає так судомити. Це не судома, це не пов'язано з головним мозком, але є схожість на судоми. І під час першої еякуляції ці судоми будуть дуже сильними і дуже великими. До того треба бути готовим. Чому може піднятися тиск, так само він може падати. Тобто це будуть проблеми з тиском. Але це, як правило, тільки перший раз».*

*Ветеран, 26–35 років, з травмою спинного мозку та верхньої кінцівки та пораненням легень*

---

<sup>45</sup> Кукса (культя) — частина кінцівки, що залишилася після ампутації або травми

Респонденти, які були у постійних стосунках, також зазначали, що підтримка дружини допомагала наважитись на перший секс після поранення.

*«Ми проговорили про секс ще до того моменту, як вперше ним зайнялися. Я казав, що не до кінця розумію, як мені зараз це робити, бо через те, що в мене осколок в коліні і в кульшовому суглобі, то мені важко робити якийсь там упор на ліву ногу.*

*Я проговорив, що в мене немає до кінця розуміння, як це робити, які пози використовувати. Але у мене просто найкраща у світі дружина, у неї риторика, що це взагалі не проблема, що люди з гіршим станом здоров'я спокійно займаються сексом, що це не проблема, що завжди можна знайти вихід. І що якщо в нас буде бажання, ми завжди зможемо знайти спосіб, коли обом буде добре.*

*Вона мене дуже сильно підтримувала в цьому плані. Давала впевненість в тому, що це нічого страшного, що це окей, що це само собою, це війна, люди отримують каліцтво, але на цьому не зупиняються, нічого. Все можна робити, якщо мати бажання й уяву».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою травмою; травмами тазу / статевих органів та двох нижніх кінцівок із втратою частини м'язів та уламковими пораненнями*

Деякі респонденти/ки, які не мали постійних партнерів чи партнерок на момент поранення, зазначали, що у період лікування не хотіли розбудовувати довготривалі романтичні стосунки, а радше прагнули задовольнити фізичні потреби. Наприклад, респондент, який не мав постійної партнерки на момент поранення, розповів, що ще у шпиталі під час лікування зміг побудувати стосунки та зайнятися сексом.

*«Лібідо нікуди не ділося. Питання в тому, що я був така помісь крота і кролика, я нічого не бачив. До сексуального життя я повернувся в [шпиталі]. У мене зав'язалися стосунки з однією з волонтерок, що призвело до подальшого розвитку. Моє лібідо знайшло вихід».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та мінно-вибуховою травмою; травмами органів зору / слуху та численними уламковими пораненнями*



# Висновки

- Ветерани та ветеранки можуть турбуватися про сексуальне та репродуктивне здоров'я ще на етапі отримання поранення, евакуації чи стабілізації стану в лікарні. Зокрема, ми зафіксували інтерес у чоловіків на цьому етапі.
- 
- Одразу після поранення та під час лікування інтерес та сексуальність мають першочергово фізичний прояв. Тобто, передумовою до бажання сексу стає фізична потреба або прагнення пересвідчитись, що зі статевими органами все гаразд.
- 
- Під час лікування ветерани та ветеранки знайомляться зі своїм тілом, намагаються зрозуміти свої можливості загалом. Здебільшого ті, хто мають постійного/у партнера/ку, ще на етапі лікування пробують зайнятися сексом. Однак, зазвичай, не для того, щоб отримати задоволення, а щоб підтвердити, що це фізично можливо і ця сфера фізичного добробуту людини так само доступна.
- 
- Наразі в Україні відсутнє раннє інформування про сексуальне життя на моменті поранення: його виконують лише деякі лікарі за власної ініціативи.

02

**Сексуальне  
ЖИТТЯ  
з пораненням**



З часом етапи лікування та реабілітації переходять у життя з пораненням. Залежно від типу й тяжкості отриманих поранень, військові йдуть одним із двох сценаріїв Шляху ветеранів і ветеранок<sup>46</sup>: продовжують службу або починають процес звільнення й повернення до цивільного життя.

Частина військових повністю завершують отримання медичної допомоги та поступово повертаються до звичного укладу життя. Тоді як інші інтегрують в життя тривалу реабілітацію, періодичне лікування та нові правила турботи про себе. Попри відмінності у траєкторіях, ветерани й ветеранки стикаються з низкою схожих викликів, які стосуються різних сфер їхнього життя й можуть опосередковано впливати на шлях ветеранів/ок до відновлення власної сексуальності.

Одними з основних викликів стає побут і рутина. Звичні дії, як-от переодягатися, доглядати за собою, пересуватися, можуть потребувати більше часу й зусиль або сторонньої допомоги. Це спричиняє тимчасову або повну втрату автономії й відчуття залежності від інших, що може болісно переживатися та ускладнювати прийняття свого тіла.

*«Зовсім без цього [сторонньої допомоги] я обійтися не можу, але, наприклад, залишатися на кілька днів вдома сам можу. Якщо зробити заготовки по їжі, то, в принципі, в мене проблем немає. Я за собою доглядаю сам. Одягатися, гігієна та й щось розігріти поїсти, то все сам. Єдине, що зараз не ходжу на вулицю, але це в майбутньому. [...] Ще в мене є проблеми з протезами. Думаю, що зроблять протези ці — ортез точніше — може, і зможу собі готувати щось там примітивне».*

*Ветеран, 36–45 років, з травмами органів зору, слуху та нижньої кінцівки; численними уламковими пораненнями; мінно-вибуховою травмою та ампутованими верхніми кінцівками*

---

<sup>46</sup> Ветеран Хаб, Принцип, Простір можливостей, Юридична сотня. (2025). Оновлена концепція ветеранської політики [veteranspolicy.org.ua](https://veteranspolicy.org.ua)

Навіть після завершення основного лікування після травм / поранень, деякі наслідки служби для здоров'я можуть залишатися або проявлятися з часом. Так ветерани і ветеранки можуть потребувати додаткової медичної допомоги: повернутися до лікування хронічних захворювань, проконсультуватися з лікарями/ками, які не були передбачені під час основного лікування або проходження ВЛК, зайнятися своїм психічним здоров'ям із психологом/инею. Усвідомлення того, що проблеми зі здоров'ям можуть бути довготривалими, потребує окремих емоційних зусиль.

*«Треба перше, що робити, коли приходиш зі служби, йти до уролога, тому що це теж затягує. Я зразу перше пішов у це. Тиск, хірургія й інші проблеми будь-які».*

*Ветеран, 45–60 років, з травмами органів слуху та плечового суглоба*

Після поранення та втрати чутливості або органу чуття сексуальність ветеранів і ветеранок може змінюватися разом зі сприйняттям сексу та його значущості. Для когось більшою цінністю стає емоційна близькість, інші ностальгують за попереднім досвідом, а для частини людей секс втрачає важливість і супроводжується відчуттям апатії.

*«Більш розсудливіше до цього питання близькості однозначно почав [ставитися]. Ти вже розумієш, наскільки твоє тіло і душа — хитка субстанція, яка від неправильного зауваження чи реакції може, як ваза, розбитися. Просто відбити все, будь-яке бажання до якогось контакту мінімального».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та мінно-вибуховою травмою; травмами органів зору / слуху та обличчя; уламковими пораненнями та паховою грижею*

Утім, досвід поранення не обов'язково змінює уявлення про сексуальність. Деякі респонденти зазначили, що їхнє сприйняття сексу не змінилось.

*«Секс — це секс. Ні більше, ні менше. Тобто він для мене не змінився. Це близькість, фізичне задоволення, емоційне задоволення. Це певним чином самоствердження, відчуття власної привабливості. Як відчутти себе привабливо? Бо з тобою і\*\*\* [займаються сексом — ред.]! Тобто це базовий елемент нормального життя».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та мінно-вибуховою травмою; травмами органів зору / слуху та численними уламковими пораненнями*

Перший час дискомфорт від зміненого тіла може породжувати у людей цілковиту апатію та відторгнення від власного тіла.

*«Ну, звісно, тоді, коли в мене були думки про самогубство, то в мене взагалі не було жодного бажання, в мене тіло було таке залякле, що воно не реагувало ні на які речі. Звісно, тоді я була просто мертва-примертва».*

*Ветеранка, 45–60 років з черепно-мозковою та акубаротравмою і травмами органів слуху*



# Прийняття

Прийняття — важливий аспект реабілітації людей із фізичними травмами та може впливати на сексуальність, бажання сексу, впевненість. Ці зміни можуть тривати протягом усього життя й проявлятися передусім на емоційному та поведінковому рівнях. Людина переосмислює ставлення до власного зміненого тіла, інтегрує цей досвід у повсякденне життя та поступово змінює свої поведінкові стратегії<sup>47</sup>.

Саме тому **шлях прийняття себе — завжди індивідуальний**. На нього впливає низка чинників: від типу травми / поранення і супутніх ускладнень під час лікування до психологічного стану людини та загальних умов життя.

*«Звісно, був момент, що я звик себе бачити таким, а зараз я такий. Я просто перфекціоніст за своєю натурою. Я був незадоволений цим всім».*

*Ветеран, 26–35 років, із черепно-мозковою та акубаротравмою, опіковими та уламковими пораненнями, травмами кінцівок, обличчя, органів зору та слуху*

Далі ми розглянемо як відбувається прийняття у трьох аспектах: фізичному, психологічному та соціальному.

## Фізичні аспекти

Фізичне відновлення та позитивні зміни у зовнішності допомагали нашим респондентам/кам легше приймати власний досвід. Зокрема, деякі з них зазначали, що після того,

---

<sup>47</sup> Lee, H., Pyo, J., Ock, M., & Kim, H. J. (2024). Qualitative case study on the disability acceptance experiences of soldiers with disabilities. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1), p. 2. 2350081. [doi.org/10.1080/17482631.2024.2350081](https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2350081)

як їм знімали катетери, бинти та інші речі, що могли їх обмежувати, вони починали краще почуватися.

Також, якщо ветерани й ветеранки могли покращити свій зовнішній вигляд або відновити функціональність тіла завдяки пластичним операціям і протезам, це додавало їм упевненості в собі та підвищувало самооцінку.

*«Поставили пластину і в мене на другий день лопнув судин у голові. Із-за цього м'яз, який тут є, він сповз трішки вниз. І відповідно в мене з'явилася ямка. [...] Я написав своїй знайомій, і вона сказала, що це легко ісправляється. Вона теж лікар, але працює у [місто] косметологом. Вона мені написала: "Як хочеш, я можу виправити цю проблему". Але це, знаєте, як уколом в губи. Треба постійно це робити. Каже: "Треба буде купити матеріал — це коштує 4 тисячі гривень. Сама процедура буде безкоштовна від мене". І я вот ніяк не доїду до [місто], хочу виправити цей маленький дефект».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою травмою*

Водночас деякі респонденти/ки відчували дискомфорт через «невидимість» їхніх травм / поранень. Оскільки фізично травма створювала дискомфорт в пересуванні, але візуально її не було помітно, то оточення не завжди з розумінням ставилося до їхнього досвіду.

