ВІННИЦЬКИЙ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ
УНІВЕРСИТЕТУ «УКРАЇНА»
Кафедра соціальних технологій

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття

освітньо-кваліфікаційного ступеня МАГІСТР

на тему:

СПЕЦИФІКА РОБОТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Виконав: здобувач 2-го курсу, групи СР-22-2м-vn
Галузь знань 23 «Соціальна робота»
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
_____ Кардаш Дмитро Валерійович
(підпис)
Керівник _____д.пед.н.,проф. Давиденко Г.В.
(підпис)
Рецензент _____ _____
(підпис)

Дипломна робота допущена до захисту рішенням кафедри соціальних технологій протокол № __ від «__» _____2023 р.
Завідувач кафедри соціальних технологій _____ к.п.н., доц. Костенко Н.І.

Вінниця – 20___ р.

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ 6

1.1. Етапи становлення та розвитку реабілітаційних центрів у світовій практиці 6

1.2. Розробка центрів реабілітації для осіб з обмеженими можливостями в Україні 16

1.3. Експертиза відбору осіб з обмеженими можливостями для програм професійної реабілітації у спеціалізованих центрах 25

РОЗДІЛ 2. РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ІЗ ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ: КОНЦЕПЦІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ 36

2.1. Нормативне регулювання соціальної реабілітації осіб із обмеженими можливостями 36

2.2. Наукова та класифікаційна характеристика реабілітаційних центрів 48

2.3. Науковий аспект індивідуальної реабілітаційної програми для осіб з інвалідністю та оцінка її результативності 57

РОЗДІЛ 3. РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПОСЛУГИ ДЛЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ: СУЧАСНИЙ СТАН 70

3.1. Оцінка доступності та якості реабілітаційних послуг у 2023 році 70

ВИСНОВОК 81

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 83

ВСТУП

Тема «Специфіка роботи реабілітаційних центрів для людей з інвалідністю» є надзвичайно актуальною в сучасному суспільстві в умовах війни, оскільки стосується проблем соціальної інтеграції та покращення якості життя осіб з інвалідністю, чисельність яких стрімко зростає. Розгляд означеної тематики дозволяє дослідити основні аспекти формування та функціонування реабілітаційних центрів, оцінити ефективність їхньої роботи та запропонувати вдосконалення для покращення надання реабілітаційних послуг.

У зазначених наукових дослідженнях, включаючи праці М.Л. Авраменко, Д.А. Кузнєцова, Н.В. Заварової та інших, звертається увага на різні аспекти реабілітації осіб з інвалідністю. Це включає аналіз організації лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичних процедур у реабілітаційних центрах, адаптацію середовища для маломобільних верств населення, а також експертизу відбору людей з інвалідністю для програм професійної реабілітації.

Україна має стандартні нормативи та законодавство, які регулюють сферу соціальної реабілітації осіб з інвалідністю. Аналіз цих нормативів в контексті дослідження може надати важливі висновки щодо необхідності їхнього вдосконалення та адаптації до сучасних викликів і потреб людей з інвалідністю.

Класифікаційна характеристика реабілітаційних центрів важлива для зрозуміння їхньої специфіки та можливостей. Аналіз реабілітаційних послуг для осіб з інвалідністю, їхній стан та ефективність надання є ключовими елементами в оцінці ефективності роботи цих центрів та визначенні шляхів їхнього вдосконалення.

Врешті-решт, розгляд реабілітаційних послуг для осіб з інвалідністю у 2023 році та їхній аналіз є важливим для поліпшення якості життя цієї групи населення та розвитку більш інклюзивного суспільства. Забезпечення доступності, якості та ефективності реабілітаційних послуг становить велике завдання для сучасного суспільства.

Мета дослідження є вивчення специфіки роботи реабілітаційних центрів для людей з інвалідністю в Україні та проведення аналізу реабілітаційних послуг для цільової аудиторії.

Завдання дослідження є**:**

- дослідити історичний розвиток реабілітаційних центрів;

- розглянути процедури та критерії відбору осіб з обмеженими можливостями для реабілітаційних програм;

- дослідити існуючі нормативи та законодавство, які регулюють роботу реабілітаційних центрів в Україні;

- провести аналіз реабілітаційних послуг, які надаються в реабілітаційних центрах для осіб з інвалідністю.

Об'єктом дослідження є реабілітаційні центри для людей з інвалідністю.

Предметом дослідження є специфіка роботи реабілітаційних центрів, основи формування цих центрів, класифікаційна характеристика реабілітаційних центрів та реабілітаційні послуги для осіб з інвалідністю.

Теоретична основа. Дослідження ґрунтується на теоретичних концепціях реабілітаційної роботи та моделях формування реабілітаційних центрів. Враховується сучасний підхід до реабілітації, орієнтований на індивідуалізацію підходів та комплексне врахування потреб людей з інвалідністю.

Гіпотеза дослідження. Припускається, що оптимально створені та організовані реабілітаційні центри можуть визначено підвищити якість життя та самостійність осіб з обмеженими можливостями. Гіпотеза також передбачає, що ретельний аналіз концепцій та організації роботи реабілітаційних центрів може виявити оптимальні підходи до забезпечення ефективної реабілітаційної підтримки.

Методи дослідження. Дослідження використовує комбінацію методів, включаючи аналіз літератури, документальний аналіз стандартів та програм, а також емпіричні методи, такі як опитування фахівців і користувачів

реабілітаційних послуг, спостереження та аналіз статистичних даних щодо результатів реабілітації.

Публікації. Кардаш Д., Костенко Н. Закономірності соціально-педагогічної реабілітації людей з обмеженими функціональними можливостями. «Актуальні проблеми соціальної педагогіки та соціальної роботи»: Всеукр. наук.-практ. конф., м. Умань, 12 жовт. 2023 р. Умань, 2023. С. 127–131.

Кардаш Д. РОБОТА З ЛЮДЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ЯК ПРОФЕСІЙНЕ ЗАВДАННЯ ФАХІВЦЯ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ / Наука і навчальний процес (подано до друку).

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (69 найменувань). Загальний обсяг складає 90 сторінки, з них 81 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

1.1. Етапи становлення та розвитку реабілітаційних центрів у світовій практиці

В сучасному світі реабілітація є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я та соціальної підтримки. Реабілітаційні центри, які спеціалізуються на відновленні функцій і якості життя людей, стали ключовими установами для забезпечення допомоги та підтримки пацієнтам після травм, хвороб, а також для покращення життя осіб з обмеженими можливостями.

Історія розвитку реабілітаційних центрів свідчить про поступовий процес їх становлення і трансформації від ізольованих закладів до інтегрованих комплексів, спрямованих на досягнення найкращих результатів для клієнтів. Понимання ролі реабілітації, методи лікування та підходи до роботи з різними категоріями пацієнтів постійно змінюються та вдосконалюються.

Ми пропонує розглянути етапи становлення та розвитку реабілітаційних центрів у світовій практиці, відокремлюючи ключові події та тенденції, які сприяли їхньому розвитку. Досліджуючи ці етапи, можна краще зрозуміти сучасну роль реабілітації в охороні здоров'я та соціальній сфері, а також передбачити можливі напрямки її майбутнього розвитку.

Для тих, хто з'явився на світ у 21 столітті, може здатися, що суспільство завжди відзначалося відносною турботою та активною підтримкою щодо осіб з обмеженими можливостями. В історичному контексті, у різних частинах різних країн існували області, де, фактично, ця турбота проявлялася через діяльність певних інституцій, таких як церква та інші некомерційні організації. Деякі культури навіть високо цінили осіб з обмеженими можливостями та ставилися до них з повагою.

Реабілітація (походить від лат. rehabilitatio, f (re — основа + habilitas — здібність, здатність, спроможність, придатність, відновлення) описується наступним чином:

1) Відновлення правового статусу осіб з обмеженими можливостями;

2) Комплексний набір медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму та працездатності осіб, що мають хвороби та інвалідність [33].

Реабілітація визначається як процес сприяння поверненню осіб із пониженою працездатністю, обумовленою різними медичними станами (такими як туберкульоз, геміплегія, поліомієліт і інші), або інвалідністю (поранення, нещасні випадки і т. д.), до корисної трудової діяльності шляхом надання необхідних засобів і підтримки, таких як навчання, перекваліфікація та медичні процедури (фізіотерапія, масаж, бальнеотерапія і інше) [17].

Реабілітацію розглядають як процес, спрямований на включення та соціальну реінтеграцію осіб з обмеженими можливостями в суспільство. Ця сфера діяльності вважається не лише складною проблемою сфери охорони здоров'я, але й важливою складовою соціальної політики держави [55].

Реабілітація, за визначенням Курта Вінтера, означає «цілеспрямовану діяльність колективу в медичному, педагогічному та економічному контекстах з метою збереження, відновлення та розвитку здатностей людини до активної участі у суспільному житті» [55].

Світова організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає реабілітацію як «комбіноване та координоване використання медичних, соціальних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки та перепідготовки особи до досягнення максимальної працездатності». Реабілітація включає в себе заходи, спрямовані на зменшення негативного впливу факторів та умов, що призводять до фізичних або інших дефектів, і забезпечення можливостей для індивідів для інтеграції в суспільство [46].

Реабілітація спрямована не лише на тренування осіб із обмеженими можливостями для їхньої адаптації до навколишнього середовища, але також

передбачає втручання в їхнє безпосереднє оточення і суспільство загалом з метою підтримки їх соціальної інтеграції. Особи з обмеженими можливостями, їхні сім'ї та оточення, в якому вони живуть, повинні брати участь у процесі планування та впровадження заходів реабілітації.

Наприклад, Галлахер [1] зауважує, що серед народів Західної Африки діти з особливими потребами часто розглядалися як особливий дар від надприродних сил і у деяких випадках навіть приносили щастя. Дорослих із фізичними вадами часто обирали на посади державних констеблів. З іншого боку, серед народів Східної Африки вважалося, що діти з особливими потребами можуть пом'якшувати вплив злих духів, які, у свою чергу, захищають інших від нещастя.

На жаль, ці позитивні погляди були винятками. У ході історії ставлення до людей з особливими потребами переважали громадські страхи, нетерпимість, двоїсті стандарти, забобони та відмова розуміти їхні особливості. За століття людей з особливими потребами піддавали насильству, знущанню, ізоляції та дискримінації. Дітей з особливими потребами знущались, голодували, піддували поганим умовам, піддували до тортур, фізично побили, кували у ланцюги, садили у клітки, катували, псували газом, розстрілювали, стерилізовували, тримали на складі і засипали, вішали і використовували для розваги[61].

Дивовижно, але багато з цих жахливих практик існували до закінчення Другої світової війни, і, незважаючи на те, що в останній половині 20 століття таке жорстоке поводження стало менш поширеним, випадки жорстокостей по відношенню до людей з обмеженими можливостями відбуваються в різних куточках світу і сьогодні.

Гостін [63, с. 906-913] вказує, що, незважаючи на ухвалення Принципів захисту людей з психічними захворюваннями Організацією Об'єднаних Націй у 1991 році, а також прийняття Конвенції ООН про права осіб з обмеженими можливостями у 2006 році, люди з психічними захворюваннями по всьому світу і досі стикаються з жорстоким обходженням та проживають у

недостойних умовах, включаючи перебування в ув'язненні, безпритульність та проживання в умовах соціальних сховищ.

Питання про те, чому історично ставлення до людей з обмеженими можливостями було настільки жорстоким, є складним і має багато різних аспектів. В першу чергу це було обумовлено їх знеціненням та сприйняттям їх як менш цінних осіб. В різні епохи немовлят з фізичними або психічними вадами залишали на смерть з різних причин, включаючи економічні та релігійні мотиви [62]. Наприклад, серед населення Суданського королівства, дітей з вадами викидали в печери або кущі, вважаючи, що вони були одержимі злими духами. Платон і Аристотель виправдовували дітовбивство з євгенічних та економічних міркувань, стверджуючи, що діти з обмеженими можливостями були обтяжливими для ресурсів суспільства. Існують археологічні та антропологічні докази того, що люди з вадами хребта іноді доживали до дорослого віку, але зазвичай їхнє життя не досягало нормальної тривалості, особливо в ранні епохи цивілізацій [68].

Венцмер дав інформацію про докази обмеженого фізичного стану в давньокам'яному столітті, в тому числі знахідки останків людей із хворобами хребта, вивихом стегна та спинальним туберкульозом. Наявність таких фізичних вад свідчить про те, що навіть в ті давні часи близькі родичі вже турбувалися про своїх близьких із подібними хворобами. Оскільки в той час відсутні були адаптивні пристрої, такі як реабілітаційні засоби чи ходунки, припускається, що члени сімей без фізичних обмежень допомагали пересувати своїх родичів із обмеженими можливостями з місця на місце. Незважаючи на всі труднощі, деякі люди з обмеженими можливостями виживали в ці давні часи, навіть без наявності медичного розуміння та технологій. Але, на жаль, багато з них вмирало від ускладнень, таких як інфекції, незабаром після народження, або їх вбивали з різних економічних чи релігійних мотивів.

У греків існувала концепція єдності тіла і душі, і будь-яке ушкодження тіла (інвалідність) вважалося також ушкодженням душі. Дітей з фізичними вадами вбивали як євгенічний захід, як це стверджував Платон, або з

економічних міркувань, які підтримував Аристотель. Поєднання тіла та душі у греків також призводило до релігійних страхів, оскільки багато людей вірило, що інвалідність є покаранням від Бога за гріхи. Особливо ця переконаність була актуальною для людей з психічними захворюваннями, яких вважали одержимими демонами. Гіппократ, грецький лікар, відхилив цю ідею та вважав, що причина психічних захворювань полягає в екологічних факторах і порушеннях роботи мозку. Він заснував перший санаторій для родин, члени яких страждали від психічних захворювань [63]. Проте інші люди з психічними захворюваннями зазнали жорстокостей, включаючи голод, кайдани, бійки, ув'язнення у клітки та вбивство. Немовлят з обмеженими можливостями також часто вбивали в грецькому та римському суспільствах. Проте грекам, які ставали особами з обмеженими можливостями, дозволялося жити, і вони часто ставали жебраками, тоді як деякі люди з розумовою відсталістю були використовувані багатими римлянами як розвагу в ролі придворних.

У своєму дослідженні, Сигерист [67], визначив чотири відмінних підходи до інвалідності в ранньому історичному контексті. Стародавні євреї інтерпретували інвалідність як божественне покарання за гріх. Греки розглядали інвалідність як питання, пов'язане з економікою та соціальним статусом, і тому особи з обмеженими можливостями, які часто були в бідності, розглядалися як соціально неповноцінні. У християнстві інвалідність сприймалася як прокляття або одержимість, і, відповідно, потребувала молитви та благодійності. Навіть у сучасному світі, де багато людей розглядають інвалідність переважно як клінічний стан, органічну хронічну хворобу або порушення фізіології, все ще існують ті, які вважають, що інвалідність виникає через гріх.