*«Я, якщо чесно, теж себе сприймаю як повносправну людину, але через те, що в мене все на місці. Хоча мої фізичні особливості не дають мені бути повносправним. І це сприйняття людей, яке каже: "Так наче все на місці,*

*Х\*\*ї ти в\*\*\*\*\*я [чого ти випендрюєшся — ред.]”, — і воно  
ЯКОСЬ ТАК».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою травмою; травмами тазу / статевих  
органів та двох нижніх кінцівок із втратою частини м'язів та уламковими  
пораненнями*

У воїнів з ампутованими нижніми кінцівками крісло колісне могло спричиняти дискомфорт. Зокрема ветерани зазначали, що відчували сором і безпорадність. Натомість милиці вони сприймали як проміжний етап, що додавав мобільності у просторі та незалежності від інших, чим покращував самопочуття. А протез остаточно повертав тілу вертикальне положення та упевненість собі.

*«Я перший раз виїхав в люди — у мене з'явилась жалість. Там хлопці на протезах, хлопці з пораненням рук, але на ногах. Дуже багато людей ходять на ногах. А я на возику без ноги, з пошкодженою рукою. Ну, трошечки жалість. Потім певний час посидів, подивився: “Та все добре, в мене рука відновиться, ногу отримаємо — буду ходити, нічого страшного не буде”. Вже коли став на милиці, я сказав: “Возик — це не моє, мені незручно”. Я на милицях — більш мобільний, можу забратися куди завгодно. На возику по сходах не зручно підійматися. Я з травня як став на милиці, я возики не визнаю. [...] П'ять місяців я без возика, і я себе почуваю дуже класно зараз на протезі».*

*Ветеран, 36–45 років, з ампутованою частиною нижньої кінцівки; пораненням  
черевної частини; ушкодженням внутрішніх органів та травмою верхньої кінцівки*

У сучасних наукових студіях з інвалідності (disability studies) деякі дослідники/ці розглядають протезування як інструмент, який розмиває межі між «здоровою» людиною та людиною з інвалідністю. Інші ж бачать у ньому форму мімікрії під «нормальність» — адаптацію тіла до поширених уявлень

у суспільстві про те, яким має бути «повноцінне» тіло: автономним, вертикальним, із двома ногами<sup>48</sup>.

Наші респонденти і респондентки схилилися до першого варіанту та розповідали, що почувалися після протезування так, ніби нічого не змінилося. Водночас вони зазначали про труднощі: біль, утому, потребу відпочити після тривалої ходьби. Цей досвід підтверджує, що хоч протези візуально нагадують ноги, проте вони не замінюють їх, а можуть додавати нових викликів. Саме тому важливо досліджувати не лише символічне значення протезування, а й реальний досвід щоденного життя з ним.

У військових, з якими ми спілкувалися, спінальна травма призводила до дисфункції нижче місця ураження, зокрема двох нижніх кінцівок (параплегія). Для них сам факт нечутливості значної частини тіла ставав складним психологічним досвідом, який провокував злість і сором, а також ускладнював прийняття себе.



## Психологічні аспекти

На основі проведених інтерв'ю ми змогли виокремити чотири стратегії прийняття свого досвіду поранення. Частина з цих стратегій є загальноприйнятими у соціології та психології, а деякі ми концептуалізували на основі власного аналізу. Водночас їх може бути більше, а самі стратегії можуть поєднуватися

---

<sup>48</sup> Sun, H. (2018). Prosthetic configurations and imagination: Dis/ability, body, and technology. *Concentric: Literary and Cultural Studies*, 44(1), p. 24. [doi.org/10.6240/concentric.lit.201803\\_44\(1\).0002](https://doi.org/10.6240/concentric.lit.201803_44(1).0002)

між собою та змінюватися на різних етапах відновлення. Ці способи допомагають воїнам і воїнкам психологічно адаптуватися до змін у власному тілі.

**Перша стратегія** — суб'єктивне «ранжування» травм / поранень воїнами/ками за тим, наскільки цей досвід впливає на їхнє майбутнє життя. До прикладу, ветерани/ки можуть порівнювати свої травми з травмами інших, чиє поранення може вимагати складнішого або тривалішого лікування / відновлення або впливу на спроможність звично жити. Час від часу вони згадують тих військових і ветеранів/ок, які отримали складніші травми / поранення або загинули. Це порівняння дає змогу зменшити інтенсивність переживань, зберегти відчуття перспективи та підтримати під час адаптації до нових умов життя.

*«Я завжди дивився на оточуючих хлопців, які отримували, на мою суб'єктивну думку, набагато гірші поранення. Тобто, я геймер, усе, що я роблю, пов'язане з руками. Я багато читаю, мені дуже потрібні очі. І мені було б набагато складніше психологічно змиритися з такою травмою. Але я бачив тіпів, які, бл\*ха, з важчими пораненнями, ніж я, трималися максимально гідно. І завжди для мене були прикладом».*

*Ветеран, 36–45 років, з ампутованими частинами нижніх кінцівок*

У інтерв'ю, проведених для цього дослідження, лише ветерани зі спінальною травмою не вдавалися до ранжування різних типів бойових поранень. Натомість вони зосереджували увагу на своїй травмі та ступеню її тяжкості, а якщо й порівнювали свій досвід з іншими — то тільки з людьми, які теж мали спінальну травму.

**Другою стратегією**, якою послуговувалися наші респонденти/ки, була **наративізація** — перенесення уваги з тілесних ушкоджень на історію, яка стоїть за ними.

*«Найголовніше, що я зрозумів: шрами не прикрашають чоловіка, якби там хто що не казав. У шрамах немає нічого красивого, але є щось красиве в історії шрамів. [...] Я виконував завдання по захисту Батьківщини. І це дійсно гідна причина. Тому, так, ця сторона питання мене відпустила, і я прийняв це. У якийсь момент навіть почав пишатися цими шрамами. [...] Перш за все для мене стало важливо те, що особистість повинна привертати увагу, звісно, і тим паче пройдений шлях. А потім вже там на якомусь місці тіло».*

*Ветеран, 26–35 років, із черепно-мозковою та акубаротравмою, опіковими та уламковими пораненнями, травмами кінцівок, обличчя, органів зору та слуху*

У науковій літературі ці способи інтерпретації свого досвіду описують як частину «героїчного наративу»<sup>49</sup>. Це установка, у межах якої травми / поранення та зміни у зовнішності після участі в бойових діях визнаються суспільством як достойні, правильні та героїчні. А думка «я захищав свою країну» є захисним механізмом, який допомагає ветеранам/кам відчутти важливість своєї служби та гордість за неї. Це своєю чергою допомагає їм прийняти нове тіло.

**Третя стратегія — раціоналізація.** Ветерани/ки дистанціюються від емоційних почуттів і реакцій щодо травми / поранення та одразу переходять до практичних питань: як тепер жити зі «зміненним/ою» собою. Це повертає їм відчуття контролю над тілом і переводить думки в площину побуту, комунікації з різними людьми та інших сфер життя.

---

<sup>49</sup> Keeling, M., Harcourt, D., White, P., Evans, S., Williams, V. S., Kiff, J., et al. (2025). Body image and appearance distress among military veterans and civilians with an injury-related visible difference: A comparison study. PLoS ONE, 20(2) p.20. [doi.org/10.1371/journal.pone.0305022](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305022)

«Плюс моє ставлення до мого поранення. Я його фактично одразу прийняв. Не з точки зору, ой, все, глазіка немає — я урод. Окей, так, я урод. Типу, я можу з цього хнпатися, але результату не буде ніякого. Від цього око назад не відросте, і красаота не повернеться назад. Тому я підійшов з точки зору, що це нова реальність. Я її приймаю. Я можу з нею не погоджуватися, мене може це дратувати, але немає в цьому сенсу. [...] Я казав: “Окей, а що далі, якщо я себе буду не приймати? Типу, петля за вухо і вийшов?” Так, б\*\*\*\* [дідько — ред.], обідно якби, пережити таке, вижити після такого і так по-тупому закінчити».

Ветеран, 36–45 років, з ампутованими частинами нижніх кінцівок

**Четверта стратегія**, яку ми зафіксували, — **візуальна конфронтація**. Часто першою реакцією на змінене тіло є бажання відвести погляд від нього. Щоб подолати цей бар'єр, військові свідомо змушували себе дивитися на нове тіло у дзеркалі. Це допомагало їм знизити чутливість до травми та врешті-решт інтегрувати новий образ у сприйняття свого «Я».

«Я був після операції у [місто в Україні] шпиталі, я себе побачив повноцінно майже в повний зріст, без шортів, в одних трусах. І яюсь таке: “Блін, ну що я тепер буду без ноги робити?” Це якась не іронія — саможаління, що якийсь я недороблений. Я себе ще не сприймаю. Коли вже повернувся вдруге в [місто в Україні], я просто як сусіда немає, прийняв душ, становився перед дзеркалом і дивився на себе, щоб прийняти себе, що я вже такий є. Крім відсутності ноги, нічого не змінилось. Стало трошки полегше».

Ветеран, 36–45 років, з ампутованою частиною нижньої кінцівки; пораненням черевної частини; ушкодженням внутрішніх органів та травмою верхньої кінцівки

## Стратегії, які допомогли респондентам/кам дослідження на шляху прийняття свого тіла після травм і поранень

Стратегія	Як проявляється
Суб'єктивне ранжування травм / поранень	Військові порівнюють себе з побратимами / посестрами або іншими військовими, які отримали важчі поранення або загинули. Це допомагає їм не акцентуватися надмірно на собі
Наративізація	Військові сприймають травми / поранення як історії захисту та гідності. Це дозволяє їм змістити акцент із тіла на пройдений шлях
Раціоналізація	Військові дистанціюються від емоцій та переходять у площину практичного життя, щоб повернути собі суб'єктність
Візуальна конфронтація	Військові певний час спеціально дивляться на своє відображення у дзеркалі, щоб звикнути і нормалізувати нове тіло

Поза цими стратегіями, воїни і воїнки також згадували нові захоплення та різноманітні активності, адаптивний спорт і психотерапію як допоміжні інструменти у прийнятті себе. Кожен із них по-своєму допомагав перемикнути з травми, переосмислити або опосередковано пропрацювати її, віднайти нові сенси або відповіді на свої запитання.

*«Я почала з психологом працювати, бо зрозуміла, що самій просто не прийняти себе...»*

*Ветеранка, 26–35 років, з черепно-мозковою і мінно-вибуховою травмами; травмами органів зору / слуху та уламковими пораненнями*

*«Дуже важливо не сидіти вдома, не втикати в телефон постійно, чимось займатися. [...] Важливо себе постійно навантажувати: спорт, учеба, робота, посещение заходів. Два місяці тому я був більше в [країна] — я ж їздив. Коли постійно у тебе так, якісь справи вирішуєш, ти постійно наслаюєш себе емоціями, розуміннями, відчуттями. І якось воно мені пройшло нормально. Времени в мене на ПТСР якось немає. Комусь це вже важко — у мене якось пройшло нормально».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною нижньої кінцівки; акубаротравмою та травмою органів слуху*

Під час аналізу ми визначили, що **прийняття** — це **насамперед процес, а не результат**. Він може бути тривалим, нелінійним і складним. Зафіксувати його «завершення» проблематично, адже під час інтерв'ю самі респонденти/ки сумнівалися, чи вони вже прийняли свої травми або поранення.

*«Я з тобою в розмові дохожу до того, що я, напевно, не до кінця приймаю свій фізичний стан зараз, хоча прийшло вже доволі багато часу. І мені, напевно, самому неприємно починати цю розмову, бо це визнання того, що я якийсь не такий. [...] Я досі ще не остигав з думкою, що моє тіло не таке, як було раніше. Я, напевно, не до кінця це усвідомлюю. Не хочу усвідомлювати».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою травмою; травмами тазу / статевих органів та двох нижніх кінцівок із втратою частини м'язів та уламковими пораненнями*

Зрештою, самі ветерани і ветеранки вважають успішним стан, коли фізичні особливості стають менш значимими, а більшого значення набувають щоденна рутинна, нові захоплення та плани на майбутнє. Навіть якщо часом бувають «відкати» (тимчасовий регрес) або сумніви у собі, цей стан є стабільним і безпечним для них.

*«Якщо брати саме по зовнішності, то я ще можу якось думати про те, як я виглядаю. Це може бути не завжди з гарного боку, що я думаю про себе, але з часом до цього звикаєш потім. Стає все одно».*

*Ветеран, 26–35 років, з опіковими та закритою черепно-мозковою травмами; травмами органів зору / слуху, тазу / статевих органів та численними уламковими пораненнями*

Однак частина наших респондентів і респонденток, які отримали поранення у 2022–2024 роках, досі не приймають свої травми та зміни у тілі. Вони продовжують соромитися себе, ностальгувати за життям до поранення й поставати перед труднощами під час знайомства або спілкування. У воїнів і воїнок, які не прийняли себе та не знайшли пару, тема стосунків залишається однією з найбільш тривожних і болісних.



## Соціальні аспекти

Одне з досліджень досвіду британських ветеранів/ок із пораненнями показує: зміни зовнішності часто супроводжуються не лише фізичними та психологічними,

а й соціальними викликами. Зокрема, респонденти/ки говорили про страх осуду з боку інших та посилене відчуття самовідрази (self-disgust) — внутрішнього сорому себе, подібного до самостигматизації, що виникає, коли людина відчуває, що її зовнішній вигляд порушує суспільні норми<sup>50</sup>.

Деякі респонденти та респондентки нашого дослідження також ділилися тим, що **тривалий час зосереджувалися на своїй «інакшості»**. Вони порівнювали своє тіло, його вигляд і фізичні можливості з уявною «нормою» у суспільстві, так стигматизуючи себе. Зокрема, це проявлялося у словах, якими вони описували себе в новому тілі: «інвалід», «каліка», «урод».

*«У мене є дві ноги, але нога в мене пошматована. Зараз, якщо говорити про себе, не рівняючи з кимось, дивлюся на ноги і бачу, що я каліка. І по факту, бо не можу бігати. І воно вже додає в голові, що я якийсь не такий, неповносправний, вся х\*\*\*я [дурня — ред.], воно якось не так має бути. І мене це дуже стопало, що воно якось... Дуже циклився на своїй неповносправності».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою травмою; травмами тазу / статевих органів та двох нижніх кінцівок із втратою частини м'язів та уламковими пораненнями*

Унаслідок цього в респондентів/ок з'являлися сумніви щодо того, чи зможуть їх прийняти інші. Ці думки особливо турбували ветеранів і ветеранок, у яких не було постійних стосунків на момент отримання травми або поранення.

*«А я був такий просто красень тоді: обпечений, рука зламана, зуб вибитий, око. Кому я такий потрібен?»*

*Ветеран, 26–35 років, із черепно-мозковою та акубаротравмою, опіковими та уламковими пораненнями, травмами кінцівок, обличчя, органів зору та слуху*

<sup>50</sup> Keeling, M., Harcourt, D., White, P., Evans, S., Williams, V. S., Kiff, J., et al. (2025). Body image and appearance distress among military veterans and civilians with an injury-related visible difference: A comparison study. PLoS ONE, 20(2) p.16. [doi.org/10.1371/journal.pone.0305022](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305022)

Після поранення воїни та воїнки також **стикалися з суспільними уявленнями про «хворе тіло»**. У теоретичних працях травми і поранення умовно ділять на «видимі» та «невидимі»<sup>51</sup>. Перші — помітні візуально у зовнішності людини (ампутовані кінцівки, шрами, опіки), а другі — непомітні (черепно-мозкові травми, ушкодження внутрішніх органів). Це не визначає значущість певних травм чи поранень. Але часто саме це впливає на те, наскільки досвід людини зможе побачити суспільство. Як наслідок, травми сприймаються по-різному й оточенням, і самими ветеранами та ветеранками.

Для деяких «видимість» поранень ставала критерієм відмінності від інших людей. Це провокувало почуття дискомфорту, злості або сорому. Особливо, коли респонденти/ки помічали на собі чийсь неоднозначні погляди або чули такі ж коментарі щодо своєї зовнішності.

*«Найбільш поширене запитання, яке я чую, гуляючи по місту, це на [район], коли тепло і коли починає народ вибиратися побухати, фраза, "О, і\*\*\*\* [отакої — ред.] пірат", — це просто фразочка, яка мене вже д\*\*\*\* [дістала — ред.]. Я її чую протягом 10 років свого життя».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та мінно-вибуховою травмами; травмами органів зору / слуху та численними уламковими пораненнями*

Деякі чоловіки казали, що не знають, як впоралися б, якби не їхня дівчина / дружина. **Вони визначали наявність постійної партнерки найбільшою підтримкою у відновленні.**

<sup>51</sup> Javaid, S. F., & Yusuf, R. (2024). Invisible disabilities. In G. Bennett & E. Goodall (Eds.), The Palgrave Encyclopedia of Disability. Palgrave Macmillan. P. 2 [doi.org/10.1007/978-3-031-40858-8\\_299-1](https://doi.org/10.1007/978-3-031-40858-8_299-1)

*«Я не переймаюся про свою привабливість. Через те що я знаю, що для коханої людини я найкрасивіший. І вона приймає мене таким, як є. Тобто я не переймаюся зараз про привабливість чи думку, чи я привабливий. Але на мою думку, я менш привабливий, ніж був раніше».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою травмою; травмами тазу / статевих органів та двох нижніх кінцівок із втратою частини м'язів та уламковими пораненнями*

Водночас для респондентів/ок, яким вдалося побудувати близькі стосунки уже після поранення, цей досвід мав особливо позитивний і навіть терапевтичний ефект. Адже нові партнери/ки не лише емоційно підтримували, а й підтверджували, що травма або поранення не скасовує особистісної цінності, привабливості та сексуальності. Ці стосунки також мотивували не опускаючи руки й рухатися далі.

*«Але я не очікував від [ім'я дівчини] такого кроку. Тобто ми, по суті, чужі були, але вона так вирішила. Так, для мене багато що сказало, такий жест. Це для мене стимул такий, щоб їй зі мною було добре, щоб вона не втомлювалася від мене».*

*Ветеран, 36–45 років, з травмами нижньої кінцівки, органів зору та слуху; численними уламковими пораненнями; мінно-вибуховою травмою та ампутацією обох верхніх кінцівок*

Про інакший досвід нам розповіла респондентка дослідження — ветеранка. Її переживання більшою мірою стосувалися зовнішнього вигляду та того, як коханий сприймає її після поранення. У своїй розповіді вона багато зосереджувалася на тому, як травми змінили її тіло, як інші реагували на це та як проходив процес прийняття нової себе. Хоча підтримка з боку коханого допомагала, це не завжди могло компенсувати її особистого сприйняття тіла.

*«Я навіть йому кажу, якщо він мене там ззаду фотографує, з правої сторони — ні. Я його бачу, я бачу ті шрами, навіть з довгим волоссям. Він каже: “Я їх не бачу.” А я бачу. Я бачу фото, я вже їх бачу. Ти не бачиш, а я знаю, що вони там є... Наприклад, коли він до голови торкається, мені це не подобається».*

*Ветеранка, 26–35 років, з черепно-мозковою і мінно-вибуховою травмою; травмами органів зору / слуху та уламковими пораненнями*

Таке сприйняття може частково бути пов'язаним з жіночою гендерною соціалізацією, за якою саме жінки відчують більше тиску щодо відповідності стандартам краси та привабливості<sup>52</sup>. У цьому контексті будь-які тілесні зміни після травм / поранень можуть негативно впливати на їхню самооцінку та відчуття себе привабливими, сексуальними й бажаними.



<sup>52</sup> Wolf, N. (2002). The beauty myth: How images of beauty are used against women. HarperPerennial.

# Стан лібідо

Ветерани та ветеранки, з якими ми спілкувались, мали різний досвід зі станом лібідо, коли налагоджували життя після поранення або травми.

Рівень сексуального потягу міг як зменшуватися, так і збільшуватися. Респонденти/ки, які не відчували зменшення лібідо, пов'язували це зі своїм молодим віком.



*«Збудження легко досягається.*

*Немає в цьому якихось проблем. Ми ще молоді».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та опіковими травмами; ампутованими частинами нижніх кінцівок; травмами тазу, органів зору, обличчя та черевної частини; поранення хребта та легень; ушкодженням внутрішніх органів*

Ветеран, який після поранення зазначив про підвищення лібідо порівняно з періодом до травми, припускає, що це може бути пов'язано з його психоемоційним станом.

*«Я навіть сам попадав на статті психологів і терапевтів.*

*Багато хто пише про те, що саме багато хлопців після поранення, після ПТСР, всіх цих нюансів, у них може бути два варіанти: або пониження статевого потягу, або навпаки підвищення. У мене, напевно, все ж таки, може бути другий варіант. Тому що я сам навіть відчуваю, що я, може, навіть надміру цього хочу, чим потрібно цим займатися».*

*Ветеран, 26–35 років, з опіковими та закритою черепно-мозковою травмами; травмами органів зору / слуху, тазу / статевих органів та численними уламковими пораненнями*

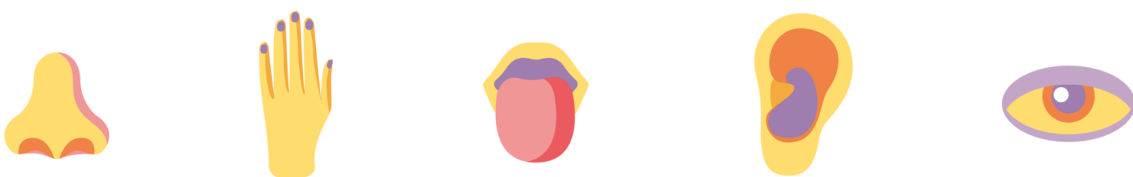
Водночас трапляються випадки, коли невисоке сексуальне бажання не є наслідком поранення і не сприймається самими ветеранами/ками як зміна. Один із респондентів зазначав, що після поранення його рівень сексуального бажання не змінився й залишився невисоким. На його думку, це радше пов'язано з психологічним станом (у його випадку — синдромом дефіциту уваги) і загалом не впливає негативно на якість життя.

*«На сексуальне бажання це [поранення — ред.] не впливало ніяк. Так, в мене був цей момент приймав-неприймав, але тут треба звернути увагу, що я з СДВГшників [людина із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності — ред.]. У мене оцей от страх відторгнення, він, в принципі, зі мною все життя. Але, скажімо так, взаємозв'язок між моїм пораненням і моїм лібідом — відсутній. Тобто тут проблема не для мене в сексуальному житті. Тут проблема для моєї партнерки».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та мінно-вибуховою травмами; травмами органів зору / слуху та численними уламковими пораненнями*

Водночас більшість ветеранів і ветеранок, з якими ми спілкувалися, на етапі повернення до цивільного або військового життя (приблизно півтора – два роки з моменту поранення) після поранення відчували або відчують зниження лібідо. Вони вважають, що на це впливають **кілька чинників**.