У медицинській сфері термін «реабілітація» було вперше використаний на початку XX століття. У 1903 році Франц Йозеф Раттер фон Бус вперше використовував цей термін у книзі «Система загального піклування над бідними» з метою опису благодійної діяльності. Щодо осіб з фізичними вадами, термін «реабілітація» став вживатися з 1918 року, що було пов'язано з

діяльністю Інституту Червоного Хреста для осіб з обмеженими можливостями в Нью-Йорку. Розвиток фізичної реабілітації в сучасному розумінні цього терміну був сприяний двома ключовими історичними подіями: епідемією поліомієліту від 1890-х до 1950-х років і наслідками двох світових воєн. Починаючи з 1909 року, була розпочата статистика з хворих на поліомієліт, і в 1916 році в Нью-Йорку сталася велика епідемія цього захворювання, у результаті якої захворіло понад дев'ять тисяч осіб. На той час лікування поліомієліту включало тривалу іммобілізацію та ліжковий режим, що спричиняло атрофію м'язової системи. Для подолання наслідків хвороби було впроваджено методи, такі як масаж і лікувальна фізична терапія [31, с. 3].

У Сполучених Штатах поступово формувалася більш гуманна спрямованість і надання послуг для людей з обмеженими можливостями. По завершенні Першої світової війни був прийнятий Закон Сміта-Хьюза в 1917 році, який передбачав виділення фінансування для професійної підготовки промислових робітників, які стали особами з інвалідністю у результаті війни. Цей закон визнавав потенціал осіб з обмеженими можливостями для професійного навчання. В 1918 році був прийнятий Закон про реабілітацію солдатів, спрямований на професійну реабілітацію ветеранів із фізичними обмеженнями [10].

Проте питання про необхідність аналогічної програми для цивільних осіб залишалося відкритим протягом двох років, до того часу, коли був прийнятий Закон Сміта-Фесса у 1920 році. Цей закон передбачав федеральне фінансування програми професійної реабілітації та пропонував поділ фінансових ресурсів між федеральним урядом і штатами на попередньому зразку 50/50 з метою залучення штатів до участі в програмі. Уотсон зауважив, що війна позитивно вплинула на ставлення до осіб з обмеженими можливостями, а також сприяла прогресу в галузі ортопедичної хірургії.

Оберманн [67] описав ставлення до сфери професійної реабілітації в 1920-х роках як патерналістське відносно до людей з обмеженими можливостями. Працівники соціальних служб дотримувалися стереотипних

уявлень про таких людей і вважали, що вони не здатні приймати професійні рішення. Тому працівники служби професійної реабілітації розглядалися як авторитарні фахівці, які не підлягали сумнівам і приймали рішення від імені клієнтів з обмеженими можливостями. Ці погляди відомі як медичні моделі та походять з парадигми, і, на жаль, деякі фахівці в галузі надання допомоги досі дотримуються цих підходів.

Політичні зміни в сфері фінансування та підтримки осіб з обмеженими можливостями значущо змінилися лише після обрання на посаду президента Франкліна Делано Рузвельта у 1932 році.

Перші програми підготовки фахівців з фізичної реабілітації були вперше запроваджені в арміях різних країн, зокрема в американській, англійській і норвезькій арміях. В процесі фізичної реабілітації використовували методи, такі як масаж, гідротерапія та лікувальна фізична культура. Варто зазначити, що у той час більшість фахівців з фізичної реабілітації в арміях були жінками. Тому не випадково першою в світі організацією фахівців з фізичної реабілітації стала Національна американська асоціація жінок-фізичних реабілітологів, заснована 15 квітня 1921 року. У той же рік був опублікований підручник «Масаж і лікувальні вправи» авторства Merry McMillan [31].

Франклін Делано Рузвельт став президентом у часи Великої депресії, і він висловив намір забезпечити економічне полегшення для безробітних, бідних та безпритульних громадян. Він втілив цей намір, підписавши історичний Закон про соціальне забезпечення в 1935 році, який також унормував федеральну програму професійної реабілітації. У своїй книзі «Чудовий обман Рузвельта,» автор Галлахер описує, як Рузвельт домовився зі ЗМІ, що його ніколи не фотографуватимуть або зніматимуть на камеру, сидячи в інвалідному візку [2, с. 25-29]. Незважаючи на те, що Рузвельт користувався інвалідним візком і ножними скобами для пересування, його завжди фотографували або знімали на трибуні або в автомобілі під час зустрічі з громадою без будь-яких допоміжних пристроїв. Він вважав, що публіка сприйматиме його як слабкого лідера, якщо дізнається, що він є людиною з обмеженими можливостями.

Друга світова війна суттєво вплинула на надання послуг, лікування та ставлення до людей з обмеженими можливостями. Важливою подією було масове призов американців у військо, що призвело до звільнення робочих місць у громадянській економіці. Під час Другої світової війни було зафіксовано найвищий рівень зайнятості серед людей з обмеженими можливостями. Принципи попиту та пропозиції вимагали, щоб роботодавці наймали на роботу людей з обмеженими можливостями, оскільки вони були необхідні для виробництва товарів для війни. Однак після закінчення війни багато повернених військовослужбовців витіснили працівники з обмеженими можливостями, що призвело до зростання рівня безробіття серед цієї категорії населення, яке залишається високим і досі становить близько 70%.

Після Другої світової війни продовжували розвиватися медичні досягнення, що сприяло збільшенню тривалості життя деяких осіб з обмеженими можливостями, особливо тих, хто мав фізичні порушення, такі як пошкодження спинного мозку. У 1943 році був прийнятий Закон Бардена-Лафоллетта, який розширив реабілітаційні послуги для осіб із розумовою відсталістю та психічними захворюваннями. Також у 1954 році були внесені поправки до Закону про професійну реабілітацію, які розширили послуги для осіб із розумовою відсталістю та психічними захворюваннями.

Ці зміни також призвели до виділення фінансування університетам для підготовки фахівців з реабілітації, які спеціалізуються на професійному консультуванні для осіб з обмеженими можливостями.

У 1958 році на засіданні Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров’я було відзначено важливість впровадження реабілітації для зменшення негативних фізичних, психічних та соціальних наслідків захворювань, а також вказано на доцільність розвитку реабілітаційних послуг. Розпочалася підготовка фахівців у галузі реабілітації в університетах, і Варшавська медична академія була однією з перших у світі, що відкрила кафедру та клініку реабілітації у 1961 році. Спеціалісти з реабілітації стали підготовлюватися також в Англії, Данії та інших країнах [31, с. 5-7].

Рух реабілітації поступово отримав міжнародне визнання, і в 1960 році була створена міжнародна організація з реабілітації осіб із обмеженими можливостями, яка об'єднала близько 60 країн із різних континентів. Ця організація взаємодіє з ООН, Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Всесвітньою організацією охорони праці. Міжнародна організація з реабілітації осіб із обмеженими можливостями швидко розширила свою діяльність і продовжує інтенсивно працювати.

Закон про реабілітацію 1973 року став історичним з кількох причин. По-перше, президент Річард Ніксон не підтримував професійну реабілітацію та прагнув скоротити її фінансування. Він раніше двічі ветував законопроекти щодо створення незалежних центрів проживання, але у 1973 році погодився фінансувати комплексну оцінку потреб та шість демонстраційних проектів незалежних центрів проживання [8].

Під час Другої світової війни лікування тяжко поранених, обпалених та скалічених військовослужбовців та цивільних осіб спрямовувалося на їхнє повернення до військових дій. Якщо це було неможливо, то принаймні намагалися зменшити їхню залежність від державної чи добровільної допомоги на все життя. Це також відкрило нові можливості для осіб з інвалідністю і було важливим кроком, що вказував на те, що інвалідність більше не розглядається як перешкода для працевлаштування на будь-якому рівні. Наприклад, Дуглас Бадер, який втратив обидві ноги внаслідок нещасного випадку у 1931 році, був прийнятий на посаду пілота RAF.

Цей новий підхід до реабілітації справді відкрив нові горизонти для лікування та підтримки людей з обмеженими можливостями. Медичні та хірургічні втручання стали тільки початком шляху до відновлення фізичної форми і життєвих навичок. Професія фізіотерапевта отримала великий розвиток, і штучні або протезні кінцівки стали більш доступними завдяки значним досягненням у цій області. Цей підхід допоміг людям з обмеженими можливостями повертатися до активного життя та спільноти.

Після Другої світової війни велика мережа реабілітаційних центрів розпочала надавати послуги для осіб з інвалідністю, зокрема для колишніх військовослужбовців та жінок. Поступово нові підходи до реабілітації стали застосовувати до цивільних осіб, що відкрило нові можливості для того, щоб інвалідність не була тягарем для працевлаштування та активної участі у суспільстві.

З відкриттям промислового реабілітаційного центру у Сурреї в 1946 році для цивільних осіб було надано професійну орієнтацію та цілеспрямоване навчання у різних галузях, таких як будівництво, ремонт взуття та роздрібна торгівля. Такі центри допомагали людям навчатися новим навичкам та знаходити сфери занять, в яких вони могли б стати успішними.

Розвиток реабілітаційної діяльності та підтримки осіб з обмеженими можливостями був важливим кроком у створенні більш інклюзивного та сприятливого суспільства для людей із інвалідністю [66].

Реабілітаційні служби та програми в Великобританії грали важливу роль у підтримці осіб з інвалідністю та їхнього працевлаштування після Другої світової війни. В період після війни, коли особи з інвалідністю поверталися додому, багато з них потребували медичної реабілітації та професійної підтримки, щоб повернутися до активного життя і працевлаштування.

Спершу багатство реабілітаційних служб перейшло у відання Національної служби охорони здоров’я (NHS), яка була створена в 1948 році. Це включало Службу реабілітації шахтарів, яка надавала послуги особам з інвалідністю у вугільних регіонах. У цей період було відзначено значний прогрес у реабілітаційних методиках та технологіях, зокрема в галузі навичок повсякденного життя та розробки пристроїв та інвалідних крісел.

У 1960-х роках дослідницький відділ, розташований на базі ортопедичної лікарні Наффілд в Оксфорді, став піонером в розробці нових реабілітаційних методик та пристроїв для полегшення повсякденного життя осіб з інвалідністю.

Також важливим етапом було створення мережі фабрик Remploy, які були призначені для працевлаштування осіб з інвалідністю. Вони виробляли

різноманітну продукцію, допомагаючи особам з інвалідністю отримати робочий досвід та працевлаштуватися. Велике значення мали ініціативи щодо реєстрації роботодавців, які зобов'язували їх приймати на роботу певний відсоток осіб з інвалідністю.

Ці заходи сприяли інтеграції осіб з обмеженими можливостями в суспільне життя та працевлаштуванню, а також сприяли зменшенню залежності від державної підтримки.

В цій історії видно прагнення створити суспільство, в якому обмежена можливість не є перешкодою для активного участі в житті та працевлаштуванні, і де особи з обмеженими можливостями мають можливість брати участь в економічному та соціальному розвитку [10].

Такі відомі особи з обмеженими можливостями, як політик Девід Бланкетт, учений Стівен Хокінг та спортсменка Танні Грей-Томпсон, досягли вершин у своїх професіях. Проте безробіття серед осіб з обмеженими можливостями залишається серйозною проблемою.

1.2. Розробка центрів реабілітації для осіб з обмеженими можливостями в Україні

Розробка центрів реабілітації для осіб з обмеженими можливостями є актуальною та важливою проблемою в Україні. У нашій країні існує значна кількість людей з різними видами інвалідності, які потребують якісної підтримки та реабілітаційних послуг для поліпшення свого фізичного, психологічного та соціального стану. Відповідно до останніх статистичних даних та звітів, більше 12% населення України мають якісь види обмежень, і ця цифра продовжує зростати.

Розробка та впровадження центрів реабілітації є необхідністю, щоб забезпечити особам з обмеженими можливостями доступ до необхідних медичних, психологічних та соціальних послуг. Відправною точкою для створення таких центрів є ретельний аналіз потреб цільової аудиторії, а також

врахування найсучасніших підходів та технологій у реабілітації. Крім того, розробка центрів реабілітації сприяє створенню інклюзивного суспільства, в якому кожна людина має рівні можливості для самореалізації та покращення якості свого життя.

У даному розділі ми докладемо зусиль для розгляду ключових аспектів розробки центрів реабілітації для осіб з обмеженими можливостями в Україні, враховуючи актуальність проблеми та перспективи подальшого розвитку цієї галузі.

Перший український центр реабілітації для осіб з інвалідністю, відомий як *Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля»,* розташований у місті Вінниця. Ця установа грає важливу роль у наданні людям з інвалідністю якісної медичної, психолого-педагогічної, фізичної та професійної реабілітації [13].

Центр розпочав свою діяльність 18 квітня 2005 року, і він був заснований Міністерством праці та соціальної політики України. Директором Центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля» є Василь Володимирович Беденко.

В цьому центрі доступно 195 місць для одночасного навчання та 90 місць для проживання. Ця ємність дозволяє забезпечити реабілітацію значної кількості осіб з обмеженими можливостями, які потребують спеціалізованої допомоги.

Головною соціальною групою, яка отримує послуги реабілітації у Центрі комплексної реабілітації «Поділля», є особи працездатного віку. Ця медична установа обслуговує пацієнтів з різними рівнями фізичних обмежень (від I до III групи інвалідності) та різними видами захворювань, такими як патологія опорно-рухового апарату, центральної та периферичної нервової системи, внутрішніх органів, органів слуху та зору.

Слід зауважити, що в Центрі комплексної реабілітації «Поділля» проводиться ретельний відбір пацієнтів на основі їх потенційних професійних здібностей. Після цього надається професійна орієнтація та підготовка,

включаючи навчання в 26 робітничих професіях. Крім того, в центрі реалізується програма трудової реабілітації, спрямована на ефективне влаштування на роботу та соціальний супровід осіб, які проходять реабілітацію.

Державна реабілітаційна установа Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля» надає широкий спектр послуг у галузі медичної, психолого-педагогічної, фізичної та професійної реабілітації. Метою цих послуг є поліпшення якості життя пацієнтів і їх соціальна інтеграція в суспільство.

Другим об’єктом розгляду є *Запорізький обласний центр професійної реабілітації* [28], розташований в місті Бердянськ, Запорізька область. Цей центр був створений для важливої місії реабілітації осіб з обмеженими можливостями і почав свою діяльність з 6 листопада 2003 року під керівництвом директора Дмитра Дмитровича Пейчева.

ЗОЦПРІ має можливість надавати послуги для 50 осіб одночасно під час навчального процесу та забезпечує проживання для 30 осіб. Кількість доступних місць визначена з огляду на потреби людям з інвалідністю у спеціалізованій реабілітації.

ЗОЦПРІ спеціалізується на реабілітації повнолітніх осіб з різними рівнями інвалідності (від I до III групи) та різними видами захворювань, включаючи патологію опорно-рухового апарату, центральної та периферичної нервової системи, внутрішніх органів та систем, органів слуху та зору. Проте існують обмеження для осіб, які мають гострі інфекційні захворювання до завершення ізоляції, венеричні захворювання, захворювання у гострій, підгострій та заразній формах, епілепсія та епісиндром, а також психічні розлади.

Структура ЗОЦПРІ включає адміністрацію, відділення психолого-педагогічної та соціально-побутової реабілітації, відділення медичного спостереження та фізичної реабілітації, а також відділ господарського обслуговування.

Основною метою діяльності ЗОЦПРІ є надання комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на всебічний розвиток та оздоровлення осіб з обмеженими можливостями, розвиток їхніх знань, навичок, та незалежності, а також фізичного, розумового та соціального розвитку для максимального використання їхнього особистого потенціалу.