**Перший — прями наслідки травми або поранення, зокрема безпосередня втрата органу чуття.** Так, ветеран, який повністю втратив зір, зазначив, що після поранення йому стало складніше відчувати сексуальне збудження, оскільки він втратив один зі способів сприйняття довколишнього середовища.



*«Ну, є, але не так часто, як раніше. І з зором, звісно, є проблеми. Блін, ну якось не знаю. На слух тяжко, на очі іще нормально. А так із зором, звісно, трохи тяжче. Без зору, точніше. Навіть в цьому плані. Тому, що коли ти бачиш, то швидше збуджуєшся, [ніж] коли не бачиш».*

*Ветеран, 26–35 років, з травмами органів зору і слуху; ампутованими частинами нижньої та верхньої кінцівок; переломом нижньої кінцівки*

**Другим чинником може бути відсутність близької людини поруч.**

У цьому дослідженні ми опитали небагато жінок, тому не можемо повноцінно простежити можливі відмінності між жіночим і чоловічим досвідом змін лібідо після поранення. Водночас одна з ветеранок зазначала, що не відчувала сексуального бажання під час її поранення та лікування, оскільки її чоловік у цей період перебував у російському полоні. Вона згадувала, що сексуальне бажання почало з'являтися лише після того, як вони знову опинилися поруч. Водночас у цьому випадку складно однозначно визначити, що саме впливало на відсутність бажання — розлука з партнером чи наслідки поранення.

*«Восени точно нічого не було. А десь, мабуть, взимку щось почалося і почалися дуже болючі ці моменти. І мені було так боляче. Я не розуміла, що з організмом. Звернулася до лікаря — усе добре. Я тоді ще в лікарні теж була, в санаторії. Мені просто дали обезбол і все. Я зрозуміла, що, може, все там нормально. Але теж я про це не думала, поки чоловіка не повернули. Тобто оцей момент був такий закритий взагалі на все, на чоловіків.*

*Я з ними спілкувалася — там багато ж хлопців. Бо там як з товаришем, з ветераном, так само друг трьохсотий, так скажемо, в такому плані, але відчуття такого не було».*

*Ветеранка, 26–35 років, з черепно-мозковою і мінно-вибуховою травмами; травмами органів зору / слуху та уламковими пораненнями*

Ця респондентка проживала подвійний досвід: власне лікування та відновлення і водночас переживання ролі дружини полоненого воїна. Надалі на її лібідо також впливала тривала відсутність чоловіка поруч після його повернення до війська. Оскільки партнер продовжує службу, час, який вони проводять разом, варіюється — від кількох спільних днів до двотижневої відпустки. За словами ветеранки, під час довших відпусток сексуальне бажання відчувається менш інтенсивно, адже є відчуття часу «попереду». Натомість під час коротких зустрічей бажання посилюється через обмеженість часу разом.

*«Коли, знаєте, це день-два, то це просто все високо. Чим менше часу бути разом, тим ти розумієш, що іншого може і не бути. Вже ти береш цей момент зараз. А коли в тебе є якийсь тиждень, і ти думаєш: "Та ні, завтра. Ну, не сьогодні."»*

*Ветеранка, 26–35 років, з черепно-мозковою і мінно-вибуховою травмами; травмами органів зору / слуху та уламковими пораненнями*

Третім важливим чинником, що впливає на лібідо, з досвіду респондентів дослідження, є психоемоційний стан. Один із респондентів зазначив, що для нього фізичні наслідки поранення не впливали на сексуальне бажання, адже під будь-який стан можна було підлаштуватися, наприклад, змінити позу чи зменшити тривалість сексу. Натомість саме бажання більше залежало від стосунків з партнером/кою, емоційного стану в конкретний момент та новин від побратимів / посестер. Для респондентів/ок у довготривалих стосунках, які розпочались ще до поранення, зниження лібідо може ставати викликом не лише на індивідуальному рівні, а й впливати на загальну динаміку стосунків. Один із ветеранів зазначав, що зниження його сексуального бажання вплинуло на те, як партнерка оцінювала якість їхнього сексуального життя та самі стосунки загалом. Зокрема, вона сприймала це як можливу ознаку погіршення стосунків або навіть зради.

*«У тому то і проблема, що для мене це не було щось суттєве. Вона, можливо, це асоціювала з тим, що я втрачаю до неї інтерес. Вона і так була дуже ревнива просто, без цього. А тут, звісно, вона така одразу з питанням, ти, можливо, десь закриваєш ці питання з кимось іншим. Я ж їй сказав, що ми ж там дитину пробуємо зробити. Вона каже, що то є добре, але ж не треба забувати про інші якісь моменти».*

*Ветеран, 26-35 років, із черепно-мозковою та акубаротравмою, опіковими та уламковими пораненнями, травмами кінцівок, обличчя, органів зору та слуху*

Важливо також висвітлити досвід однієї з респонденток, яка не мала викликів саме зі збудженням або сексуальним бажанням, однак після бойового досвіду мала складнощі з його реалізацією. Під час спроб фізичного сексуального контакту з чоловіками вона відчувала панічну реакцію та фізичний дискомфорт. Респондентка не могла чітко пояснити природу цієї реакції й не зверталася з цим запитом до фахівців і фахівчинь.

Більшість респондентів і респонденток, у яких сексуальне бажання залишалось зниженим навіть після завершення лікування та реабілітації, висловлювали прагнення відновити лібідо. Водночас спроби повернутися до попереднього рівня сексуального потягу можуть супроводжуватися певними бар'єрами, зокрема завищеними очікуваннями від ситуації та від себе. Після тривалої розлуки, коли з'являється можливість побути разом або усамітнитися вдома, секс часто сприймається як невіддільна частина возз'єднання пари. Це своєю чергою може створювати додатковий психологічний тиск. Водночас процес відновлення відбувається індивідуально, і сексуальне бажання може ще не відновитися після поранення та пережитого стресу.

*«Було бажання — не було можливості. Але я зараз отак от, якщо покопатися, згадати, я не впевнений, що це було*

*бажання. У деякій мірі це могло бути: ось дружина приїхала, рідна, ось я її бачу раз у пів року, логічно, що ось ви вдома, ось ліжка. А тут якось опа і щось цей».*

*Ветеран, 36–45 років, з черепно-мозковою та акубаротравмою; дрібними уламковими пораненнями та травмою нижньої кінцівки*

Попри наявність бар'єрів і поступовий характер відновлення, один із ветеранів зазначав, що його **лібідо почало відновлюватися разом із прийняттям змін і усвідомленням того, як жити з ними далі.**

*«Поки я не зрозумів, що єдина зміна, яка відбулася зі мною це відсутність ноги, а світ на цьому не закінчується. До цього в мене навіть бажання подивитися оранжевий YouTube [порносайт — ред.], як його ще називають, навіть думок про це не було».*

*Ветеран, 36–45 років, ампутованою частиною нижньої кінцівки; пораненням черевної частини; ушкодженням внутрішніх органів та травмою верхньої кінцівки*

Говорячи про свій стан лібідо після поранення, ветерани та ветеранки часто **згадували попередній сексуальний досвід із відчуттям ностальгії.**

*«Просто я був раніше, скажімо так, вульгарний, пошлий. Я був любвіобільний, і в інтимі теж. А це все кудись ділося раптом. Ніби це стало не настільки важливо. Можливо, це тимчасово, можливо, ця вся фігня закінчиться і ми повернемося до минулого нашого життя і, можливо, все стане значно краще. Можливо, це просто хронічний стрес на нас так всіх впливає. На когось більше, на когось менше. Не знаю».*

*Ветеран, 26–35 років, із черепно-мозковою та акубаротравмою, опіковими та уламковими пораненнями, травмами кінцівок, обличчя, органів зору та слуху*

Однак бажання повернутися до попереднього життя, зокрема сексуального, є не у всіх. У відповідь на запитання про ностальгію за сексуальним життям до поранення, частина респондентів/ок

відповідала негативно. Це може бути пов'язано, зокрема, зі співвідношенням тривалості життя з пораненням і періоду активного сексуального життя до нього.

*«До поранення мені було 23 роки. Там вже не дуже було активне сексуальне життя. Більшість свого сексуального життя вже маю з травмою. Тому не було за чим ностальгувати».*

*Ветеран, 26–35 років, з травмами спинного мозку та верхньої кінцівки і пораненням легень*

Водночас ностальгія була пов'язана не лише з сексуальним життям до поранення, а й з іншими значущими етапами життя пари, що впливали на їхню інтимність. Наприклад, один з ветеранів ностальгував за статевим життям до появи дитини та вагітності дружини.



# Зміни в статевому акті

Ностальгія за сексуальним життям до поранення у ветеранів і ветеранок стосувалася різних аспектів — від рівня сексуального бажання до окремих сексуальних практик, які після поранення стали недоступними. Так, респонденти з ампутованими нижніми кінцівками неодноразово згадували, що не можуть практикувати деякі пози в сексі через відсутність точок опори — наприклад, коли чоловіку потрібно спертися на коліна або бути зверху над партнеркою.

*«Я зараз маю менші можливості, тому що є обмеження у вигляді ампутації. Якщо у сексуальному плані, то вже не кожен позу я можу використовувати, тому що немає точки, на яку я можу додатково впертися».*

*Ветеран, 36–45 років, з ампутованою частиною нижньої кінцівки; пораненням черевної частини; ушкодженням внутрішніх органів та травмою верхньої кінцівки*

*«Цієї частини кінцівки не вистачає дуже сильно, і я за цим прямо сумую. Але якось там викручуємося, не сказати, що [секс — ред.] став такий скутий. Здається, що так, може, не такий класний, як він був, не такий насичений, але якось відносишся до цього зараз, що ніби цього вистачає. Не сказати, що прямо жах. Але те, що ти не можеш стояти на двох колінах, цього бракує».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною нижньої кінцівки*

Через культурні уявлення, у межах яких формується чоловіча сексуальність, неможливість займатись сексом так, як раніше або як у фантазіях, може призводити до відчуття втрати власної чоловічої гідності. Теоретики маскулінності звертають увагу на поширене уявлення, що «справжній чоловік» завжди має

бути «зверху» (хоч це можна інтерпретувати не лише у контексті сексуальності)<sup>53</sup>. Один із наших респондентів зі спінальною травмою дійсно зазначав, що почувається впевненіше, коли може бути у позиції зверху під час статевого акту.

*«І що дуже важливо, ось ці спроби бути зверху, я не знаю, як це працює. Ну, скільки би я не розумів, що це все коряво, повна х\*\*\* [дурня — ред.], я нічого не відчуваю. Б\*\*\* [дідько — ред.], відчуваєш себе по-іншому. Я не знаю, як, що, але трохи по-іншому, як-то так поярше [яскравіше — ред.]»*

*Ветеран, 26–35 років, з травмою спинного мозку*

Окрім фізичних обмежень щодо окремих сексуальних позицій, після поранення частина ветеранів і ветеранок була змушена обмежити різноманіття сексуального життя загалом. Йшлося не лише про пози, а й про умови, за яких можливий секс — наприклад, лише у положенні лежачи. Це своєю чергою звужувало різноманітність місць для сексу — як у межах місця проживання, так і поза ним.