ЗОЦПРІ надає різні види послуг, включаючи фізичну, психолого-педагогічну, соціально-побутову, професійну реабілітацію та медичне спостереження. Тривалість реабілітаційного процесу визначається реабілітаційною комісією після проведення необхідного обстеження, і у разі потреби може бути змінена відповідно до навчальних планів та програм, які затверджені в установленому порядку.

Наступним об’єктом нашого розгляду є Державна установа *«Всеукраїнський центр комплексної реабілітації осіб з обмеженими можливостями»* [4; 16], розташована в селі Лютіж Вишгородського району Київської області. Цей центр є важливим установою, спеціалізованою на наданні реабілітаційних послуг для осіб з обмеженими можливостями. Заснований Міністерством праці та соціальної політики України, Всеукраїнський центр комплексної реабілітації розпочав свою роботу 2 лютого 2002 року під керівництвом Руслана Олеговича Грищенка.

У цьому центрі є 136 місць для одночасного навчання та 136 місць для проживання, що дозволяє обслуговувати значну кількість осіб з обмеженими можливостями, які потребують спеціалізованих послуг.

Всеукраїнський центр комплексної реабілітації надає широкий спектр реабілітаційних заходів, включаючи професійну реабілітацію, соціальну реабілітацію, психологічну реабілітацію, медичну реабілітацію та фізичну реабілітацію. Послуги цього центру доступні різним категоріям осіб з обмеженими можливостями, включаючи дітей з обмеженими можливостями від 16 років, осіб з обмеженими можливостями 1-3 груп, осіб з ураженням опорно-рухового апарату, центральної та периферичної нервової системи, психічними

захворюваннями, ураженням органів слуху та зору, а також осіб з ураженням внутрішніх органів та онкологічними захворюваннями.

Проте, варто зазначити, що існують певні обмеження для прийому в цей центр, такі як гострі інфекційні захворювання до завершення періоду ізоляції, венеричні захворювання, захворювання у гострій стадії та заразній формі, часті судомні напади та їх еквіваленти, а також обмежений реабілітаційний потенціал.

Особа з обмеженими можливостями може скористатися послугами комплексної реабілітації один раз на рік, протягом не більше 60 календарних днів. Послуги з комплексної реабілітації, включаючи харчування та проживання, надаються безоплатно.

Методи реабілітаційного процесу включають професійно-технічну освіту, соціальну реабілітацію, психологічну реабілітацію, медичну реабілітацію та фізичну реабілітацію. Тут проводиться професійно-теоретична та професійно-практична підготовка, а також використовуються елементи кредитно-модульного навчання. Усі ці методи спрямовані на поліпшення фізичного, психологічного та соціального стану осіб з обмеженими можливостями, їхню соціальну інтеграцію та професійний розвиток.

У наступному аналізу розглядається Державна реабілітаційна установа *Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Галичина»* [15; 16], яка розташована в Львівській області та є важливим центром, спеціалізованим на наданні послуг реабілітації для осіб з інвалідністю. Цей центр був заснований Львівською обласною державною адміністрацією у 1999 році як Львівський обласний центр соціально-трудової, професійної та медичної реабілітації. У 2005 році центр отримав статус міжрегіонального, а у 2006 році став підпорядкованим Міністерству праці та соціальної політики України.

Державна реабілітаційна установа Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Галичина» розробила та успішно впровадила модель комплексної реабілітації осіб з обмеженими можливостями, яка охоплює різні аспекти реабілітації, включаючи соціальну, психологічну, медичну, психолого-

педагогічну, професійну, фізичну, фізкультурно-спортивну та трудову реабілітацію. Ця комплексна реабілітація отримала визнання та підтримку від осіб з обмеженими можливостями, громадських організацій, державних структур і зовнішніх партнерів і була визнана Міністерством соціальної політики України як модель, яка може бути впроваджена в інших установах.

Цей центр обслуговує людей з інвалідністю з різних регіонів України, надаючи їм реабілітаційні послуги та створюючи сприятливі умови для навчання і проживання. У «Галичині» існують можливості для одночасного навчання 200 осіб та проживання 50 осіб. У цьому центрі є їдальня, конференц-зал, навчально-виробничі майстерні, а також спортивні майданчики загальною площею 700 квадратних метрів, включаючи міні-футбольне поле, баскетбольну площадку, тенісні корти, волейбольне поле, майданчик для бадмінтону. Культурні працівники активно організовують заходи, такі як фестивалі, змагання та відвідування музеїв, театрів та кінотеатрів для слухачів центру.

Крім цього, у курортній зоні села Великий Любінь на площі 4 гектари було зведено новий реабілітаційний комплекс на 300 місць. Цей комплекс дозволить надавати більше послуг особам з обмеженими можливостями та учасникам Антитерористичної операції (АТО), підвищити рівень оздоровлення, навчання та реабілітації. Особливість цієї території - можливість використання сірководневих мінеральних вод та лікувальних вод «Нафтуся» і «Марія». Тут слухачі центру матимуть можливість навчатися і отримувати послуги санаторно-курортного лікування.

Важливо відзначити, що всі види реабілітації надаються безкоштовно після початку навчання в групах за обраною спеціальністю. Іногородні слухачі забезпечуються гуртожитком та трьохразовим харчуванням, тоді як львів’яни мають можливість безкоштовно обідати.

У Рівненській області розташований *Центр професійної реабілітації осіб з інвалідністю* (РОЦПРІ), розташований в селі Олександрія Рівненського району. Цей заклад відіграє важливу роль у наданні послуг соціальної,

психологічної, медичної та фізичної реабілітації, а також професійної орієнтації та адаптації для осіб з обмеженими можливостями [24].

Керівником РОЦПРІ є пані Оксана Василівна Кравчук. Центр використовує інтегрований підхід до реабілітації осіб з обмеженими можливостями, охоплюючи медичну, педагогічну, психологічну, технічну та професійну підтримку. Основна мета - відновлення порушених функцій організму, подолання фізичних та інтелектуальних обмежень та надання знань, умінь та навичок, які сприяють інтеграції людей з інвалідністю у суспільство.

РОЦПРІ приймає на облік та надає послуги особам з обмеженими можливостями I-III групи інвалідності, які можуть здійснювати самообслуговування. Тривалість комплексної реабілітації осіб з обмеженими можливостями у цьому центрі становить 30 днів. Протягом цього часу проводяться всі необхідні заходи, спрямовані на відновлення функцій та навичок, що допомагають людям з інвалідністю краще інтегруватися в суспільство.

Державна реабілітаційна установа *Всеукраїнський Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Віра. Надія. Любов»* - це державний заклад, який розпочав свою роботу 18 жовтня 2012 року. Розташований цей центр у Чернівецькій області, в Герцаївському районі, село Банчени [11; 12].

Міністерство соціальної політики України є засновником цього закладу та відповідає за регулювання діяльності в галузях охорони здоров’я, освіти, культури та інших соціальних сферах, за винятком обов’язкового соціального страхування.

Всеукраїнський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Віра. Надія. Любов» спеціалізується на реабілітації осіб з інвалідністю, а також надає послуги догляду з забезпеченням проживання для осіб з розумовими вадами та хворих на наркоманію. Метою цього центру є створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю та дітей, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності. Головна мета полягає в формуванні та розвитку фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей, а також

в підтримці максимальної незалежності цих осіб та розкритті їхнього особистого потенціалу.

У рамках свого реабілітаційного процесу центр «Віра. Надія. Любов» надає комплекс реабілітаційних послуг, враховуючи індивідуальні потреби кожної особи. Ці послуги включають в себе формування та розвиток основних соціальних навичок, сприяння відновленню та покращенню здоров'я і життєвих функцій, психологічну підтримку та корекцію, надання допомоги в самоаналізі та позитивному сприйнятті себе, а також навичок захисту своїх прав та інтересів.

У цьому реабілітаційному центрі також організовано реабілітаційний процес в амбулаторному чи стаціонарному режимах, забезпечуючи необхідне матеріальне забезпечення для клієнтів, включаючи раціональне харчування, медикаментозне обслуговування та транспортне забезпечення.

Загалом, центр «Віра. Надія. Любов» активно сприяє реабілітації та інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство, покращуючи їхнє здоров'я, навички та якість життя, а також допомагаючи їм реалізувати свій особистий потенціал.

Україна розпоряджається численними державними реабілітаційними установами, які спеціалізуються у комплексній реабілітації дітей з інвалідністю та гарантують їх фізичне та психологічне відновлення. Ось перелік деяких із цих закладів [44]:

1. Державна реабілітаційна установа «Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Мрія» (м. Миколаїв) - цей центр надає інтегровану реабілітацію дітям з інвалідністю та спрямований на поліпшення їх стану та розвиток.

2. Державна реабілітаційна установа Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Пролісок» (м. Луцьк) - цей центр акцентує увагу на наданні комплексу послуг дітям з інвалідністю для поліпшення їхнього фізичного та психологічного стану.

3. Державна реабілітаційна установа Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Промінь» (м. Вінниця) - цей центр пропонує різні види

реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю з метою поліпшення їхнього розвитку та якості життя.

4. Державна реабілітаційна установа Буковинський центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина» (м. Чернівці) - цей центр спеціалізується на реабілітації дітей з особливими потребами та надає комплексні послуги для поліпшення їхнього фізичного та психологічного стану.

Ці установи мають важливе значення для забезпечення реабілітації та підтримки дітей з інвалідністю в Україні, сприяючи їхньому розвитку та реалізації особистого потенціалу.

Державний Фонд Реабілітації Осіб з Інвалідністю (PFRON) [64; 69] в Польщі представляє собою значущий ресурс для українських біженців з інвалідністю, які потребують підтримки та можливостей реабілітації. Починаючи з 24 лютого 2023 року, ці біженці мають можливість скористатися реабілітаційними програмами, які надаються цим фондом.

Реабілітаційні програми включають в себе ряд занять, організованих у групах, які складаються не менше, ніж з 20 учасників з однаковими реабілітаційними потребами, враховуючи їхні індивідуальні види інвалідності. Такі програми тривають принаймні 14 днів і мають ретельно розроблені реабілітаційні плани, які враховують потреби кожного учасника та виконуються спеціалістами.

Сесії реабілітації спрямовані на полегшення спілкування з навколишнім світом та самостійне функціонування, а також сприяють особистісному розвитку. Цей підхід відрізняється від санаторно-курортного відпочинку в Національному Фонді Здоров'я (НФЗ), оскільки основний акцент робиться на соціальній активності та груповій діяльності, попереду в удосконаленні фізичного здоров'я через терапевтичну реабілітацію.

PFRON також надає ортопедичні вироби, апарати та реабілітаційне обладнання для осіб з інвалідністю [65]. Ця підтримка доступна громадянам України, які мають відповідні документи, що підтверджують їхню інвалідність (1 або 2 групу), видані українською системою оцінки інвалідності. У випадку

відсутності таких документів, можливо подати заяву чи документи від опікуна для підтвердження статусу особи з обмеженими можливостями.

1.3. Експертиза відбору осіб з обмеженими можливостями для програм професійної реабілітації у спеціалізованих центрах

Успішний професійний вибір значною мірою залежить від ефективності проведення профорієнтаційної роботи, яка передбачає впровадження комплексу медико-фізіологічних і організаційних заходів. Мета цих заходів полягає в створенні умов для формування відповідного професійного самовизначення, яке б відповідало індивідуальним здібностям кожної особи.

Для розв'язання цього завдання необхідна синергія зусиль конкретних установ, організацій та фахівців. Накопичений досвід центрів професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями підтверджує специфіку здійснення професійної орієнтації для осіб з інвалідністю і вказує на той факт, що переважна більшість вступників приймає остаточне рішення щодо вибору професії безпосередньо в центрах професійної реабілітації [42].

Заходи професійної орієнтації, проводимі центрами, включають професійне інформування, професійне консультування та професійний відбір.

Професійне інформування на цьому етапі відіграє важливу роль, і органи праці та соціального захисту населення співпрацюють з людьми з інвалідністю на своїй території. Вони виявляють осіб з інвалідністю, які бажають працевлаштуватися та пройти професійну реабілітацію, надають їм необхідну інформацію та консультацію. Ці установи направляють осіб з обмеженими можливостями, які виявили бажання, до центрів зайнятості. Там фахівці надають інформацію та консультацію щодо вибору рекомендованої професії та пропонують навчальні заклади, які готують спеціалістів у певній галузі, включаючи центри професійної реабілітації людей з інвалідністю.

Досвід роботи центрів професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями у сфері інформаційної роботи підтверджує необхідність співпраці з органами праці та соціального захисту населення, а також з регіональними центрами зайнятості в кількох напрямах. Центри регулярно інформують зазначені установи про перелік професій, для яких проводиться професійна реабілітація осіб з обмеженими можливостями, а також про соціальні, психологічні та медичні послуги, які доступні для осіб з обмеженими можливостями під час професійної реабілітації. Вони також надають інформацію про план та графік набору слухачів на навчальний рік і допомагають вирішувати питання, пов'язані з моніторингом актуальних професій на ринку праці, попитом та пропозиціями на робочі місця, де можливо працевлаштування людей з інвалідністю, а також з моніторингом працевлаштування осіб з обмеженими можливостями.

Центри професійної реабілітації ретельно ведуть інформаційну кампанію для залучення осіб з інвалідністю до процесу професійної реабілітації [9, с. 123-125]:

1. Вони регулярно беруть участь у вакансіях та професійних виставках, як в Україні, так і за кордоном, що стосуються професійної реабілітації та освіти осіб з інвалідністю.

2. Вони систематично інформують громадськість про свою діяльність через засоби масової інформації, включаючи телебачення на рівні центрального, обласного і місцевого рівнів, а також через радіостанції публікують оголошення щодо прийому слухачів.

3. Їхні веб-сайти, які розміщені на веб-платформі Міністерства праці та соціальної політики України, а також індивідуальні сайти центрів, містять інформацію про умови вступу, навчання і проживання в цих установах, а також вказують правила прийому осіб з обмеженими можливостями, перелік професій та необхідні документи для вступу.

4. Центри активно розповсюджують інформаційні матеріали на спеціалізованих виставках, ярмарках вакансій та заходах «день відкритих

дверей». Ці матеріали містять відомості про умови вступу, навчання та перебування в цих установах.

5. Інформація про діяльність центрів також систематично надсилається регіональним органам зайнятості населення і центрам зайнятості.

Зокрема, стосовно **професійного консультування**, вступники спершу отримують попередню консультацію від фахівців-реабілітологів Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК). МСЕК проводить медико-соціальну експертизу і надає інформацію щодо порядку надання реабілітаційних послуг та переліку установ, де ці послуги доступні.

Завдання з професійного консультування осіб з обмеженими можливостями також вирішується спеціалістами Державної служби зайнятості через проведення бесід, анкетування та тестування. Результати консультації фіксуються у «Індивідуальній карті профконсультації клієнта». Постійні індивідуальні консультації надаються вступникам, де вони отримують інформацію про правила прийому, направлення осіб з обмеженими можливостями до центру, особливості підготовки за робітничими професіями, кваліфікаційні вимоги і вимоги щодо здоров’я для вибору професії.