*«Я любив секс у потязі, в купе. Є такий парк Горького у Харкові. Ми коли їздили з дівчиною — там є канатна доріжка — ми займалися сексом в цій кабінці. Парк Горького, це кільце обзріння. Мені там дівчина робила мінет — друга, ще колишніша дівчина. От наскільки я люблю експерименти. Я любив часто в парку зайнятись сексом. Тобто, були бажання, якась азартність, а після поранення все пропало».*

*Ветеран, 26–35 років, зі складною черепно-мозковою травмою, що призвела до знерухомлення частини тіла*

Для частини респондентів/ок фізичні наслідки поранень і травм означали зменшення спонтанності у сексуальному житті. Наприклад, може знадобитися час, щоб зняти протез,

<sup>53</sup> Кон, І. (2003). Чоловіки, які змінюються у мінливому світі. Незалежний культурологічний часопис «І», (27), 7–48. [ji.lviv.ua/n27texts/kon.htm](http://ji.lviv.ua/n27texts/kon.htm)

а у випадку недовготривалих стосунків — попередньо обговорити з партнером чи партнеркою, як відбуватиметься сексуальний контакт і які дотики до тіла можуть викликати дискомфорт.

*«Я, наприклад, фізично ключові моменти й елементи сексу, звісно, можу реалізувати. Це ні на що тепер не впливає. Але різноманіття, звісно, воно вже буде абсолютно іншим. Якщо я до цього міг зайти на кухню, завалити свою дружину на підлогу, і ми займемося сексом, зараз це вже, звісно, так не відбудеться. Тому що в протезах це робити вкрай складно насправді. В моєму конкретно випадку це допустимо виключно стоячи, тому що стабільність сильно страждає. У ліжку те саме. Ноги мені використовувати вже складно».*

*Ветеран, 36–45 років, з ампутованою частиною нижньої кінцівки*

Натомість для інших **вимушені зміни спонукають експериментувати в сексі** і шукати альтернативні пози та способи отримати задоволення із партнерами та партнерками.

*«Зрозуміло, що ти щось зрівнюєш. Тому що, навіть під час сексу, коли партнера<sup>54</sup> ти можеш підняти на руки, це одна історія, навіть прижати до стінки — це все будуть одні емоції, одні відчуття. То ти цього не зробиш, тому що ти не можеш це зробити. Це трішки так, заважає, але знову ж таки — експериментувати. Деякі речі можна використовувати по-іншому. Можна щось додати, навіть партнер, умовно кажучи, якийсь турнік у тебе є вдома, тримається за нього, а ти в цей момент робиш ці всі речі. І воно цікаво. І це, знову ж, до того, щоб експериментувати. Тобто, ви повинні додавати цього вогника в своїх експериментах».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною верхньої кінцівки*

<sup>54</sup> У цитаті збережена оригінальна лексика респондента. Слово «партнер» тут вживається як універсальне позначення без уточнення гендеру та в даному контексті йдеться про жінку-партнерку.

# Зміна чутливості

Чутливість — один із важливих компонентів сексуальності, що ґрунтується на сенсорному сприйнятті через зір, слух, нюх, смак і дотик<sup>55</sup>. У цьому дослідженні ми зосередилися на змінах чутливості після поранення, які можуть проявлятися в різних вимірах сексуальності — фізичному, психологічному та у взаємодії з партнером чи партнеркою. Оскільки чутливість є індивідуальним тілесним досвідом, цей текст не охоплює всіх можливих змін, що можуть відбуватися з тілом унаслідок поранення.

## Фізичні аспекти

Респонденти/ки з повною чи частковою втратою зору зазначали, що раніше для них ключовим було візуальне сприйняття партнера/ки, та після поранення важливішим способом переживання інтимності став дотик. Деякі респонденти/ки зазначали, що почали сильніше відчувати аромати, через що запахи стали важливішим елементом сексуального досвіду.



<sup>55</sup> Cross, C. L., & Weeks, G. R. (2007). Sex, sexuality, and sensuality. In *Low-cost approaches to promote physical and mental health* p. 385. Springer. [doi.org/10.1007/0-387-36899-x\\_19](https://doi.org/10.1007/0-387-36899-x_19)

*«Я думаю, що тут навпаки, це повністю перевернуло статеве життя і все. Тому що до поранення ти просто бачив очима, насолоджувався партнером<sup>56</sup>. А в моєму випадку, коли ти не бачиш, ти все відчуваєш на дотик, проводиш руками, гладиш тіло, і це вже другі емоції, другі відчуття — тактильні. Це все підвищена тактильність, плюс підвищені аромати, ти відчуваєш всі аромати. І це вже досить кардинально все відрізняється від того, що було до поранення».*

*Ветеран, 26–35 років, з опіковими та закритою черепно-мозковою травмами; травмами органів зору / слуху, тазу / статевих органів та численними уламковими пораненнями*

*«Я в якийсь момент навчився бачити руками. Я не кажу, що я можу зараз читати Брайля, але через те, що я візуально не міг нормально сприймати свою партнерку, я, умовно кажучи, сприймав її через мацання».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та мінно-вибуховою травмами; травмами органів зору / слуху та численними уламковими пораненнями*

Одна зі змін чутливості, яка трапляється з ветеранами та ветеранками з ампутованими кінцівками — підвищена чутливість у куксі. У експертному інтерв'ю для цього дослідження психолог, який працює з фантомними болями та відчуттями після ампутацій, зазначив, що у різних людей ця чутливість може проявлятися по-різному: хтось має больові відчуття, а для когось вони можуть навіть бути приємними.

*«Єдине, що буває така нечаста історія, коли чоловіки відчувають оргазм одночасно і статевим членом, і фантомною кінцівкою»*

*Єгор Іордек, психолог по роботі з больовим синдромом*

---

<sup>56</sup> У цитаті збережена оригінальна лексика респондента. Слово «партнер» тут вживається як універсальне позначення без уточнення гендеру та в даному контексті йдеться про жінку-партнерку.

Зокрема, у чоловіків через фізіологічні особливості під час оргазму, подібні відчуття можуть відчуватися також у куксі<sup>57</sup> ампутованої нижньої кінцівки. Водночас для деяких людей інтимна близькість може супроводжуватися фантомними болями чи відчуттями.

*«Нога теж по-своєму чутлива стала, тому що тут тканини інші, судинки інші. І вона теж певну ерогенну зону свою має. Тому певні доторки стали цікавими».*

*Ветеран, 26–35 років, з ампутованою частиною верхньої кінцівки*

Чутливість також може змінюватися у рубцях та шрамах, які залишаються після поранення. Деякі респонденти/ки зазначали, що у цих ділянках відчувають біль, тому заздалегідь попереджали партнерів/ок, яких зон тіла не варто торкатися під час близькості.

*«Голова, наприклад. Ну, все, що пов'язане з пораненням. До голови не торкатися. Оці шрамчики, вони трошки підболюють. А спина вже, в принципі, зажила. Тобто все, що заживає, більш-менш нормально. Ліктів торкатися не можна, там осколки ще, і буває таке, що дуже болить, якщо прямо торкаються».*

*Ветеранка, 26–35 років, з черепно-мозковою і мінно-вибуховою травмами; травмами органів зору / слуху та уламковими пораненнями*

Також ми зафіксували досвід змін чутливості у респондентів/ок із черепно-мозковою травмою. Один із ветеранів зазначив, що після травми у нього змінилась чутливість статевого органу (під час орального сексу з'явився біль у його лівій частині), а під час оргазму виникав неконтрольований сміх.

---

<sup>57</sup> Культа, частина кінцівки, що залишається після ампутації.

*«У мене з'явилася сильна чутливість. Тут два варіанти. Перший варіант — я, коли заканчую дружині в рот, я можу заканчувати і сміятися. Не знаю, чого це відбувається, просто сміюся. І ще в мене з'явилася якась гіперчутливість. Вона коли починає робити мені мінет, то він дуже болезненний, аж больно. Це ліва сторона болезненна, половина члена болезненна. Але через деякий час цей біль проходить. І коли ще я заканчую їй тоже в рот, рука прямо так сильно вигинається. Зігує. Тільки не вверх, а вниз зігує. Це прямо такі цікаві зміни у себе».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою травмою*

Проте для деяких респондентів/ок їхні поранення і шрами, що втратили чутливість, не ставали перепорою для дотиків від інших людьми. Один з респондентів зазначав, що поранення не змінило його любов і потребу у доторках.

*«Я — сплошна ерогенна зона.*

*До мене торкатися можна куди угодно, мені це приємно».*

*Ветеран, 45–60 років, з черепно-мозковою, опіковою та акубаротравмою; численними уламковими пораненнями; травмами органів слуху, тазу та нижньої кінцівки*



## Психологічні аспекти

У воїнів/ок із повною або частковою втратою зору після поранення **важливішою частиною сексуального збудження можуть ставати фантазії**. Один із респондентів поділився з нами, що після втрати зору новою практикою для їхньої пари стало використання білизни партнерки, яку він міг досліджувати на дотик і уявляти.

*«Тим паче, що я плюс-мінус таке вбрання десь зустрів, бачив навіть до того у фільмах, то я знаю, як воно виглядає на людині, і що воно таке. Це якби я там без зору з народження був, тоді так. Взагалі б, напевно, і не думав, що воно, нащо воно потрібно. А так, коли ти знаєш, що це таке і нащо воно, то тоді так, додається трохи жару».*

*Ветеран, 26–35 років, з опіковими та закритою черепно-мозковою травмами; травмами органів зору / слуху, тазу / статевих органів та численними уламковими пораненнями*

Змінена чутливість у шрамах може бути неприємною також не лише на фізичному, а й на психологічному рівні — через спогади, пов'язані з бойовими діями, моментом поранення або загибеллю побратимів і посестер.

*«В мене загинув однокласник мій на тому ж місці. Ми багато хлопців виносили, бо там прямо по складу скинули керовану авіабомбу. І в нас 52 двохсотих було. І ми хлопців, коли виносили, вони там на руках у нас помирали. Я це озеро крові пам'ятаю. Я пам'ятаю, що ми тримаємо, і я не можу зрозуміти, чому у нього тут нога, а тут рука, а голова десь в животі. І ось це в узел зав'язана людина, і я не розумію, і він в судорогах хрипить і помирає».*

*Ветеран, 45–60 років, з черепно-мозковою, опіковою та акубаротравмою; численними уламковими пораненнями; травмами органів слуху, тазу та нижньої кінцівки*

## Соціальні аспекти

Втрата чутливості окремих ділянок тіла може впливати на взаємодію в парі. Один із респондентів, який мав численні рубці на обличчі та втратив чутливість у зоні губ, зазначав, що його більше хвилювала не власна втрата відчуттів, а те, як це сприймає партнерка — зокрема, чи комфортно їй цілувати нечутливі губи.

*«Ні, насправді заважало. Мені не було зрозуміло, чи подобається моєму партнеру<sup>58</sup> цілувати ці губи. Це ж такий кусок щоки натягнутий. У мене немає чутливості такої, як була раніше в губах. Там частина, лише оцей маленький кусочок залишився нечутливим, а решта — це просто натягнуті рубці. Все лице в рубцях. Не зрозуміло, чи подобається партнеру. І ти не можеш побачити по очах реакцію».*

*Ветеран, 26–35 років, з черепно-мозковою та опіковими травмами; ампутованими частинами нижніх кінцівок; травмами тазу, органів зору, обличчя та черевної частини; пораненням хребта та легень й ушкодженням внутрішніх органів*

Респонденти/ки також зазначали, що сприйняття дотиків приємними чи неприємними може змінюватися залежно від настрою або обставин. Наприклад, поцілунки шрамів інколи можуть бути приємними, а в інших ситуаціях — дратувати.