Професійний відбір має на меті визначити, чи відповідає конкретна особа вимогам для виконання певної професійної діяльності згідно з нормативами. Цей відбір осіб з обмеженими можливостями для професійної реабілітації виконується Приймальною комісією центру професійної реабілітації під керівництвом директора, яка складається з провідних фахівців центру. Основними завданнями цієї комісії є [39]:

1. Відбір дорослих осіб з інвалідністю для навчання, враховуючи рекомендації Медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).

2. Визначення методів та форм проведення професійного відбору осіб з обмеженими можливостями для робітничих професій відповідно до установлених критеріїв та системи оцінювання їх придатності до професійного навчання.

3. Ведення обліку кандидатів на професійну реабілітацію, слухачів та випускників центру.

4. Прийняття рішень щодо зарахування або відрахування осіб з обмеженими можливостями до/з центру на основі підготовлених матеріалів та документів.

5. Оскарження рішень і апеляційна робота.

6. Внесення змін до Правил прийому і направлення людей з інвалідністю до центру з узгодженням їх з Міністерством праці та соціальної політики України.

На основі досвіду Всеукраїнського центру професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями можна стверджувати, що для системного та послідовного проведення професійного відбору, що дозволяє особі з інвалідністю отримати відповідну робітничу професію, доцільно розділити профорієнтаційну роботу на три етапи.

Перший етап включає наступні дії [40]:

1. Медико-соціальна експертиза, яка визначає групу особи з обмеженими можливостями та реабілітаційний потенціал цієї особи.

2. Складання та видання особі з обмеженими можливостями Індивідуальної програми реабілітації (ІПР) відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з обмеженими можливостями (ДТП), в якій містяться рекомендації щодо професійної реабілітації цієї особи.

3. Надання особі з обмеженими можливостями інформації щодо послуг реабілітації та установ, де їх надають.

Центри зайнятості здійснюють комплекс послуг для осіб з обмеженими можливостями, які звертаються до них, включаючи випадки, коли ці особи направляються місцевими органами праці та соціального захисту населення. Перш за все, надаються інформаційні та консультативні послуги з професійної орієнтації. У випадках, коли особа з обмеженими можливостями виражає бажання, проводяться індивідуальні професійні консультації з використанням діагностичних методик для визначення оптимального вибору сфери занять,

професії та місця роботи. Ця діяльність враховує рекомендації Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) та побажання особи з обмеженими можливостями, інформація з якою заноситься до індивідуальної картки професійної консультації клієнта.

Органи праці та соціального захисту населення надають особам з інвалідністю інформацію щодо Правил прийому та направлення людей з інвалідністю до центрів професійної реабілітації. Вони також приймають від осіб з обмеженими можливостями відповідні документи, перелік яких визначається самим Центром. Місцеві органи праці розглядають подані документи протягом десяти днів, і в разі їх відповідності вимогам Правил, відправляють їх до регіональних органів праці та соціального захисту населення. Регіональні органи праці та соціального захисту населення протягом десяти днів після отримання документів приймають рішення про направлення осіб з обмеженими можливостями до реабілітаційної установи, інформують про прийняте рішення місцевий орган праці та соціального захисту населення та заявника, і відправляють відповідні документи до відповідної реабілітаційної установи.

Другий етап професійного відбору включає в себе процес роботи Приймальної Комісії (ПК) центру із надходженням пакету документів. Функції ПК організовано відділом професійної орієнтації, який виконує наступні завдання [40]:

1. Реєструє отримані документи в базі даних центру, заповнює особові картки та проводить оперативний облік кандидатів на навчання.

2. Оформляє паспорти реабілітації для слухачів.

3. Протягом десяти днів розглядає подані документи людей з інвалідністю, приймає рішення стосовно допуску вступників до професійного відбору в центрі та надсилає відповідні повідомлення вступникам і органам, які направили їх, за допомогою листів.

4. Найпізніше за 15 днів до початку професійного відбору в центрі, надсилає виклик вступникам з вказівкою дати прибуття до центру, і водночас повідомляє про це органи, що їх направили.

В разі, якщо кількість вступників перевищує заплановані обсяги набору на одне місце, осіб з обмеженими можливостями, які відповідають критеріям прийому, зараховуються на облік у центрі як резерв для можливого комплектування наступних навчальних груп.

На *третьому етапі професійного відбору*, перед початком навчання (не пізніше, ніж за 5 робочих днів до початку навчального процесу), вступники, які виявили бажання навчатися у центрі, піддаються остаточному професійному відбору. Цей відбір включає такі етапи [40]:

1. Медичне обстеження, яке проводиться лікарями для оцінки фізичного стану вступників та їх придатності для обраної професії.

2. Професійні тестування, що проводяться викладачами, майстрами виробничого навчання з метою визначення професійних навичок і здібностей вступників.

3. Соціально-експертна діагностика, яку здійснюють фахівці з соціальної роботи (соціальні педагоги) для визначення соціальних потреб та особистих можливостей вступників.

На підставі результатів цих відбіркових заходів, а також індивідуального обстеження осіб з обмеженими можливостями, директор видаває наказ про їх тимчасове перебування в центрі на навчанні.

Для проведення педагогічно-професійної діагностики викладачі та майстри виробничого навчання використовують професійно-діагностичні тести, спеціально складені для кожної професії окремо. Ці тести допомагають визначити рівень здатностей вступників до навчання, рівень сформованості професійно важливих навичок та дозволяють скласти індивідуальний навчальний план вступника в разі необхідності.

Обробка, інтерпретація та аналіз результатів проводяться спільно психологом, педагогом, фахівцем із соціальної роботи та лікарями. Це дозволяє

зробити висновки щодо можливостей вступника володіти обраною робітничою професією та розробити індивідуальний план реабілітаційних заходів в умовах центру, якщо це необхідно.

Результати фахового відбору підлягають аналізу та розгляду Правління Комісії, яке оцінює результати і висновки, що стосуються професійного відбору. На основі цього аналізу Правління Комісії приймає рішення щодо прийому або відхилення заявника до навчального центру. Ця прийнята рішення відповідає ліцензованому та планованому обсягу набору, враховуючи нозології хвороб, вікові характеристики, рівень освіти заявника, а також рекомендації та висновки експертів, які проводили професійний відбір слухачів в центрі.

Згідно з цими рішеннями, Правління Комісії центру проводить остаточне формування навчальних груп на основі кількості зареєстрованих абітурієнтів. Кожна навчальна група складається з 10-15 осіб. Директор центру видаватиме наказ щодо прийому до навчальних груп слухачів для проходження професійної реабілітації в центрі або відрахування заявника з професійного відбору на основі протоколу та рішення Правління Комісії центру.

Заявники, які не були прийняті на професійну реабілітацію, можуть запитати видачу свідоцтва про участь у професійному відборі в центрі. Інформацію про прийом або відмову в прийомі надсилають Правлінню Комісії для осіб з обмеженими можливостями та органів, які направили цих заявників.

Заявники, які без вагомих обґрунтованих причин не з’являються в центрі після виклику і не починають навчання протягом 10 днів з моменту його початку, не будуть прийняті в центр. На їхнє місце можуть бути запрошені особи з обмеженими можливостями, які чекають на виклик.

Участь Реабілітаційної Комісії (далі - РК) ***у процесі організації професійної реабілітації людей з інвалідністю*** у навчальних центрах є необхідною для забезпечення системної та контрольованої реалізації реабілітаційного процесу. З метою координації та нагляду за всебічним процесом професійної реабілітації в центрі створюється Реабілітаційна Комісія, яка складається з різних спеціалістів.

Зазвичай, склад РК включає керівників відділів, кураторів навчальних груп, лікарів, психологів та соціальних працівників. Заступник директора з навчально-виховної роботи зазвичай очолює РК. РК здійснює ретельний аналіз результатів професійного відбору кожного слухача і розробляє та затверджує Індивідуальний План Реабілітаційних Заходів (далі - ІПРЗ), що визначається для всього терміну перебування в навчальному центрі [45].

ІПРЗ є важливим робочим документом, який включає в себе комплекс реабілітаційних заходів, пов'язаних з професійною підготовкою, психологічною, соціальною та медичною підтримкою, наданої слухачам в умовах центру. Цей план розробляється для кожного слухача на основі результатів вхідної професійно-педагогічної, соціально-психологічної та медичної діагностики і, при необхідності, коригується під час проміжного та поточного контролю якості реабілітаційного процесу.

Під завершенням курсу професійної реабілітації педагог-куратор навчальної групи, практичний психолог, соціальний працівник та лікар-куратор заповнюють графи щодо виконання ІПРЗ та представляють свої висновки на засіданні РК.

ІПРЗ представляє собою складну систему, яка складається з чотирьох основних компонентів [22]. Перший блок включає в себе деталізовану інформацію щодо навчальних програм, кількості годин для кожного предмета, і визначає, чи передбачена групова, чи індивідуальна форма навчання для кожного конкретного слухача.

Другий блок ІПРЗ визначає психологічну реабілітацію, групові тренінги і індивідуальні консультації, які надаються в разі необхідності для слухачів з обмеженими можливостями.

Третій блок включає заходи соціального патронажу та соціальної реабілітації, спрямовані на полегшення адаптації та інтеграції слухачів в суспільство.

Четвертий блок передбачає заходи медичного супроводу, які визначаються на підставі діагнозу та класифікації захворювання, які зазначені в медичному запису.

Після складання ІПРЗ кожному слухачу надається можливість ознайомитися особисто з запропонованим планом та внести свої пропозиції щодо призначених заходів, якщо він це бажає.

Для кожного слухача ведеться особова справа, яка включає в себе паспорт реабілітації слухача, індивідуальні медичні та психологічні картки, а також картку соціальної реабілітації. В цих документах фіксується вся актуальна інформація щодо проходження професійної реабілітації слухача, а також містяться рекомендації від спеціалістів. Паспорт реабілітації слухача є важливим робочим документом, який містить персональні дані та результати діагностики слухача при вступі, під час навчання та після завершення процесу реабілітації, а також рекомендації щодо реабілітаційних заходів [42].

Головними завданнями Реабілітаційного Комплексу є наступні [32]:

1. Організація та контроль процесу професійної реабілітації осіб з інвалідністю, що включає в себе професійну підготовку, соціально-психологічну реабілітацію, медичний супровід, розгляд питань щодо проживання, харчування і інші аспекти.

2. Організація дозвілля, культурно-масових та спортивних подій для слухачів Реабілітаційного Комплексу.

3. Надання підтримки в розв’язанні індивідуальних та соціально-побутових проблем слухачів.

4. Здійснення контролю за дотриманням Правил внутрішнього розпорядку та виконанням навчальних та реабілітаційних вимог слухачами.

5. Розгляд питань, пов’язаних з індивідуальним навчанням та допуском до дострокової державної кваліфікаційної атестації.

6. Розгляд заяв слухачів, які виразили бажання навчатися суміжною другою робітничою професією, та надання відповідних рекомендацій Приймальній комісії.

7. Узагальнення та надання випускникам центру рекомендацій щодо подальшої реабілітації з урахуванням результатів їх професійної реабілітації в центрі.

8. Аналіз результатів моніторингу щодо трудового влаштування випускників та їх професійно-виробничої адаптації для подальшого використання у роботі Реабілітаційного Комплексу.

З метою підвищення результативності процесу професійної, психологічної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями на основі індивідуального підходу до кожного індивідуума та з метою усилення координації дій між фахівцями реабілітаційного центру, було вирішено формувати спеціалізовані команди підтримки. Ці команди включають в себе куратора для кожної окремої групи, лікаря-куратора, практичного психолога та фахівця із соціальної роботи [35, с. 1-2].

Члени цих команд підтримки самостійно визначають завдання, форми та методи соціально-психологічної, виховної та оздоровчої роботи зі своїми підопічними. Кожного тижня вони збираються для обговорення поточних проблем та розробки стратегії спільних дій. Крім того, вони здійснюють коригування методик і форм реабілітаційної роботи на основі індивідуального підходу до кожного клієнта і ведуть документацію з професійної реабілітації своїх підопічних.

Тривідово (на початку, середині та в кінці) під час реабілітаційного процесу, команда підтримки проводить діагностику та оцінює ефективність реабілітаційних заходів для кожного слухача. Сформульований висновок передається Реабілітаційній комісії для розгляду, яка вносить відповідні корективи та надає рекомендації щодо подальшої реабілітації слухача в реабілітаційному центрі.

Після завершення професійної реабілітації реабілітаційний центр підсумовує результати роботи з індивідуальними програмами реабілітації і надає рекомендації щодо подальшого трудового впровадження. Відповідні

записи вносяться до індивідуальних програм реабілітації кожного клієнта, які видаються Медико-соціальною експертною комісією.

РОЗДІЛ 2. РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ІЗ ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ: КОНЦЕПЦІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

2.1. Нормативне регулювання соціальної реабілітації осіб із обмеженими можливостями

Нормативне регулювання соціальної реабілітації осіб із обмеженими можливостями є ключовим аспектом забезпечення рівних можливостей та інклюзивної суспільної участі для всіх громадян. Ця сфера законодавства та правових норм визначає стандарти та механізми, спрямовані на полегшення адаптації та інтеграції людей із різними видами обмежень до життя у суспільстві. У нашому вступі ми розглянемо важливі аспекти цього нормативного регулювання, його вплив на життя людей із обмеженими можливостями та суспільство в цілому, а також акцентуємо увагу на змінах та викликах, що виникають у сучасному світі в цій області.

Конвенція про права осіб з інвалідністю від 13.12.2006 (ратифікація від 16.12.2009) [29]

Конвенція про права осіб з обмеженими можливостями представляє собою міжнародний договір, який установлює права індивідів із інвалідністю і обов’язки держав-учасниць з метою підтримки, захисту та забезпечення цих прав. Вона також встановлює два механізми реалізації: Комітет з прав осіб з інвалідністю, призначений для моніторингу виконання, і Конференція держав-учасників, створена для розгляду питань, пов’язаних із впровадженням положень Конвенції.

Під час переговорів державами беруть участь представники організацій громадянського суспільства, національних правозахисних установ та міжурядових організацій. Конвенція була прийнята Генеральною Асамблеєю Організації Об’єднаних Націй 13 грудня 2006 року і відкрита для підписання 30

березня 2007 року. Держави, що ратифікували Конвенцію, мають юридичний зобов'язання дотримуватися її стандартів, і ця Конвенція є міжнародним стандартом, який їм слід виконувати.

Ця Конвенція необхідна для надання чіткого підтвердження того, що права осіб з обмеженими можливостями в галузі прав людини захищаються і для посилення поваги до цих прав. Незважаючи на те, що існуючі міжнародні конвенції в галузі прав людини надають значні можливості для сприяння та захисту прав індивідів із інвалідністю, очевидно, що цей потенціал не використовується повністю. Фактично, осіб з обмеженими можливостями продовжують залишатися поза увагою і позбавленими своїх прав людини в усіх куточках світу. Ця продовжуюча дискримінація людей з інвалідністю підкреслює необхідність прийняття юридично зобов'язувального документа, в якому визначені правові обов'язки держави з підтримки та захисту прав індивідів із інвалідністю.

Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [20]

Даний закон, у відповідності до Конституції України, визначає фундаментальні принципи створення юридичних, соціально-економічних та організаційних умов для ліквідації або компенсації наслідків стійких порушень здоров'я, для підтримки функціонування системи підтримки осіб з інвалідністю та для сприяння їхній соціальній та матеріальній незалежності.

Основними цілями українського законодавства у галузі реабілітації осіб з інвалідністю є:

1. Створення умов для зняття обмежень в життєдіяльності осіб з інвалідністю та відновлення чи компенсація їхніх порушених або втрачених здатностей до повсякденної, професійної та соціальної активності.

2. Визначення основних завдань системи реабілітації осіб з інвалідністю, а також видів та форм реабілітаційних заходів.

3. Розподіл компетенцій між центральними та місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування.

4. Регулювання питань матеріально-технічного, кадрового, фінансового та наукового забезпечення системи реабілітації осіб з інвалідністю.

5. Організаційне забезпечення державної соціальної політики щодо осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю.

6. Підтримка залучення громадських організацій осіб з інвалідністю до реалізації державної політики у цій сфері.

Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [21]

Даний Закон встановлює юридичні, організаційні та економічні основи проведення процесу реабілітації осіб з обмеженнями в їхньому повсякденному функціонуванні у сфері охорони здоров'я з метою досягнення і підтримання найбільш ефективного рівня функціонування в їхньому оточенні.

Законодавство України з питань реабілітації базується на Конституції України і включає в себе Основи законодавства України про охорону здоров'я, цей Закон, інші законодавчі акти, що регулюють відносини, пов'язані з охороною здоров'я, а також інші нормативно-правові акти, прийняті відповідно до них.

Особи, яким надається реабілітаційна допомога, а також їхні законні представники, під час проведення реабілітації зобов'язані:

1) надавати фахівцям у сфері реабілітації об'єктивну інформацію, яка є необхідною для забезпечення реабілітаційної допомоги;

2) дотримуватися встановлених законом методичних настановок, інструкцій і рекомендацій фахівців у сфері реабілітації;

3) надавати інформацію, яка стосується реабілітаційних заходів, за вимогою фахівця у сфері охорони здоров'я.

Закон України «Про основи соціальної захищенності осіб з інвалідністю в Україні» [19]

Цей Закон визначає фундаментальні принципи соціального захисту осіб з інвалідністю в Україні і гарантує їм рівні можливості, що аналогічні тим, які надаються усім іншим громадянам, для активної участі в економічному, політичному і соціальному житті суспільства. Закон передбачає створення

необхідних умов, що сприяють ефективному здійсненню прав і свобод осіб з інвалідністю, а також дозволяють їм вести повноцінний спосіб життя відповідно до їхніх індивідуальних можливостей, здібностей і інтересів.

Постанова Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 3 грудня 2009 р. № 1317 [47]

Це Положення визначає процедуру проведення медико-соціальної експертизи для осіб, які досягли повноліття і звертаються для визначення інвалідності, а також для потерпілих від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань. Метою цієї експертизи є визначення ступеня обмеження їхньої життєдіяльності, причини, часу настання цієї інвалідності, групи інвалідності та можливостей компенсації та адаптації для покращення їхнього медичного, психологічного, професійного, працевлаштування, фізичного, спортивного, соціального і психологічного стану з метою реабілітації.

Медико-соціальна експертиза здійснюється за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров’я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних процедур при наявності відомостей, які підтверджують стійкі порушення функцій організму, спричинені захворюваннями, травмами або вродженими вадами, що призводять до обмеження життєдіяльності.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з обмеженими можливостями і дітей з обмеженими можливостями технічними та іншими засобами» від 3 грудня 2009 р. № 1301 [51]

Цей Порядок встановлює механізм надання особам з обмеженими можливостями та дітям з обмеженими можливостями безоплатних технічних засобів з метою максимальної компенсації порушених функцій органів для досягнення медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями або дітей з обмеженими можливостями з вираженими дефіцитами функцій органів та систем.

Необхідність надання технічних засобів визначається наступним чином:

- Для осіб з обмеженими можливостями - медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) за допомогою індивідуальних програм реабілітації.

- Для дітей з обмеженими можливостями - лікувально-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів (ЛКК) з підготовкою відповідного висновку.

Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям» від 21 листопада 2013 р. № 917 [48]

Це Положення визначає процедуру здійснення медико-соціальної експертизи для хворих, які ще не досягли повноліття, а також для дітей віком від 15 до 18 років, які стали потерпілими внаслідок нещасного випадку на виробництві або мають інвалідність. Основною метою цієї експертизи є встановлення ступеня обмеження їхньої життєдіяльності при взаємодії з зовнішнім середовищем і визначення часу настання інвалідності.

Рішення про утворення центральних та регіональних комісій включає визначення їхнього складу, місця проведення засідань і порядку їх роботи. Комісії складаються з голови, лікарів різних спеціалізацій, фахівця з реабілітації та лікаря-психолога або практичного психолога. У засіданнях комісій також можуть брати участь представники органів соціального захисту населення, психолого-медико-педагогічних консультацій, і, за потреби, представники державної служби зайнятості та інших організацій (з їх згоди).

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з обмеженими можливостями» від 8 грудня 2006 р. № 1686 [49]

Ця Програма спрямована на впровадження системного підходу до організації реабілітації, забезпечення послідовності та наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, встановлення державних стандартів реабілітації та контролю за якістю реабілітаційних послуг.

Наразі в Україні налічується приблизно 2,5 мільйони осіб з обмеженими можливостями, включаючи 122,6 тисячі дітей з обмеженими можливостями. Доля осіб цієї категорії в загальній структурі населення становить близько 5%.

Метою Програми є визначення гарантованих державою переліків реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, а також виробів медичного призначення, які надаються осіб з обмеженими можливостями та дітям-інвалідам безоплатно або за пільговими умовами.

Для досягнення цієї мети необхідно виконати наступні завдання:

- Забезпечення реалізації конституційних прав осіб з обмеженими можливостями.

- Проведення державної політики в сфері реабілітації осіб з обмеженими можливостями та сприяння їхній інтеграції в суспільство.

- Здійснення системного підходу до організації реабілітації людей з інвалідністю.

- Забезпечення послідовності та наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів.

- Здійснення контролю за якістю реабілітаційних послуг у сферах медицини, психології, фізичної активності, професійної реабілітації, працевлаштування, фізичної реабілітації, соціальної реабілітації, а також технічних та інших засобів реабілітації та виробів медичного призначення.

Послуги з реабілітації. Вікова категорія від 0 до 18 років, від 18 до 55 років для жінок та до 60 років для чоловіків.

1. Медична реабілітація: відновна терапія; реконструктивна хірургія; профілактичні заходи; санаторно-курортне лікування.

2. Психолого-педагогічна реабілітація: консультування; психолого-педагогічна діагностика; психолого-педагогічний патронаж; психологічна та педагогічна корекція.

3. Освітні послуги: колективна форма навчання, в тому числі інтегроване та інклюзивне навчання; індивідуальна форма навчання; дистанційна форма навчання.

4. Фізична реабілітація: консультування; ерготерапія; кінезотерапія; лікувальний масаж; лікувальна фізкультура.

5. Професійна реабілітація: експертиза потенційних професійних здібностей; професійна орієнтація; професійний відбір; професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації; професійна освіта.

6. Трудова реабілітація: пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб осіб з обмеженими можливостями; раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності особи з інвалідністю за колишньою або за новою професією).

7. Фізкультурно-спортивна реабілітація: навчання заняттям з фізичної культури; оздоровлення у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з обмеженими можливостями; навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту; заняття спортом.

8. Соціальна та побутова реабілітація: пристосування меблів, встановлення обладнання для адаптації житлових приміщень; навчання основних соціальних навичок; соціально-побутовий патронаж; працетерапія.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів», від 5 квітня 2012 р. № 321 [52]

Цей Порядок встановлює механізм забезпечення наступних аспектів:

1. Безоплатне забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення засобами реабілітації.

2. Виплату грошової компенсації особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та іншим окремим категоріям населення на покриття вартості придбаних ними засобів реабілітації (це подальше називається «компенсація»).

3. Безготівковий переказ коштів підприємствам, які виготовляють індивідуально замовлені засоби реабілітації, та надають послуги з ремонту цих

засобів, з метою виконання замовлень осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення.

Засоби реабілітації включають такі категорії виробів:

- Протезно-ортопедичні вироби, включаючи ортопедичне взуття.
- Спеціальні засоби для самообслуговування та догляду.
- Засоби для пересування.
- Допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому.
- Меблі та оснащення.
- Спеціальні засоби для орієнтації, спілкування та обміну інформацією.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації людини з інвалідністю» від 23 травня 2007 р. № 757 [50]

Дане положення визначає механізм реалізації та фінансування індивідуальної програми реабілітації осіб з обмеженими можливостями. Основні пункти цього положення включають:

1. Визначення індивідуальної програми реабілітації людей з інвалідністю як комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму та здібностей осіб з обмеженими можливостями.

2. Розроблення індивідуальної програми на підставі Державної типової програми реабілітаціїосіб з обмеженими можливостями.

3. Зазначення, що індивідуальна програма розробляється медико-соціальною експертною комісією для повнолітніх людей з інвалідністю та лікарсько-консультативною комісією для дітей з обмеженими можливостями на підставі їх медичних висновків.

4. Встановлення строки розроблення індивідуальної програми - протягом одного місяця з дня звернення особи з обмеженими можливостями до відповідної комісії.

5. Вимоги до інформування особи з інвалідністю або його законного представника про мету, завдання, очікувані результати та рекомендаційний характер індивідуальної програми.

6. Форму індивідуальної програми та її зміст.

7. Роль та обов'язки фахівців у розробці індивідуальної програми.

8. Порядок затвердження індивідуальної програми.

9. Умови, за яких особа з обмеженими можливостями може відмовитися від виконання індивідуальної програми.

10. Видача особі з інвалідністю першого примірника індивідуальної програми та зберігання другого примірника відповідною комісією.

11. Розповсюдження інформації про індивідуальну програму серед зацікавлених установ та осіб.

12. Можливість оперативного коригування індивідуальної програми.

13. Контроль за виконанням індивідуальної програми.

14. Фінансування реабілітаційних заходів індивідуальної програми з різних джерел, включаючи державний та місцеві бюджети.

Загальною метою цього положення є забезпечення осіб з обмеженими можливостями і дітей з обмеженими можливостями необхідною медичною, соціальною, психолого-педагогічною, трудовою, фізичною, фізкультурно-спортивною, побутовою та професійною реабілітацією для поліпшення їхнього стану та якості життя.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)» [53]

Надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації) стосується осіб з інвалідністю та/або дітей з інвалідністю, а також дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику стосовно отримання інвалідності (з метою попередження інвалідності). Цей положення визначає порядок, яким ці особи можуть отримати послуги комплексної реабілітації в спеціалізованих реабілітаційних установах.

Основні вимоги та процедури, описані в тексті, включають умови надання послуг із комплексної реабілітації, необхідну документацію, яку потрібно подати для отримання послуг, рішення щодо направлення на реабілітацію, а також інші етапи процесу надання комплексної реабілітації. Головна мета цього положення полягає у забезпеченні доступу до комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю з метою покращення їхнього фізичного, психологічного та соціального стану.

Спільний наказ Мінсоцполітики та Мінохорони здоров'я «Про затвердження переліку технічних та інших засобів реабілітації, їх класифікаційних шифрів та відповідних їм хвороб за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» від 30 вересня 2014 року № 708/685 [57]

Цей наказ має на меті затвердження Переліку діагнозів для визначення найменувань технічних та інших засобів реабілітації на підставі Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я.

Наказ також скасовує попередній наказ щодо затвердження переліку технічних та інших засобів реабілітації, їх класифікаційних шифрів та відповідних хвороб за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я.

Цей наказ регулює питання затвердження переліку діагнозів і пов'язаних з ними засобів реабілітації на підставі міжнародних стандартів класифікації хвороб і охорони здоров'я.

Наказ Мінсоцполітики України «Питання надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю» 18 грудня 2018 року № 1905 [38]

Цей наказ має наступний зміст:

1. Змінити Типове положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю, яке було затверджене раніше і містило слово «двох», таким чином, щоб тепер це положення містило слово «трьох».

2. Визнати таким, що втратив чинність, попередній наказ Міністерства соціальної політики України від 03 червня 2014 року № 347, який стосувався

затвердження Порядку взаємодії державних органів та установ щодо професійної реабілітації, зайнятості та працевлаштування осіб з обмеженими можливостями.

3. Вимагається подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України в установленому порядку.

4. Контроль за виконанням цього наказу покладається на заступника Міністра з питань європейської інтеграції, О. Чуркіна.

5. Цей наказ набуває чинності з дня його офіційного опублікування.

Загалом, наказ містить важливі інструкції та вказівки щодо змін у затверджених документах і процедурах, пов'язаних з наданням реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в Україні відповідно до законодавства та розвитку системи реабілітації.

Наказ Мінсоцполітики України «Про затвердження Порядку подання заявки та виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням» 07 листопада 2018 року № 1643 [37]

Наказ, про який йдеться, встановлює порядок подання заявки на виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення. Основні положення наказу такі:

1. Наказ визначає процедуру подання заявки на виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням та умови їх видання. Процедура застосовується для всіх, окрім протезно-ортопедичних виробів, включаючи ортопедичне взуття.

2. Показання до забезпечення технічними засобами реабілітації за індивідуальним замовленням визначаються для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю за результатами медично-соціальних експертних комісій (МСЕК) та лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів. Визначені показання дозволяють виготовлення індивідуальних засобів реабілітації.

3. Анкети для виготовлення індивідуальних засобів реабілітації заповнюються відповідними комісіями на підставі звернень осіб, які потребують таких засобів, та інших документів. Заповнені анкети та копії індивідуальних програм реабілітації надсилаються до органів соціального захисту населення для подальшої обробки.

4. Органи соціального захисту населення розглядають подані документи протягом п’яти робочих днів і визначають, чи можуть бути виготовлені індивідуальні засоби реабілітації. Якщо це можливо, заявка надсилається до підприємства, яке може виготовити засоби, а в іншому випадку - до іншого підприємства.

5. Підприємства розглядають заявки та інформують органи соціального захисту населення про можливість або неможливість виготовлення індивідуальних засобів реабілітації.

6. У разі неможливості виготовлення засобів одним підприємством, заявка надсилається до іншого.

7. Якщо два підприємства відмовляються виготовити засоби реабілітації, орган соціального захисту населення продовжує розглядати заявку і шукає можливість її виконання.

8. Підприємства, які погодили заявку, самостійно визначають необхідні заходи для її виготовлення.

9. Виготовлення та забезпечення технічними засобами реабілітації за індивідуальним замовленням проводяться відповідно до Порядку забезпечення такими засобами осіб з інвалідністю та інших категорій населення, а також згідно з переліками таких засобів.

Цей наказ встановлює процедуру і кроки, які необхідно виконати для отримання індивідуальних засобів реабілітації для осіб з інвалідністю та інших категорій населення, які цього потребують.

2.2. Наукова та класифікаційна характеристика реабілітаційних центрів

Згідно з Законом «Про реабілітацію осіб з обмеженими можливостями в Україні,» реабілітаційні установи поділяються за змістом проведених реабілітаційних заходів на наступні типи:

— Медична реабілітація.

— Медико-соціальна реабілітація.