*«Це ділянка, скажімо, границя чутливості-нечутливості. Вона взагалі на дотик дуже неприємна ділянка. Ну і деколи є, що поцілунки приємні, а деколи, що вони більше роздратовують».*

*Ветеран, 26–35 років з травмами спинного мозку та верхньої кінцівки і пораненням легень*

<sup>58</sup> У цитаті збережена оригінальна лексика респондента. Слово «партнер» тут вживається як універсальне позначення без уточнення гендеру та в даному контексті йдеться про жінку-партнерку.



# Висновки

У цьому розділі ми розглянули, як відбувається трансформація сексуальності після поранення. Зокрема подивилися на прийняття власного тіла, стан лібідо, зміни чутливості та зміни щодо поз у сексі з трьох оптик — психологічної, фізичної та соціальної.

---

## Трансформація сексуальності

Досвід ветеранів і ветеранок показує, що після поранення сексуальність трансформується не лише на рівні фізичних можливостей, а передусім у значенні, яке людина надає сексу та близькості. Для частини зростає цінність емоційної близькості й безпеки, інші ностальгують за попереднім досвідом, тоді як для деякого сексуальність тимчасово втрачає важливість і супроводжується апатією.

---

## Прийняття

Ветерани та ветеранки проходять етап прийняття свого нового тіла по-різному, залежно від індивідуальних особливостей та обставин у їхньому житті.

- Прийняття починається з адаптації до зміненого тіла: рубців, ампутацій, втрати або викривлення чутливості, функціональних обмежень. Респонденти/ки поступово переосмислюють власну тілесність, навчаються нових способів руху, дотику та отримання задоволення. У фізичному прийнятті важливу роль також відіграють адаптивні інструменти або додаткові засоби для пересування: колісні крісла, милиці, протези.

- Прийняття — це насамперед процес, а не результат. Він може бути тривалим, нелінійним і складним. На психологічному рівні воно пов'язане зі зменшенням сорому, страху відторгнення та відчуття «інакшості». У цьому дослідженні ми виокремлюємо чотири стратегії прийняття змін у тілі серед ветеранів і ветеранок: суб'єктивне ранжування, героїзацію, раціоналізацію та візуальну конфронтацію.
  - Соціальне прийняття формується через реакції партнерів/ок, близьких людей і ширшого середовища. Підтримувальні стосунки значно полегшують інтеграцію змін у повсякденне життя, тоді як стигматизація або уникання теми сексуальності можуть уповільнювати процес адаптації.
- 

## Стан лібідо

Зміни лібідо після поранення мають індивідуальний характер і не зводяться лише до фізіологічних чинників. У більшості частини респондентів/ок цього дослідження на етапі лікування спостерігалось зниження сексуального бажання, пов'язане з болем, медикаментозним лікуванням, виснаженням або психоемоційним станом. Через зміну свого психологічного стану у ветеранів та ветеранок може знижуватися лібідо та з'являтися ностальгія за попереднім сексуальним життям.

---

## Зміни в сексуальному житті

Після поранення сексуальні практики зазнають адаптації. Респонденти/ки описували необхідність експериментувати з новими позами, темпом, тривалістю та потребою фізично готуватись до сексу. Для частини респондентів/ок цей процес виявлявся складним і супроводжувався незручністю, невпевненістю, болем, тоді як деякі з них віднаходили в цьому простір для нової сексуальної взаємодії.

## Зміна чутливості

- Фізичні прояви змін чутливості після поранення змінюють і спосіб переживання інтимності: зростає роль інших сенсорних відчуттів, як-от дотику або запаху, з'являються нові ерогенні зони, тоді як окремі ділянки можуть залишатися болісними.  
У результаті ветерани й ветеранки заново вивчають власне тіло та адаптують сексуальну взаємодію до нових відчуттів.
- Зміни чутливості після поранення впливають на психологічне переживання інтимності: сексуальне збудження може більше спиратися на фантазії, уяву та попередній тілесний досвід. Водночас окремі ділянки тіла або шрами можуть викликати травматичні спогади, апатію чи відчуження від власного тіла.
- Зміна чутливості та відповідна зміна у сексуальності та її проявах може мати соціальний вияв через вплив на взаємодію у парі. Зокрема, після поранення ветерани та ветеранки проживають переосмислення сексуальності — власне сексу та змін у сприйнятті свого тіла. Соціальний вимір змін чутливості проявляється також у необхідності пояснювати партнеру/ці нові тілесні межі та потреби.



03

**Висновки  
дослідження  
та рекомендації**



# Висновки дослідження

---

## **1 Ветерани та ветеранки можуть мати переживання про своє сексуальне здоров'я ще на етапі отримання поранення та лікування**

Ветерани та ветеранки можуть турбуватися про сексуальне та репродуктивне здоров'я ще на етапі отримання поранення, евакуації чи стабілізації стану. Зокрема у чоловіків ми зафіксували інтерес щодо наявності та функціонування статевих органів. Під час лікування ветерани та ветеранки знайомляться зі своїм тілом, намагаються зрозуміти свої можливості загалом. Відповідно, бажання сексу з'являється, принаймні частково, через прагнення пересвідчитися у фізичній можливості мати секс, а не від бажання отримати задоволення.

---

## **2 У дослідженні ми зафіксували зміни сексуальності після лікування для ветеранів та ветеранок у стані лібідо, чутливості у тілі, прийнятті власного тіла та у сексуальному акті**

Після лікування ветерани та ветеранки, які мають зміни у чутливості тіла або окремих його ділянок, можуть відчувати зміни сексуальності у фізичних, психологічних та соціальних аспектах. Зокрема, це проявляється у змінах у стані лібідо, у процесі прийняття власного тіла та в адаптації до змін самого процесу сексу.

---

### **3** **Прийняття змін у тілі після поранення або травми для ветеранів і ветеранок є нелінійним процесом**

Хоча усвідомлення змін у тілі може з'являтися у ветеранів і ветеранок майже одразу, прийняття травми / поранення потребує значно більше часу, зусиль та підтримки, а також містить різні рівні прийняття. Фізичне прийняття свого тіла відбувається за допомогою використання адаптивних інструментів. На психологічному рівні ветерани/ки можуть застосовувати різні стратегії прийняття та звертатись по підтримку до фахівців/чинь. Соціальний аспект прийняття змін у тілі відбувається безпосередньо під час взаємодії із романтичними партнерами/ками.

---

### **4** **Зміни в чутливості тіла та окремих його ділянок впливають на фізичні, психологічні та соціальні аспекти сексуальності**

Зміна чутливості тіла може впливати на важливість залучення різних органів чуття у процесі збудження та самого сексу. Крім цього, у ветеранів та ветеранок можуть з'являтися зони, до яких доторк стає неприємним і болісним, або навпаки приємним. Через втрату органів чуття важливішу роль у сексі можуть відігравати фантазії та психоемоційний стан ветерана чи ветеранки. А у соціальному вимірі сексуальності зміни у чутливості та переосмислення сексу та його ролі може впливати на стосунки у парі.

---

## **5 Вплив фізичних та психологічних аспектів змін у чутливості тіла та досвіду отримання травми може ставати причиною для ностальгії за попереднім сексуальним життям**

Вплив змін чутливості тіла, загалом змін у сексуальності та стан лібідо і можливість реалізувати окремі позиції у сексі може призводити до появи у ветеранів/ок ностальгії за попереднім сексуальним життям. Ностальгія може стосуватись неможливості займатися сексом у конкретній позиції через фізичні обмеження, потреби ретельніше планувати секс і відповідно не мати спонтанності та різноманіття у сексуальному житті.

Проте також зміни у можливостях реалізації попередніх сексуальних практик може призводити до експериментів та пошуків нового у сексі.

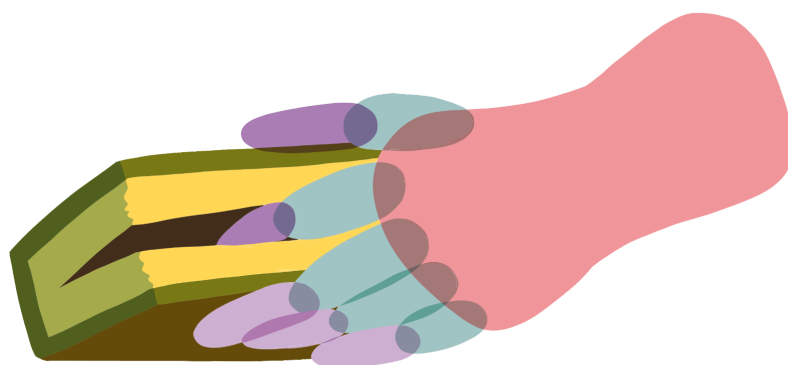


# Рекомендації

Під час роботи над дослідженням нам вдалося виокремити низку викликів, які супроводжують сексуальне відновлення ветеранів і ветеранок після поранення. На нашу думку, подолання цих викликів потребує залучення фахівців і фахівчинь різних напрямів та рівнів підтримки. У цьому розділі ми пропонуємо рекомендації, спрямовані на покращення умов повернення ветеранів і ветеранок до активного сексуального життя.

Спершу коротко окреслюємо ключові виклики, виявлені під час аналізу зібраного досвіду учасників і учасниць дослідження, а далі — можливі рішення, релевантні для різних професійних сфер і рівнів відповідальності. Навіть точкові зміни — на рівні окремих надавачів послуг або медійного середовища — можуть стати значущою підтримкою для людей, які її потребують. Водночас системні рішення здатні впливати на політики, стандарти та практики у сфері реабілітації.

Рекомендації адресовані як фахівцям і фахівчиням, які безпосередньо працюють із ветеранами та ветеранками, так і інституціям, що формують середовище змін: надавачам послуг, медіа, Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству оборони України, Міністерству у справах ветеранів України та іншим стейкхолдерам, дотичним до теми сексуального здоров'я й реабілітації.



## Ідентифікований виклик №1

### У лікувальних і реабілітаційних установах з ветеранами та ветеранками не обговорюють питання сексуального здоров'я та реабілітації

У медичних закладах, де проходили лікування учасники й учасниці цього дослідження, були відсутні сексологи/ині та інші фахівці/ині з належними компетенціями у сфері сексуального здоров'я. Унаслідок цього питання інформування щодо сексуальності, з одного боку, не виокремлювалися як спеціалізований напрям допомоги, а з іншого — не інтегрувалися до загального плану лікування та реабілітації ветеранів і ветеранок.

Формально ці функції покладалися на штатних психологів/инь, однак ветерани/ки наголошували на низькому рівні довіри до подібних спеціалістів/ок — як загалом, так і в контексті обговорення інтимності й сексуальності. Водночас інший медичний персонал діяв у межах чітко визначених професійних завдань, зосереджуючись передусім на лікуванні фізичних ушкоджень або їхній реабілітації.

Відсутність спеціалізованих фахівців/чинь вказує на те, що питання сексуального здоров'я, інтимних стосунків та пов'язаних із ними змін після травм / поранень системно залишаються поза увагою фахівців та фахівчинь і не розглядаються як компонент комплексної реабілітації. Це своєю чергою призводить до того, що потреби ветеранів і ветеранок залишаються незадоволеними або перекладаються на їхню індивідуальну ініціативу.