— Соціальна реабілітація.

— Психолого-педагогічна реабілітація.

— Фізична реабілітація.

— Професійна реабілітація.

Реабілітаційні установи можуть мати змішаний тип. Щодо їх організаційно-правових форм, вони можуть бути державними, місцевими або недержавними (приватними, суспільними, що належать суспільним і релігійним організаціям) [34, с. 13-25].

Відповідно до видів, реабілітаційні установи можуть бути комплексами, центрами, відділеннями, або кабінетами.

Щодо форм, реабілітаційні установи можуть бути стаціонарними або амбулаторними.

За профілем реабілітаційні установи можуть бути загальними (поліпрофільними установами) або спеціалізованими (монопрофільними установами).

За ступенем централізації реабілітаційні установи можуть бути [23, с. 23-33]:

- Централізованими (центри, які можуть бути моно- або поліпрофільними).

- Децентралізованими (розташовані в регіонах або областях).

- Комбінованими (комбінуємо властивості обох попередніх).

Медична реабілітація представляє собою комплекс медичних процедур, спрямованих на відновлення порушених або втрачених функцій організму особи, активізацію її компенсаторних можливостей та створення умов для повернення до нормальної життєдіяльності. Цей процес також спрямований на запобігання ускладненням та рецидивам захворювання.

Основною метою медичної реабілітації є виправлення або послаблення наслідків хвороби, травми або каліцтва з метою повного або часткового відновлення чи компенсації порушень у психічному, фізіологічному і анатомічному стані хворого.

Медичний огляд осіб з обмеженими можливостями, а також дітей з обмеженими можливостями, які проходять реабілітацію, проводиться закладами охорони здоров'я. Вони також відповідають за моніторинг та корекцію стану здоров'я цих осіб, а також здійснюють лікувально-профілактичні заходи.

Важливо відзначити, що особам з обмеженими можливостями та дітям з обмеженими можливостями, які перебувають на реабілітації в установках загального та комунального власності, надається безкоштовне медичне обслуговування.

За станом здоров'я особи з обмеженими можливостями та дитини з обмеженими можливостями, які знаходяться на реабілітації, слідкують органи охорони здоров'я, незалежно від відомчого підпорядкування реабілітаційних установ, а також типу та форми власності цих установ.

Порядок організації та перелік медичних послуг, які надаються реабілітаційними установами державної і комунальної форм власності, встановлюються постановою Кабінету Міністрів України.

Необхідність своєчасного та повноцінного лікування виявляє вирішальну важливість для успішної реабілітації. Таким чином, лікування та реабілітація є нерозривними складовими одного і того ж процесу. Існує недоречне твердження, що реабілітацію іноді розглядають як третю фазу лікування, яка відбувається після активної фази хвороби та фази відновлення. Однак це

твердження є невірним, оскільки реабілітаційні заходи мають розпочинатися як найраніше, з урахуванням стану хворого.

Таким чином, медичні заходи, включаючи медичну реабілітацію, охоплюють медичні процедури, спрямовані на відновлення здоров'я. Ці заходи мають бути розпочаті негайно після виявлення захворювання та проводитися комплексно з використанням всіх доступних засобів, спрямованих на стимулювання компенсаторних процесів і пристосування організму. Медичні заходи, в більшості випадків, слід проводити на всіх етапах реабілітації та, іноді, у довгостроковому плані диспансерного обслуговування.

Професійна реабілітація представляє собою систему комплексних заходів, спрямованих на готування особи до виконання професійних обов'язків, відновлення чи отримання професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації, з подальшою можливістю працевлаштування та супроводом на соціальному рівні з урахуванням індивідуальних схильностей та побажань особи [20].

Професійна реабілітація осіб з обмеженими можливостями визначається як процес та система відновлення конкурентоспроможності особи з обмеженими можливостями на ринку праці, і включає в себе наступні елементи:

— навчання або перенавчання на доступні форми праці;

— відновлення знижених або втрачених професійних навичок;

— визначення професійної спроможності та адаптацію особи з обмеженими можливостями до вибраної професії;

— відновлення або отримання робочої здатності в попередній або новій професії;

— надання індивідуальних технічних пристроїв для полегшення роботи з інструментами;

— пристосування робочих місць до функціональних можливостей особи з обмеженими можливостями на попередньому підприємстві;

— створення спеціальних цехів і підприємств з полегшеними умовами праці та скороченим робочим днем.

Програма професійної реабілітації включає наступні етапи та послуги:

— оцінка потенційних професійних здібностей;

— професійна орієнтація;

— професійна підготовка та навчання;

— підготовка робочого місця та створення спеціальних робочих місць для людей з інвалідністю;

— адаптація до професійної діяльності;

— сприяння працевлаштуванню та підтримці раціонального працевлаштування осіб з інвалідністю;

— постійний контроль за раціональністю працевлаштування та успішністю професійної адаптації.

Трудова реабілітація означає систему заходів, розроблених з урахуванням особистих схильностей, фізичних, інтелектуальних і психічних здібностей особи, і спрямованих на опанування навичок, необхідних для здійснення трудової діяльності та адаптацію до умов виробничого середовища, включаючи створення спеціальних або адаптованих робочих місць [20].

Процес трудової реабілітації включає тренування відновленої моторної здатності за допомогою реабілітаційних засобів з метою створення для особи з обмеженими можливостями чи дитини з обмеженими можливостями умов для праці, і, за можливістю, в звичайному виробничому середовищі завдяки індивідуальним заходам (згідно статті 39 Закону про реабілітацію осіб з обмеженими можливостями).

Індивідуальні заходи розробляються з урахуванням здібностей та бажань осіб з обмеженими можливостями чи дитини з обмеженими можливостями і включають в себе:

- створення умов для досягнення найвищого професійного рівня;

- працевлаштування, включаючи професійну освіту, навчання, перепідготовку чи перекваліфікацію, так, щоб інвалідність якнайменше заважала виконанню професійних обов'язків;

- адаптацію робочого місця (місця навчання) з урахуванням безпеки та особливих потреб особи з обмеженими можливостями;

- використання спеціальних пристосувань та/або одягу, необхідного через особливості інвалідності.

Трудова реабілітація людей з інвалідністю та дітей з обмеженими можливостями реалізується відповідно до їх індивідуальних реабілітаційних програм, і, за необхідності, супроводжується медичним спостереженням.

Соціальна реабілітація представляє собою систему заходів, спрямованих на створення умов для повернення особи до активного участі у житті, відновлення її соціального статусу та набуття здатності до самостійної участі в суспільному та сімейному житті, шляхом соціально-середовищної адаптації, соціально-побутової адаптації, соціально-педагогічної реабілітації, соціально-психологічної підтримки, соціокультурної адаптації та консультації психолога [54].

Основні завдання соціальної реабілітації включають:

- Вивчення механізмів впливу соціальних факторів на появу та розвиток хвороби (або травми) з метою видалення перешкод для успішного відновлення особи у суспільстві.

- Аналіз впливу соціальних чинників на ефективність медичних та реабілітаційних заходів з метою використання позитивних факторів для успішної реабілітації особи, як соціальної індивідуальності, включаючи організацію відповідного способу життя та ліквідацію негативних соціальних чинників, які заважають успішній реабілітації.

- Дослідження соціального забезпечення осіб з обмеженими можливостями.

- Моніторинг наявності доступних робочих місць.

- Вивчення трудового та пенсійного законодавства.

- Розгляд питань взаємодії між хворим та суспільством, сприяння відновленню або посиленню соціальних зв’язків.

Основним завданням етапу соціалізації та ресоціалізації є відновлення здатності особи з обмеженими можливостями виконувати звичайні для нього соціальні функції, пов’язані з самообслуговуванням, незалежним пересуванням, здатністю до навчання, орієнтації, спілкування, контролю своєї поведінки, а також до трудової діяльності. Цей етап виконується як особам з інвалідністю з частковим відновленням порушених функцій, так і особам, які дезадаптовані соціально. Для досягнення цих цілей використовуються різні засоби, такі як психологічні, педагогічні, технічні, медичні, соціальні та професійні [30].

Всі ці засоби спрямовані на підготовку до виконання звичайних функцій, які він виконував до захворювання або до початкового стану. Серед них важливі аспекти включають:

- Забезпечення засобами реабілітації у побуті.
- Навчання самообслуговуванню.
- Отримання відповідної освіти.
- Професійна орієнтація.
- Професійне навчання та перенавчання.
- Психокорекція для підвищення соціальної активності.

Завданнями реабілітаційних служб та суспільства загалом на етапі соціальної реінтеграції є сприяння та створення умов для повернення осіб з обмеженими можливостями до суспільного життя на рівні з іншими його членами.

Психологічна реабілітація є комплексом заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей та властивостей особистості та створення сприятливих умов для її розвитку та самоутвердження.

Основні психологічні чинники, які впливають на психічний стан хворих, включають характер динаміки основного хворобливого процесу, тривалість постільного режиму та терміни перебування в стаціонарі, характер інвалідності, психогенний вплив медичного персоналу, сім’ї, інших хворих або осіб з

обмеженими можливостями, друзів, родичів та початок процесу повернення до трудової діяльності. Врахування цих чинників і усунення негативних можуть виявитися ефективними засобами для психогігієни і психопрофілактики [43, с. 63-65].

Психологічні заходи, які включають психологічну реабілітацію, нерозривно пов'язані з медичними, оскільки сприяють психологічній підготовці хворого (потерпілого) до необхідної адаптації, реадаптації або перекваліфікації в умовах неповного відновлення його професійних навиків. Психологічна реабілітація має важливе значення при підготовці хворого до хірургічного втручання, оскільки сприяє формуванню в нього віри в здатність після операції відновити трудову діяльність і повернутися до повноцінного соціального життя.

Психопрофілактика і психотерапія сприяють подальшій реабілітації. Психологічна підготовка потерпілого найефективніша, якщо її проводить фахівець - лікар-психотерапевт.

Медико-соціальні експертні комісії та реабілітаційні установи відіграють важливу роль у проведенні психологічної діагностики особистості людини з обмеженими можливостями або дитини з обмеженими можливостями, визначенні індивідуальної програми реабілітації та організації психологічної реабілітації. Це включає в себе методи, засоби, строки та процедури психологічної реабілітації, такі як консультування, корекція, профілактика та професійна освіта. Реабілітаційні установи також забезпечують психопрофілактичну та психокорекційну роботу з сім'єю людини з обмеженими можливостями або дитини з обмеженими можливостями.

Основні методи психічної реабілітації включають різні психотерапевтичні методи, такі як аутотренінг і гіпноз, психогігієну, психопрофілактику, психофармакотерапію (в деяких випадках), терапію середовищем (створення позитивної атмосфери в сім'ї та колективі), естетотерапію, фізичні тренування, працетерапію (лікування працею), терапію зайнятістю, відновну терапію мови та інше [6, с. 371-380].

Трудова діяльність грає важливу роль у збереженні та зміцненні психіки особи з обмеженими можливостями. Дослідження показали, що працюючі людини з обмеженими можливостями, які раніше не мали психічних порушень, мають значно менший відсоток осіб із психічними порушеннями порівняно з непрацюючими особами з інвалідністю. Тому трудова діяльність може бути важливим фактором у психологічній реабілітації осіб з обмеженими можливостями та сприяти покращенню їхнього психічного стану.

Створення психологічних служб у реабілітаційних установах, як передбачено Законом «Про реабілітацію осіб з обмеженими можливостями в Україні», є дуже важливим аспектом професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями. Ці служби відіграють ключову роль у наданні психологічної підтримки та супроводу осіб з обмеженими можливостями, дітей з обмеженими можливостями та їх сімей в процесі реабілітації. Основні функції психологічних служб включають:

1. Забезпечення єдності рекомендацій: Психологічні служби співпрацюють з іншими професійними групами, такими як педагоги, медичний персонал і соціальні працівники, для забезпечення єдності рекомендацій і планів реабілітації.

2. Діагностика та розвиток задатків і здібностей: Психологи проводять діагностику здібностей осіб з обмеженими можливостями та допомагають розвивати їх потенціал у виборі або зміні професії.

3. Сприяння свідомому вибору професії: Психологи надають консультації та психологічну підтримку людині з обмеженими можливостями, допомагаючи їм зрозуміти, яка професія або спеціальність найбільше відповідає їхнім здібностям і стану здоров’я.

4. Створення сприятливих психологічних умов: Психологи розробляють програми для створення психологічно сприятливого середовища, яке сприяє розвитку задатків, здібностей та професійно важливих якостей осіб з обмеженими можливостями.

5. Психологічний супровід та підтримка: Психологи надають особі з обмеженими можливостями психологічну підтримку та супровід в процесі професійної адаптації після працевлаштування.

6. Підготовка спеціалістів: Психологічні служби беруть участь у підготовці та перепідготовці спеціалістів для реабілітаційних установ.

Фізична реабілітація є важливою частиною комплексного підходу до відновлення здоров'я та функціональних можливостей осіб з обмеженими можливостями, дітей з обмеженими можливостями і осіб з різними обмеженнями. Цей вид реабілітації допомагає пацієнтам покращити фізичний стан, здатність до самостійного пересування і виконання повсякденних завдань, а також зменшити функціональні обмеження, пов'язані з їхньою інвалідністю.

Фізична реабілітація може включати такі складові [35, с. 6]:

1. Лікувальна гімнастика і фізкультура: Основний підхід до фізичної реабілітації полягає в проведенні спеціальних фізичних вправ і гімнастики, спрямованих на покращення функціональності рухової системи, збільшення м'язової сили та гнучкості.

2. Інтенсивні тренування: Для деяких пацієнтів, залежно від їхнього стану здоров'я, можуть бути призначені інтенсивні тренування з метою покращення фізичної форми та загального здоров'я.

3. Санаторно-курортне лікування: У деяких випадках лікування може включати відвідування спеціалізованих санаторіїв або курортів з метою покращення стану здоров'я.

Фізична реабілітація важлива для збереження і відновлення рухової активності та функціональності пацієнтів, що мають обмеження чи інвалідність. Під час проведення фізичної реабілітації враховуються індивідуальні потреби і можливості кожного пацієнта, щоб досягти найкращих результатів у покращенні їхнього фізичного стану та якості життя.

Фізична реабілітація осіб з обмеженими можливостями і дітей з обмеженими можливостями є надзвичайно важливою для поліпшення їхнього

фізичного стану та якості життя. Основні методологічні аспекти вживання фізичних навантажень у реабілітації є [60]:

а) Фізичні навантаження як частина медичної реабілітації: Фізична активність є важливою складовою у відновленні функціональності пацієнтів, і вона доповнює інші реабілітаційні заходи.

б) Почати реабілітацію якомога раніше: Раннє вживання фізичних навантажень може сприяти швидшому відновленню та зменшити наслідки травм або хвороб.

в) Медичне обстеження перед початком фізичних тренувань: Перед тим, як розпочати фізичну реабілітацію, важливо піддатися медичному обстеженню, щоб визначити індивідуальні потреби та можливості.

г) Поступовий підхід: Фізичні навантаження слід починати поступово і зменшувати ризик появи нових травм або ускладнень.

д) Контроль ефективності: Важливо постійно відслідковувати та контролювати ефективність вживання фізичних навантажень і внесення коректив в програму реабілітації при необхідності.