## Ідентифікований виклик №2

### Сексуальна реабілітація воїнів/ок після травм / поранень наразі відсутня на державному рівні як окремий напрям медичної допомоги

Через відсутність нормативного врегулювання в системі охорони здоров'я України надання послуг у напрямі сексуальної реабілітації залишається несистемним і фрагментованим.

Це створює прогалини в лікуванні та відновленні ветеранів і ветеранок із травмами або пораненнями: відповідні послуги або взагалі не надаються, або, за свідченням однієї з експерток дослідження, реалізуються з ініціативи та на розсуд окремих медичних фахівців/чинь — без визначених стандартів і протоколів.



## Пропоновані рішення для надавачів/ок послуг

1. На етапі первинного лікування важливо, щоб лікуючі лікарі/ки самі ініціювали розмову про можливі зміни сексуального здоров'я в межах стандартного прийому і створювали середовище для цієї розмови з ветеранами/ками. У межах первинної консультації та регулярного медичного супроводу важливо ще на етапі лікування надавати ветеранам/кам базову інформацію про можливі зміни у функціонуванні статевих органів, сексуальному житті та репродуктивному здоров'ї після травм / поранень, хірургічних операцій та прийому медикаментозних препаратів. Це допоможе ветеранам/кам мати реалістичні очікування щодо потенційних змін у їхньому сексуальному житті та здоров'ї.

---

2. На етапі реабілітації фахівцям і фахівчиням, залученим до роботи з ветеранами й ветеранками, доцільно в межах своєї професійної компетенції надавати базову інформацію про можливі зміни у сексуальному та репродуктивному здоров'ї. Така інформація допомагає сформувати реалістичні очікування щодо змін у сексуальному здоров'ї та краще підготуватися до їх проживання.

---

3. Під час фізичної реабілітації ерготерапевти/ки та реабілітологи/ині можуть надавати інформацію про функціональні зміни тіла, які потенційно впливають на інтимність і сексуальну активність ветеранів і ветеранок.

4. Важливо, щоб ерготерапевти/ки та реабілітологи/ині підвищували власну обізнаність щодо значення сексуальної реабілітації та впливу фізичних наслідків поранень і травм на сексуальні можливості людини. У межах фізичної реабілітації вони можуть навчати ветеранів і ветеранок безпечних способів відновлення близькості з урахуванням больових відчуттів, обмеженої мобільності. Зокрема, інформувати про адаптивні засоби для сексу та можливості їх використання.

---

5. Важливо, щоб психологи/ні та психотерапевти/ки, які працюють із ветеранами/ками після поранень, окреслювали можливість обговорення сексуального життя, здоров'я та відновлення у межах терапевтичних сесій. Це може зменшувати стигму й сором'язливість в озвученні запитів, пов'язаних з прийняттям власного тіла, змін у власній сексуальності або сексуальному житті.

---

6. Фахівцям і фахівчиням, які працюють з ветеранами й ветеранками на різних етапах відновлення, доцільно мати актуальний перелік вузькопрофільних спеціалістів і спеціалісток для скерування у сфері сексуального здоров'я та сексуальної реабілітації. Наявність і регулярне оновлення такого переліку може спростити доступ ветеранів і ветеранок до спеціалізованої підтримки за потреби.

## Пропоновані рішення для медіа

1. Під час висвітлення досвіду ветеранів і ветеранок після поранення або травми медіа варто приділяти увагу, зокрема, темі сексуальної реабілітації. Нормалізація змін, які можуть відбуватися в тілі людини, є важливою частиною прийняття себе та відновлення сексуального життя після поранення.

---

2. Оскільки на етапах лікування та реабілітації ветеранки/ки не завжди мають доступ до інформації про вузькопрофільних спеціалістів/ок з сексуальної реабілітації — варто збирати та висвітлювати тему роботи фахівців із сексуальної реабілітації. Зокрема, специфіку роботи, перелік контактів. Це може значно спростити ветеранам/кам пошук релевантної та необхідної інформації, коли вони захочуть звернутись по спеціалізовану підтримку.

---

3. Також доцільним може бути поширення інформації про адаптивні засоби та інструменти для сексу, які можуть бути актуальними для ветеранів/ок з різними видами поранень, травм та ушкоджень. Пошук та відкриття таких засобів може стати для них важливим кроком у поверненні до активного сексуального життя та звичних або нових позицій у сексі.

# Пропоновані рішення для МОЗ / МО / Мінветеранів щодо системних змін у сфері сексуальної реабілітації

1. Інституціалізувати напрям сексуального здоров'я та сексуальної реабілітації військових у медичних закладах, а саме:
    - запровадити окремі посади фахівців/чинь із сексуального здоров'я (сексологів/инь, психологів/инь або інших спеціально підготовлених спеціалістів/ок);
    - залучати приватних фахівців/чинь із сексуальності та інтимності до роботи в медичних закладах у форматі зовнішніх консультантів/ок;
    - інтегрувати питання функціонування статевих органів, впливу медикаментозного лікування та відновлення сексуального життя після травм / поранень у медичні плани лікування та реабілітації ветеранів/ок;
    - підвищувати кваліфікацію наявного медичного персоналу з у сфері сексуального здоров'я та професійної комунікації з пацієнтами/ками на цю тему.
- 
2. Сприяти подальшій діяльності робочої групи, створеної відповідно до наказу МОЗ України від 09.10.2025 № 1546<sup>59</sup>, щодо розроблення законопроекту про створення окремого напрямку сексуальної реабілітації.

<sup>59</sup> Міністерство охорони здоров'я України. (2025). Про утворення робочої групи з розробки Порядку надання реабілітаційної допомоги при станах, які супроводжуються статевою дисфункцією (Наказ МОЗ України №1546 від 9 жовтня 2025 року). [moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-09-10-2025-1546-pro-utvorennya-robochoyi-grupi-z-rozrobki-poryadku-nadannya-reabilitsiynoyi-dopomogi-pri-standah-yaki-suprovodzhuyutsya-statevoyu-disfunkciyeyu](https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-09-10-2025-1546-pro-utvorennya-robochoyi-grupi-z-rozrobki-poryadku-nadannya-reabilitsiynoyi-dopomogi-pri-standah-yaki-suprovodzhuyutsya-statevoyu-disfunkciyeyu)

3. Забезпечити нормативне закріплення сексуальної реабілітації у загальній системі медичної реабілітації України, включно із затвердженням стандартів, протоколів, обов'язків і компетенцій фахівців/чинь.

---

4. Включити урологів/инь до переліку обов'язкових лікарів/ок, залучених до медичного огляду військовозобов'язаних і ветеранів перед проходженням ВЛК, та забезпечити обов'язкове та системне врахування їхніх висновків під час ухвалення рішень щодо ступеня придатності людини до різних видів військової служби.

---

5. Розробити чіткі протоколи огляду і документування стану здоров'я сечостатевої системи, зокрема чоловічої, включно з рекомендаціями щодо обстежень і лікування, щоб усі дані були доступні під час повторних процедур ВЛК.

---

6. Сформувати маршрут сексуальної реабілітації, перелік спеціалістів і спеціалісток.



04

**Список  
джерел  
та додаток**



# Список джерел

1. Верховна Рада України. (1992). *Про військовий обов'язок і військову службу* (Закон України № 2232-XII від 25 березня 1992 року). [zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12)
2. Ветеран Хаб, Принцип, Простір можливостей, Юридична сотня. (2025). *Оновлена концепція ветеранської політики* [veteranspolicy.org.ua](http://veteranspolicy.org.ua)
3. Ветеран Хаб. (2023). *Сексуальне життя воїнів після поранень: Дослідження сексуального та інтимного досвіду у військових/ветеранів з пораненнями та їх партнерів.* [resex.veteranhub.com.ua](http://resex.veteranhub.com.ua)
4. Ветеран Хаб. (2023). *Мапа Шляху ветеранів та ветеранок.* [veteranhub.com.ua/veteran-way](http://veteranhub.com.ua/veteran-way)
5. Ветеран Хаб. (2023). *Шлях ветеранів та ветеранок: Дослідження про досвід війни та повернення до цивільного життя.* [veteranhub.com.ua/wp-content/uploads/2024/10/doslidzhennia-shliakh-veteraniv-ta-veteranok.pdf](http://veteranhub.com.ua/wp-content/uploads/2024/10/doslidzhennia-shliakh-veteraniv-ta-veteranok.pdf)
6. Ветеран Хаб. (2023). *Добробут.* [veteranhub.com.ua/dobrobut](http://veteranhub.com.ua/dobrobut)
7. Елліс, К., & Деннісон, К. (2014). *Секс та близькість для поранених ветеранів. Посібник на шляху сприйняття змін.* EnableMe. [enableme.org/countrys/ukraine/topics/well-being/relationships/Секс\\_та\\_близькість\\_для\\_поранених\\_ветеранів.pdf](http://enableme.org/countrys/ukraine/topics/well-being/relationships/Секс_та_близькість_для_поранених_ветеранів.pdf)
8. Київський соціологічний центр. (2024). *Флешбеки, стратегії: що допомагає керувати та запобігати.* [k-s.org.ua/resources/blog/fleshbiky-strategiyi-shcho-dopomagat-keruvaty-ta-zapobigaty](http://k-s.org.ua/resources/blog/fleshbiky-strategiyi-shcho-dopomagat-keruvaty-ta-zapobigaty)
9. Кон, І. (2003). Чоловіки, які змінюються у мінливому світі. *Незалежний культурологічний часопис «І»*, (27), 7–48. [ji.lviv.ua/n27texts/kon.htm](http://ji.lviv.ua/n27texts/kon.htm)
10. Міністерство охорони здоров'я України. *Настанова № 3362.* [guidelines.moz.gov.ua/documents/3362](http://guidelines.moz.gov.ua/documents/3362)
11. Міністерство охорони здоров'я України. (2025). *Про утворення робочої групи з розробки Порядку надання реабілітаційної допомоги при станах, які супроводжуються статевою дисфункцією* (Наказ МОЗ України №1546 від 9 жовтня 2025 року). [moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-09-10-2025-1546-pro-utvorennya-robochoyi-grupi-z-rozrobki-poryadku-nadannya-reabilitacijnoyi-dopomogi-pri-stanah-yaki-suprovodzhuyutsya-statevoyu-disfunkciyeyu](http://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-09-10-2025-1546-pro-utvorennya-robochoyi-grupi-z-rozrobki-poryadku-nadannya-reabilitacijnoyi-dopomogi-pri-stanah-yaki-suprovodzhuyutsya-statevoyu-disfunkciyeyu)

12. Федорець, С. (2023). Психосексуальні основи сексуальної реабілітації військових, ветеранів та цивільних з інвалідністю. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 3(71), 199–207. [doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-199-207](https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-199-207)
13. Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна». (2023, 5 липня). *Як на людину впливає досвід полону та тортур: що треба знати цивільним*. [lisovapoliana.com.ua/news/yak-na-lyudinu-vplivaie-dosvid-polonu-ta-tortur-shcho-treba-znati-civilnim](https://lisovapoliana.com.ua/news/yak-na-lyudinu-vplivaie-dosvid-polonu-ta-tortur-shcho-treba-znati-civilnim)
14. Berga, S. L., & Smith, Y. R. (2012). *Handbook of neuroendocrinology*. Elsevier. [scencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/libido](https://scencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/libido)
15. Breyer, B. N., Cohen, B. E., Bertenthal, D., Rosen, R. C., Neylan, T. C., & Seal, K. H. (2014). Sexual dysfunction in male Iraq and Afghanistan war veterans: Association with posttraumatic stress disorder and other combat-related mental health disorders: A population-based cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 75–83. [doi.org/10.1111/jsm.12201](https://doi.org/10.1111/jsm.12201)
16. Brundage, J. A., Williams, R. D., Powell, K., Raab, J., Engler, C., Rosin, N., & Sepahpanah, F. (2020). An interdisciplinary sexual health rehabilitation program for veterans with spinal cord injury: Case reports. *Sexuality and Disability*, 38, 343–353. [doi.org/10.1007/s11195-020-09629-0](https://doi.org/10.1007/s11195-020-09629-0)
17. Cross, C. L., & Weeks, G. R. (2007). Sex, sexuality, and sensuality. In *Low-cost approaches to promote physical and mental health* (pp. 385–394). Springer. [doi.org/10.1007/0-387-36899-X\\_19](https://doi.org/10.1007/0-387-36899-X_19)
18. Ellis, K. M., Nordstrom, M. J., Bach, K. E., et al. (2021). Sexuality and intimacy rehabilitation for the military population: Case series. *Sexuality and Disability*, 39, 231–243. [doi.org/10.1007/s11195-021-09680-5](https://doi.org/10.1007/s11195-021-09680-5)
19. Godelier, M. (2003). What is a sexual act? *Anthropological Theory*, 3(2), 179–198. [doi.org/10.1177/1463499603003002004](https://doi.org/10.1177/1463499603003002004)
20. Goettsch, S. L. (1989). Clarifying basic concepts: Conceptualizing sexuality. *The Journal of Sex Research*, 26, 249–255. [doi.org/10.1080/00224498909551509](https://doi.org/10.1080/00224498909551509)
21. Grayson, M. (1950). The concept of "acceptance" in physical rehabilitation. *Military Surgery*, 107(3), 221–226.
22. Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 241–250. [doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00409.x)

23. Helmer, D. A., Beaulieu, G., Powers, C., Houlette, C., Latini, D., & Kauth, M. (2015). Perspectives on sexual health and function of recent male combat veterans of Iraq and Afghanistan. *Sexual Medicine*, 3(3), 137–146. [doi.org/10.1002/sm2.62](https://doi.org/10.1002/sm2.62)
24. Hosain, G. M., Latini, D. M., Kauth, M., Goltz, H. H., & Helmer, D. A. (2013). Sexual dysfunction among male veterans returning from Iraq and Afghanistan: Prevalence and correlates. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 516–523. [doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02978.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02978.x)
25. Javid, S. F., & Yusuf, R. (2024). Invisible disabilities. In G. Bennett & E. Goodall (Eds.), *The Palgrave Encyclopedia of Disability*. Palgrave Macmillan. [doi.org/10.1007/978-3-031-40858-8\\_299-1](https://doi.org/10.1007/978-3-031-40858-8_299-1)
26. Keeling, M., Harcourt, D., White, P., Evans, S., Williams, V. S., Kiff, J., et al. (2025). Body image and appearance distress among military veterans and civilians with an injury-related visible difference: A comparison study. *PLoS ONE*, 20(2). [doi.org/10.1371/journal.pone.0305022](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305022)
27. Kimerling, R., Street, A. E., Pavao, J., Smith, M. W., Cronkite, R. C., Holmes, T. H., & Frayne, S. M. (2010). Military-related sexual trauma among Veterans Health Administration patients returning from Afghanistan and Iraq. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1409–1412. [doi.org/10.2105/AJPH.2009.171793](https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.171793)
28. Lee, H., Pyo, J., Ock, M., & Kim, H. J. (2024). Qualitative case study on the disability acceptance experiences of soldiers with disabilities. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1), 2350081. [doi.org/10.1080/17482631.2024.2350081](https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2350081)
29. Liamputtong, P. (2007). Traditional interviewing research methods appropriate for researching vulnerable people. In *Researching the vulnerable: A guide to sensitive research methods* (pp. 95–117). SAGE Publications. [doi.org/10.4135/9781849209861.n5](https://doi.org/10.4135/9781849209861.n5)
30. Lopez, V., & Whitehead, D. (2013). Sampling data and data collection in qualitative research. In *Nursing & midwifery research: Methods and appraisal for evidence-based practice* (4th ed., pp. 123–140). Elsevier Mosby.
31. McCarthy, J. R., Doolittle, M., & Sclater, S. D. (2012). *Understanding family meanings: A reflective text*. Bristol University Press. [doi.org/10.2307/j.ctt1t89hkr](https://doi.org/10.2307/j.ctt1t89hkr)
32. Neilson, E. C., Singh, R. S., Harper, K. L., & Teng, E. J. (2020, January 27). Traditional masculinity ideology, posttraumatic stress disorder (PTSD) symptom severity, and treatment in service members and veterans: A systematic review. *Psychology of Men & Masculinities*. Advance online publication. [dx.doi.org/10.1037/men0000257](https://dx.doi.org/10.1037/men0000257)

33. Plummer, K. (2008). Studying sexualities for a better world? Ten years of sexualities. *Sexualities*, 11(1–2), 7–22. [doi.org/10.1177/1363460707085448](https://doi.org/10.1177/1363460707085448)
34. Potts, A. (2000). 'The essence of the hard on': Hegemonic masculinity and the cultural construction of 'erectile dysfunction'. *Men and Masculinities*, 3(1), 85–103. [doi.org/10.1177/1097184X00003001004](https://doi.org/10.1177/1097184X00003001004)
35. Shamdasani, S. (2005). Libido. *The Lancet*, 365(9454), 115. [doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)17687-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)17687-9)
36. Sun, H. (2018). Prosthetic configurations and imagination: Dis/ability, body, and technology. *Concentric: Literary and Cultural Studies*, 44(1), 13–39. [doi.org/10.6240/concentric.lit.201803\\_44\(1\).0002](https://doi.org/10.6240/concentric.lit.201803_44(1).0002)
37. Tepper, M. S. (1999). Letting go of restrictive notions of manhood: Male sexuality, disability and chronic illness. *Sexuality and Disability*, 17(1), 37–52. [doi.org/10.1023/A:1021451712988](https://doi.org/10.1023/A:1021451712988)
38. Tepper, M. S. (2014). Sexual healthcare for wounded warriors with serious combat-related injuries and disabilities. *Sexual Medicine Reviews*, 2(2), 64–74. [doi.org/10.1002/smrv.24](https://doi.org/10.1002/smrv.24)
39. Volosheniuk, T. V. (2024). A post-traumatic stress disorder in military servicemen and war veterans. *News of Pharmacy*, 107(1), 131–135. [doi.org/10.24959/nphj.24.134](https://doi.org/10.24959/nphj.24.134)
40. Wolf, N. (2002). *The beauty myth: How images of beauty are used against women*. HarperPerennial.
41. Wong, D. W., Hall, K. R., Justice, C. A., & Hernandez, L. W. (2014). *Counseling individuals through the lifespan*. SAGE Publications. [books.google.co.uk/books?id=dnYcBgAAQBAJ](https://books.google.co.uk/books?id=dnYcBgAAQBAJ)
42. World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th revision). [icd.who.int/browse10/content/statichtml/icd10volume2\\_en\\_2016.pdf](https://icd.who.int/browse10/content/statichtml/icd10volume2_en_2016.pdf)
43. World Health Organization. (2021). *WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen* (6th ed.). [who.int/publications/i/item/9789240030787](https://who.int/publications/i/item/9789240030787)
44. World Health Organization. (2026, February 4). *Defining sexual health*. [who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health](https://who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health)
45. World Health Organization. *Sexual health*. [who.int/health-topics/sexual-health](https://who.int/health-topics/sexual-health)

# Додаток

## Інформація про респонденток і респондентів глибоких інтерв'ю

№	Тип поранення	Вік	Гендер
1	Черепно-мозкова травма; опікові травми; травма верхньої кінцівки; уламкові поранення; травми обличчя (щелепно-лицева ділянка, ушкодження м'яких тканин); травма органів зору; акубаротравма; травма органів слуху	26–35	чоловік
2	Черепно-мозкова травма; травми тазу/статевих органів; травми двох нижніх кінцівок зі втратою частини м'язів; уламкові поранення	26–35	чоловік
3	Черепно-мозкова травма	26–35	чоловік
4	Ампутація в ділянці нижніх кінцівок	36–45	чоловік
5	Черепно-мозкова травма; травма органів зору/слуху; мінно-вибухова травма; уламкові поранення; травми обличчя (ураження м'яких тканин); пахова грижа	26–35	чоловік
6	Поранення черевної частини, ушкодження внутрішніх органів; видалення частини кишківника	26–35	чоловік
7	Ампутація в ділянці нижньої кінцівки	26–35	чоловік
8	Черепно-мозкова травма; травми органів слуху; акубаротравма	45–60	жінка
9	Ампутація в ділянці верхньої кінцівки/ок	26–35	чоловік
10	Травма спинного мозку (парези, паралічі, втрата чутливості)	26–35	чоловік
11	Ампутація в ділянці нижньої кінцівки/ок; акубаротравма; травма органів слуху	26–35	чоловік
12	Травма внаслідок несення військової служби: травма хребта	45–60	чоловік
13	Ампутація в ділянці нижньої кінцівки; поранення черевної частини, ушкодження внутрішніх органів; травма верхньої кінцівки	36–45	чоловік

№	Тип поранення	Вік	Гендер
14	Черепно-мозкова травма; ампутація в ділянці двох нижніх кінцівок; травми тазу; травми органів зору; гемоторакс (поранення легенів); опікові травми; травми обличчя (щелепно-лицева ділянка); поранення черевної частини, ушкодження внутрішніх органів; поранення хребта	26–35	чоловік
15	Черепно-мозкова травма; травма нижньої кінцівки; уламкові дрібні поранення; акубаротравма	36–45	чоловік
16	Травма спинного мозку (парези, паралічі, втрата чутливості); гемоторакс; травма верхньої кінцівки	26–35	чоловік
17	Черепно-мозкова травма, паралізовані верхні/нижні кінцівки	26–35	чоловік
18	Черепно-мозкова травма; численні уламкові поранення; опікові травми; травми органів слуху; травма нижньої кінцівки; акубаротравма; травми тазу	45–60	чоловік
19	Черепно-мозкова травма; акубаротравма; мінно-вибухова травма; травма нижньої кінцівки	26–35	чоловік
20	Черепно-мозкова травма; травми органів зору/слуху; мінно-вибухова травма; уламкові поранення	26–35	жінка
21	Травми органів зору; травми органів слуху; численні уламкові поранення; мінно-вибухова травма; травма нижньої кінцівки; ампутація обох верхніх кінцівок	36–45	чоловік
22	Травми органів зору; травми органів слуху; ампутація в ділянці верхньої кінцівки/ок; ампутація в ділянці нижньої кінцівки/ок; перелом нижньої кінцівки	26–35	чоловік
23	Черепно-мозкова травма (закрита); травми органів зору/слуху; опікові травми; численні уламкові поранення; травми тазу/статевих органів	26–35	чоловік
24	Травма верхньої кінцівки	18–25	чоловік
25	Травми органів слуху; травма плечового суглоба	45–60	чоловік
26	Черепно-мозкова травма, травми органів зору/слуху, мінно-вибухова травма; численні уламкові поранення	26–35	чоловік
27	Акубаротравма; ПТСР	> 60	чоловік