є) Оптимальний вибір параметрів фізичних навантажень: Вибір виду, темпу, інтенсивності і тривалості фізичних навантажень має бути індивідуальним і здійснюватися на основі рекомендацій медичних фахівців.

Фізична реабілітація може значно поліпшити якість життя осіб з обмеженими можливостями і дітей з обмеженими можливостями, сприяючи покращенню їхнього фізичного стану та функціональності. Ця реабілітація проводиться індивідуально, з урахуванням потреб і можливостей кожного пацієнта, з метою відновлення фізичної дієздатності і покращення якості життя.

2.3. Науковий аспект індивідуальної реабілітаційної програми для осіб з інвалідністю та оцінка її результативності

Медична, професійна і соціальна реабілітація осіб з обмеженими можливостями відбувається відповідно до індивідуальної програми реабілітації (ІПР), яка є юридичним документом, що визначає конкретні види, форми і обсяги реабілітаційних заходів, оптимальні терміни їх проведення та конкретних виконавців цих заходів.

Індивідуальна програма реабілітації - це комплекс оптимальних видів, форм, обсягів та термінів реабілітаційних заходів, який включає в себе визначення місця та порядку їх проведення. Ці заходи спрямовані на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму та здібностей конкретної особи для виконання видів діяльності, які визначені у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

ІПР для осіб з обмеженими можливостями розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з обмеженими можливостями для повнолітніх осіб з обмеженими можливостями медико-соціальною експертною комісією і для дітей з обмеженими можливостями - лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Це проводиться відповідно до умов і порядку, визначених чинним законодавством, зокрема у Положенні про індивідуальну програму реабілітації та адаптації людини з обмеженими можливостями, яке було затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.92 № 83 і відповідно до Закону України «Про реабілітацію осіб з обмеженими можливостями в Україні» від 6 жовтня 2005 року № 2961-IV. Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, порядок фінансування та виконання цих програм затверджується Кабінетом Міністрів України.

Розробка індивідуальних програм реабілітації (ІПР) здійснюється під час першого або повторного медичного огляду осіб з обмеженими можливостями. Ця процедура включає в себе ряд етапів, включаючи подачу заяви людини з обмеженими можливостями, перевірку наявності трудової книжки, врахування рекомендацій щодо медичної реабілітації з медичних установ, а також довідки про групу інвалідності для тих пацієнтів, які проходять повторний огляд.

Медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) або Лікарсько-консультаційні комісії (ЛКК), відповідальні за розробку ІПР осіб з обмеженими можливостями, несуть відповідальність за якість формування цих програм та організацію їх виконання. Крім того, вони здійснюють постійний контроль за виконанням окремих розділів індивідуальних програм реабілітації.

При розробці ІПР важливо керуватися наступними методичними підходами [56]:

1. Строгим дотриманням основних принципів реабілітації, таких як розпочаток реабілітації як найраніше, послідовність проходження етапів, урахування спадковості, врахування комплексності та індивідуальних потреб.

2. Орієнтацією на досягнення конкретних кінцевих результатів в процесі реабілітації.

3. Відповідністю ІПР конкретній фазі реабілітаційного процесу.

4. Врахуванням загальних методів реабілітаційного процесу в лікувальних закладах, що включають в себе діагностику початкового рівня об’єкта реабілітації, проведення реабілітаційних заходів, оцінку їх ефективності та отримані результати.

5. Чітким визначенням обсягу і послідовності відновного лікування, виду та тривалості процедур, їх приблизного числа, інтенсивності реабілітаційних заходів та реальних можливостей виконання ІПР.

6. Забезпечення того, що програма реабілітації стане основою для лікарів загальної практики та лікарів-реабілітологів у питаннях тактики ведення хворих.

7. Розроблення програми реабілітації основою для головних лікарів лікувально-профілактичних закладів щодо організації процесу реабілітації, включаючи кількість ліжок для реабілітації, кількість та профіль реабілітаційних кабінетів, графік їх роботи та інші аспекти.

Процес розробки індивідуальних програм реабілітації (ІПР) включає такі етапи:

1) Проведення експертно-реабілітаційної діагностики, яка полягає у комплексному аналізі стану людини з обмеженими можливостями з метою визначення його потреб у реабілітаційних заходах.

2) Визначення видів, умов, обсягів і термінів виконання реабілітаційних заходів, які дозволяють особі з інвалідністю відновити порушені або компенсувати втрачені функції та здібності для здійснення побутових, суспільних і професійних дій. Ця інформація враховує індивідуальні особливості та потреби людини з обмеженими можливостями.

Важливо зауважити, що ІПР розробляється та реалізується тільки за згодою людини з обмеженими можливостями або його законного представника. Індивідуальна програма реабілітації є рекомендаційною та необов'язковою для особи з обмеженими можливостями, який має право відмовитися від визначених заходів, форми або обсягу реабілітації, передбачених ІПР, або навіть від усього ІПР в цілому. Особа з інвалідністю (або законний представник дитини з інвалідністю) має повне право самостійно приймати рішення щодо вибору та отримання конкретних реабілітаційних послуг або засобів, таких як засоби пересування, медичні вироби, друковані матеріали зі спеціальним шрифтом, апаратура для посилення звуку, сигналізатори, відеоматеріали з субтитрами або сурдоперекладом, санаторно-курортне лікування і інше, в межах, визначених його індивідуальною програмою реабілітації. Якщо людина з обмеженими можливостями згодна з ІПР, він має обов'язок активно сприяти її виконанню.

Обсяг реабілітаційних заходів, які передбачаються індивідуальною програмою реабілітації (ІПР), не може бути меншим, ніж той, який встановлений Державною типовою програмою реабілітації осіб з обмеженими можливостями. ІПР людини з обмеженими можливостями є юридичним документом, який зобов'язує відповідні органи виконавчої влади, місцевого самоврядування, а також реабілітаційні установи, підприємства, установи і організації, де працює або перебуває людина з обмеженими можливостями або

дитина з обмеженими можливостями. Це вірно незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості, типу та форми власності.

Реалізація ІПР проводиться в залежності від необхідного виду реабілітації [41]:

- Медична реабілітація здійснюється в реабілітаційних закладах і відділеннях лікувально-профілактичних закладів, а також у санаторіях.

- Професійна реабілітація проводиться через служби зайнятості та спрямована на підтримку осіб з обмеженими можливостями у здійсненні професійної діяльності.

- Соціальна реабілітація відбувається під наглядом управлінь соціального захисту та спрямована на забезпечення соціальних потреб осіб з обмеженими можливостями.

Положення про індивідуальну програму реабілітації людини з обмеженими можливостями, а також порядок її фінансування і виконання підтверджуються рішенням Кабінету Міністрів України.

Контроль за реалізацією ІПР осіб з обмеженими можливостями здійснюється медико-соціальними експертними комісіями, спільно з виконавчими комітетами місцевих Рад народних депутатів, профспілковими організаціями, а також відділеннями Фонду соціального захисту осіб з обмеженими можливостями, з участю представників громадських організацій осіб з обмеженими можливостями.

Оцінка результатів виконання розділів індивідуальної програми реабілітації (ІПР) у контексті медичної, соціальної і професійної реабілітації проводиться під час чергового огляду людини з обмеженими можливостями або в процесі динамічного спостереження за його станом. Для своєчасної корекції ІПР і визначення подальших реабілітаційних заходів, Медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) організовують систему динамічного спостереження за ходом виконання ІПР. Для цього вони встановлюють контрольні терміни відвідування особи з обмеженими можливостями для оцінки результатів реалізації програми [36].

Грошові компенсації виплачуються людині з обмеженими можливостями, включаючи дітей з обмеженими можливостями, якщо передбачено індивідуальною програмою реабілітації і Державною типовою програмою реабілітації осіб з обмеженими можливостями, що певний засіб або послуга реабілітації, які мають надаватися людині з обмеженими можливостями безоплатно, не можуть бути надані, або якщо людина з обмеженими можливостями (або законний представник дитини з інвалідністю) придбав відповідний засіб або оплатив послугу власними коштами.

Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) може бути оскаржена особою з обмеженими можливостями протягом двох місяців з моменту її отримання від медико-соціальної експертної комісії, індивідуальними органами або судом.

Результати проведеної реабілітації повинні бути подані до медико-соціальних експертних комісій, що складають ІПР, на підсумок виконання програми, але не пізніше наступного огляду в органах МСЕ.

Підсумковий висновок щодо результатів ІПР формується на основі таких критеріїв оцінки [50]:

1) Результатів виконання розділів ІПР щодо медичної, соціальної і професійної реабілітації.

2) Повноти виконання: чи були всі заходи виконані повністю, частково (необхідно вказати відсоток виконаних заходів щодо запланованих у всіх розділах ІПР) або не виконані.

3) Динаміки інвалідності:

- Інвалідність не встановлена (повна реабілітація).
- Встановлена менш важка група інвалідності (часткова реабілітація).
- Група інвалідності залишилася без змін (стабільна інвалідність).
- Встановлена важча група інвалідності (обтяження інвалідності).

4) Ступені відповідності досягнутих результатів реабілітаційному потенціалу особи з інвалідністю:

- Реабілітаційний потенціал реалізований повністю (висока ефективність від реалізації реабілітаційних заходів).

- Реабілітаційний потенціал реалізований частково (задовільна ефективність від реалізації реабілітаційних заходів).

- Реабілітаційний потенціал не реалізований (відсутність ефективності від реалізації реабілітаційних заходів).

Оцінка результатів проведених реабілітаційних заходів фіксується у виписці з індивідуальної програми реабілітації людини з інвалідністю.

На сучасний момент, не дивлячись на значний досвід в галузі реабілітації в нашій країні, не існує стандартів, які б дозволили об'єктивно оцінити ефективність реабілітаційних заходів. Вирішення цієї проблеми потребує тривалого моніторингу стану пацієнтів на всіх етапах реабілітації. Оскільки процес стандартизації ефективності реабілітаційних програм є досить складним, важливо зауважити, що для визначення ефективності певного реабілітаційного комплексу з точки зору наукової доказовості, необхідне проведення порівняльного аналізу з іншими програмами та використання переконливого статистичного аналізу для визначення чітко виміряних переваг, які надає застосування цього методу лікування.

Система об'єктивізації ефективності медичної реабілітації повинна враховувати численні фактичні дані, які стосуються різних показників та систем організму, залежно від патологічного стану пацієнта. Це призводить до необхідності створення спеціальних математичних програм.

На сьогоднішній день існує значна кількість методів математичного прогнозування ефективності лікування. Один з таких методів - метод табличного прогнозування [26], який дозволяє оцінити потенціал реабілітації пацієнта на основі виявлення найбільш важливих клінічних ознак.

Як приклад принципово нового підходу до об'єктивізації результатів відновного лікування, можна навести алгоритм оптимізації санаторної реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарду, і який базується на спеціально розробленій комп'ютерній програмі [58, с. 32-38].

Для вирішення завдань об'єктивізації ефективності медичної реабілітації необхідний системний підхід до оцінки динаміки стану пацієнта, що передбачає

вивчення лікарем не менше ніж 6-10 найбільш об’єктивних показників. Шляхом аналізу швидкості їх змін під час використання різних реабілітаційних методик розробляються математично-графічна модель та відповідна комп’ютерна програма для оцінки стану пацієнта під час реабілітації. Ця програма має потенціал стати універсальною та застосовуватися для дослідження будь-якої патології.

Застосування такого алгоритму надає можливість оцінити ефективність санаторної реабілітації. В сучасних економічних умовах та у контексті конкуренції на ринку медичних послуг, створення подібних стандартів дозволить об’єктивно порівнювати ефективність реабілітації в різних реабілітаційних закладах та контролювати їх відповідність прийнятим нормам в галузі реабілітації.

Перший етап при створенні нових або оптимізації існуючих відділень або центрів реабілітації полягає в визначенні потреби населення в цьому виді медичної допомоги. Методика визначення потреби в реабілітації включає наступні етапи:

1. Визначення пріоритетних нозологічних форм захворювання для планування реабілітації.

2. Визначення конкретних показів і протипоказів для відновного лікування в умовах реабілітаційного центру для кожної виділеної нозологічної форми.

3. Визначення обсягу медичної документації та обсягу вибірок, необхідних для забезпечення репрезентативності результатів.

4. Збір та аналіз даних.

5. Розрахунок потреби в реабілітації на основі порівняння отриманих даних із показниками для направлення на відновне лікування.

При визначенні пріоритетності нозологічних форм для надання реабілітаційної допомоги рекомендується використовувати дані, що стосуються структури захворюваності. Ступінь компенсації хронічних захворювань у дорослого населення визначається за допомогою показників тимчасової та

стійкої втрати працездатності (або інвалідності). При визначенні медико-соціальної пріоритетності нозологічних форм, доцільно враховувати такі показники, як середня тривалість тимчасової непрацездатності для одного випадку захворювання для кожної з нозологічних форм, а також структура стійкої втрати працездатності (інвалідності).

Структура інвалідності, яка визначається на основі аналізу даних обласних, міських та міжрайонних Медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), включає в себе процентне співвідношення нозологічних форм, які призвели до встановлення групи інвалідності.

Медико-соціальна значущість певної нозологічної форми обчислюється за наступною формулою [3]:

$$\mathbf{С = З \cdot І \cdot ТН}$$

Де: **С** – медико-соціальна значущість; З – доля даної нозологічної форми в структурі захворюваності; **І** – доля даної нозологічної форми в структурі інвалідності; **ТН** – середня тривалість тимчасової непрацездатності одного випадку захворювання.

Визначення медико-соціальної значущості захворювань має орієнтовний характер і передує основному завданню - виявленню потреби в реабілітації. Тому можна спростити розрахунки, підставляючи в формулу не абсолютні значення показників (Табл. 2.1.), а умовно виражені в балах:

Таблиця 2.1.

Бальна оцінка показників захворюваності та втрати працездатності

Бали	**Доля в структурі захворюваності**	**Доля в структурі інвалідності**	**Середня тривалість тимчасової непрацездатності**
1	> 1%	> 1%	менше ніж 7 днів
2	1-5%	1-5%	7-14 днів
3	6-10%	6-10%	15-30 днів
4	11-30%	11-30%	30-60 днів
5	< 30%	< 30%	більше ніж 60 днів

Для оцінки результатів медичної реабілітації, науково обґрунтовано рекомендується використовувати клінічні та соціальні критерії. Клінічні критерії медичної реабілітації включають такі параметри:

1. Видужання.

2. Значне поліпшення стану.

3. Незначне поліпшення.

4. Стабілізація патологічного процесу.

5. Погіршення стану пацієнта.

Соціальні критерії для комплексної оцінки реабілітації охоплюють наступні аспекти:

1. Показники тимчасової непрацездатності пацієнта.

2. Показники ступеня інвалідності пацієнта.

Спрямованість реабілітаційних заходів залежить від зворотності морфо-функціонального дефекту та ступеня вираженості психологічних та соціальних наслідків. Ця спрямованість може бути такою:

1. Оптимальним вважається усунення або повна компенсація структурно-функціонального дефекту.

2. Якщо це не можливо, то можна організувати життєдіяльність пацієнта так, щоб виключити вплив існуючого анатомо-фізіологічного дефекту, наприклад, захистом ураженої структурно-функціональної ланки або використанням протезів, ортезів і допоміжних побутових пристроїв.

3. Якщо колишня діяльність стає неможливою або негативно впливає на стан здоров’я пацієнта, необхідно переключити його на соціальні види активності, які максимально задовольнять його потреби і запобігатимуть розвитку психологічної дезадаптації.

Ефективність реабілітації розумно оцінювати, аналізуючи такі параметри в динаміці [43]:

1. Стан структурно-функціонального дефекту.

2. Ступінь психологічної дезадаптації.

3. Рівень порушень життєдіяльності пацієнта.

Для вимірювання структурно-функціонального дефекту використовують бальні оцінки симптомів та інструментальні діагностичні методи, які відповідають характеру патології, такі як електроміографія, реографія, методи нейровізуалізації, тепловізія та інші.

Серед психологічних методів, які широко використовуються в реабілітаційних закладах, важливе місце займають такі опитувальники: «Самопочуття, активність, настрій» (САН), шкала самооцінки рівня тривожності Спільбергера-Ханіна, шкала рівня депресії Т.І. Балашової, ММРІ (Методика медико-психологічної реабілітації осіб з обмеженими можливостями), особистісний опитувальник інституту імені В.М. Бехтєрева (ЛОБИ) і опитувальник «Рівень невротизації та психопатизації».

Методи вимірювання порушень життєдіяльності зазвичай базуються на оцінці незалежності індивідуума від зовнішньої допомоги у повсякденному житті. При цьому аналізуються не всі аспекти допомоги, а лише найбільш суттєві, загальні та представницькі аспекти щоденних дій людини. Термін «Активність життєдіяльності» (Activity in Daily Living, ADL) вперше був введений Дейбергом в 1945 році, і перший індекс ADL був запропонований Кацманом та Інший в 1963 році. В сучасний час, для неврологічних хворих, поширеність здобули такі шкали, як Шкала повсякденної життєдіяльності Бартела (індекс Бартела) та Шкала функціональної незалежності (FIM), розроблена Американською Академією Фізичної Медицини та Реабілітації. Для вимірювання рівня соціальних обмежень найефективнішим інструментом є методика Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART).

На сьогодні, оцінка валідності і надійності опитувальників і шкал здійснюється за допомогою сучасних математичних методів, таких, як Рач-аналіз (названий на честь датського математика, що розробив цей метод). Показник якості життя осіб з обмеженими можливостями можна визначити за допомогою наступної формули [25]:

$$ЯЖ = \frac{(A^2 + K^2 * (1200 - \text{Т}))}{32 + (\text{ГП} * \text{ДТ})}$$

ЯЖ – якість життя

А – показник соціальної адаптованості

К – показник компенсації порушених функцій

Т – вік пацієнта (в місяцях)

ГП – глибина патології

ДТ – давність травми або захворювання (в місяцях).

Для оцінки результативності реабілітаційних заходів необхідно враховувати не лише наявність чи відсутність позитивної динаміки в аспектах морфо-функціонального відновлення, психологічного стану та фізичної активності, але й встановлення відповідності цієї динаміки до визначених критеріїв ефективності медичної реабілітації. Важливо зазначити, що існує можливість відсутності прямого зв'язку між зміною ступеня ураження і зміною соціально-побутової активності. Наприклад, результати досліджень свідчать, що внаслідок мовної терапії пацієнтів з афазією поліпшуються їх комунікативні навички, незважаючи на те, що ступінь мовних порушень може залишатися сталою. Важливо пам'ятати, що на обрані критерії ефективності реабілітації можуть впливати різні фактори, які не пов'язані безпосередньо з терапевтичним впливом.

Оцінка ефективності реабілітації потребує індивідуального підходу, що враховує вихідні порушення та встановлює відповідність до стандартів для відповідної групи пацієнтів. Критерії ефективності включають покращення медичного та психоемоційного стану, а також враховують працездатність в умовах України. Динаміку пошкодження оцінюють під час реабілітації та після неї, залежно від очікуваної регресії. Критерії ефективності різняться для різних груп пацієнтів: для першої групи - повна реабілітація та повернення до праці, для другої - зменшення інвалідності або повернення до праці, і для третьої - розширення соціальної активності через компенсацію та працевлаштування в спеціальних умовах.

Можливо визначити ефективність реабілітації за допомогою формули Lassale B. (1985) [7, с. 35-39]:

$$EP = \frac{\sum_{факт} 2 - \sum_{факт} 1}{\sum_{макс} - \sum_{факт} 1}$$

ЕР – ефективність реабілітації

Σфакт1 та **Σфакт2** – фактична сума балів, отриманих на початку і наприкінці лікування (по шкалам)

Σмакс – максимальна сума балів

Залежно від показника ефективності реабілітації, результати оцінюються наступним чином:

- Відмінні: повне відновлення втрачених спроможностей, ефективність лікування досягає 100%.

- Добрі: ефективність лікування перевищує 50%.

- Задовільні: ефективність лікування становить від 10% до 50%.

- Незадовільні: ефективність лікування не перевищує 10%, або незважаючи на проведення лікування, стан хворого погіршився.

Для оцінки ефективності роботи закладу реабілітації використовується відношення між кількістю пацієнтів, які пройшли реабілітацію, та тими, які досягли необхідних стандартів якості реабілітації до завершення курсу.

Результати медичних реабілітаційних заходів фіксуються організацією охорони здоров’я на основі оцінки відновлення або компенсації порушених функцій організму та обмежень життєдіяльності. Оцінка включає в себе:

1) Ступінь порушення функцій організму (зниження, підвищення, стабільність);

2) Динаміку перебігу захворювань або травм (стабільність, погіршення, стабільність без загострень);

3) Фізичну працездатність (підвищення, зниження, стабільність);

4) Обсяг необхідного підтримуючого лікування (зменшення, збільшення, стабільність).

Результати соціальних реабілітаційних заходів фіксуються органами соціального захисту на основі оцінки відновлення навичок самообслуговування, навичок самостійного проживання, навичок пересування, навичок орієнтації та соціально-психологічного статусу (повне, часткове або стабільне).

Отже, стандартизація медичних послуг, уніфікація програм відновлення і розробка стандартів оцінки ефективності реабілітації є актуальними завданнями в сучасних умовах розвитку Української держави та її прагнення до інтеграції в Європейський Союз. Вирішення цих завдань визначає якість медичної допомоги людям з обмеженими можливостями і хворим, а отже, і якість їхнього життя.

РОЗДІЛ 3. РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПОСЛУГИ ДЛЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ: СУЧАСНИЙ СТАН

3.1. Оцінка доступності та якості реабілітаційних послуг у 2023 році

Для дослідження розглянемо аналітичний звіт, присвячений оцінці доступності та якості реабілітаційних послуг у 2023 році. Ця публікація розроблена Всеукраїнським громадським об’єднанням «Національна Асамблея людей з інвалідністю України» в рамках проєкту «Реагування та відновлення з урахуванням потреб людей з інвалідністю під керівництвом та за координації організацій осіб з інвалідністю», який фінансується Європейським форумом інвалідності та Християнською місією незрячих (CBM) [1; 5; 20; 59].

Цей звіт відображає результати комплексного аналізу стану реабілітаційних послуг, які надаються дорослим та дітям з інвалідністю в Україні протягом 2023 року. Він спрямований на визначення поточних проблем, виявлення позитивних практик і вдосконалення системи реабілітації, з метою поліпшення якості життя осіб з інвалідністю.

У рамках проведеного опитування були залучені 685 учасників, з яких можна виділити такі ключові групи:

1. 44% респондентів є батьками дітей з інвалідністю.

2. 42% опитаних самі мають інвалідність.

3. Інші 14% представляють собою повнолітніх осіб, які оголошені недієздатними.

З урахуванням особливостей інвалідності, склад респондентів розподіляється наступним чином:

- 46,3% - особи з порушеннями опорно-рухового апарату.

- 26,0% - особи із психічними розладами.

- 25,7% - особи із порушеннями центральної та периферійної нервової системи.

- 25,3% - особи із інтелектуальними порушеннями.

Поза цими основними групами, інші респонденти мають такі інвалідність щодо зору, слуху, а також порушення внутрішніх органів, а також хворі на онкологічні захворювання.

З розподілом за віковими групами ситуація така:

- 53% респондентів віком від 18 до 64 років.

- В одній третині опитаних є інформація про дітей у віці від 7 до 18 років.

- Ще 10% анкет було заповнено батьками дітей віком до 6 років.

- Лише 3% анкет було представлено особами старше 65 років.

У першій частині дослідження НАІУ та її партнери вивчили те, як респонденти отримують інформацію щодо доступу до реабілітаційних послуг, забезпечення допоміжними засобами реабілітації та медичними виробами. Наш аналіз показав, що існує чотири головних джерела, з яких користувачі одержують цю інформацію:

1. Соціальні мережі, такі як Facebook, Telegram та інші (48,6% від загальної кількості опитаних).

2. Знайомі (45,0% від загальної кількості опитаних).

3. Інтернет, включаючи новини, повідомлення та інтерв’ю (39,6% від загальної кількості опитаних).

4. Громадські об’єднання (35,9% від загальної кількості опитаних).

Крім того, респонденти також отримують інформацію від різних мас-медіа, а також з офіційних веб-сайтів центральних і місцевих органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, а також від сімейних лікарів. Деякі особи самостійно вивчають законодавство та отримують інформацію від медико-соціальних експертних комісій, соціальних працівників, членів родини та реабілітаційних закладів. На жаль, аналіз даних також показав, що є група осіб, які взагалі не мають достатньої інформації через переконання, що вона недостатньо висвітлюється в загальному контексті.

У світлі отриманих результатів, ми сподіваємося, що участь у нашому дослідженні надає цим особам певний рівень інформованості про їхні права в сфері реабілітації.

Аналіз відобразив основні критерії, які враховують респонденти під час вибору реабілітаційного закладу (Табл. 3.1.): наявність кваліфікованих фахівців; комплексність надання реабілітаційних послуг; близькість реабілітаційного закладу до місця проживання.

Таблиця 3.1.

Які з перелічених нижче критеріїв для вибору реабілітаційного закладу для Вас важливі?



Але варто відзначити, що лише одна третина опитаних повідомила про наявність реабілітаційних закладів у своїй територіальній громаді або регіоні проживання на момент проведення опитування.

У 42% респондентів такі заклади були відсутні. На жаль, 19% опитаних не знали, чи існують в їхній територіальній громаді або регіоні на той момент реабілітаційні заклади, які відповідали б їхнім потребам або потребам підопічних осіб та дітей з інвалідністю (Табл. 3.2.).

Таблиця 2.2.

Чи є у територіальній громаді/регіоні Вашого проживання на час опитування реабілітаційні заклади, що задовольняють Ваші / Вашої



підопічної особи / Вашої дитини потреби в реабілітаційних послугах?

Серед опитаних лише 32% проходили реабілітацію відповідно до термінів, визначених індивідуальною програмою реабілітації / індивідуальним планом реабілітації (Табл. 3.3.).

Таблиця 3.3.

Результати щодо отримання та періодичності отримання особою або дитиною з інвалідністю реабілітаційних послуг



Реабілітаційні послуги, надавані в рамках медичних закладів сфери охорони здоров'я, варто розглядати у контексті наявних статистичних даних. Згідно з інформацією, розміщеною на веб-сайті Національної служби здоров'я України станом на 1 червня 2023 року, були укладені договори з близько 3,5 тисячами постачальників медичних послуг.

Проте лише 12% з них були постачальниками реабілітаційних послуг для дітей та дорослих, що складає 419 постачальників з укладеними договорами. З цього числа:

- 259 постачальників надавали послуги реабілітації в стаціонарних умовах (це становить 61,8% від загальної кількості постачальників реабілітаційних послуг).

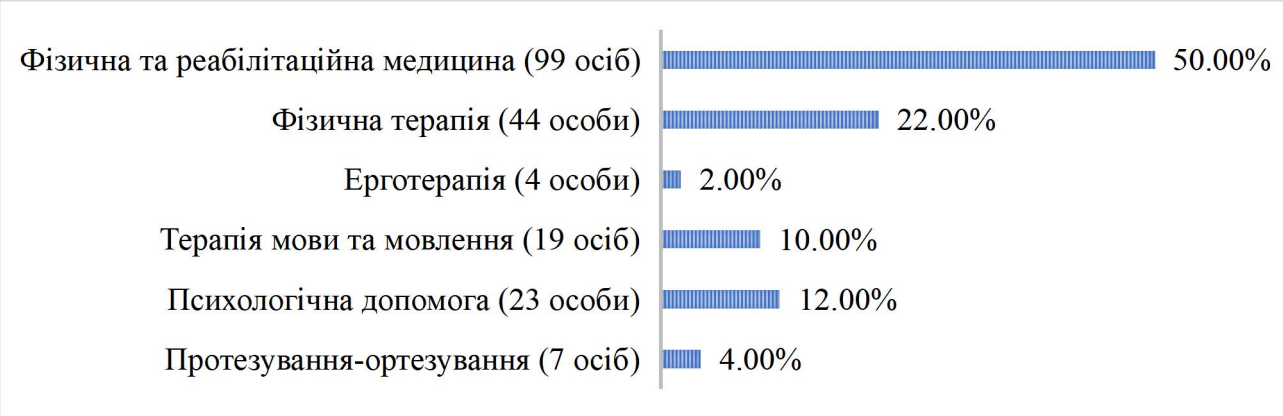
- 409 постачальників надавали послуги реабілітації в амбулаторних умовах (що становить 97,6% від загальної кількості постачальників реабілітаційних послуг).

За результатами проведеного дослідження виявлено, що серед осіб з інвалідністю, законних представників повнолітніх недієздатних осіб з інвалідністю та батьків дітей з інвалідністю, лише 29% отримували реабілітаційні послуги у медичних закладах сфери охорони здоров'я, тоді як 71% не мали доступу до цих послуг.

Таблицю, яку можна побачити нижче (Табл. 3.4.), надає інформацію про різні види реабілітаційних послуг, які були надані. З неї видно, що найбільшу питому вагу становлять послуги у галузі фізичної та реабілітаційної медицини, і цей показник перевищує 50%. Також близько 22% послуг складають послуги з фізичної терапії. Інші види реабілітаційних послуг, як показує діаграма, мають невеликий обсяг.

Таблиця 3.4.

Які саме види реабілітаційних послуг отримали Ви/Ваша підопічна особа/Ваша дитина в реабілітаційних закладах?



Фінансування реабілітаційних послуг у реабілітаційних закладах сфери охорони здоров'я осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю переважно відбувалось за рахунок державного бюджету – 70%, власних коштів – 16%, а решта – це благодійні, спонсорські кошти та інші джерела фінансування.

Згідно з результатами опитування щодо транспортного обслуговування осіб, які користуються реабілітаційними закладами сфери охорони здоров'я, можна виокремити такі категорії відповідей: 6 осіб (3%) замовляли соціальне таксі; 19 осіб (10%) мали можливість дійти до реабілітаційного закладу пішки; 24 особи (12%) використовували послуги замовлення звичайного таксі; 55 осіб (28%) користувалися громадським транспортом для доїзду до реабілітаційного закладу; 65 осіб (33%) мали власний транспортний засіб для самостійного доїзду; 27 осіб (14%) були забезпечені транспортним обслуговуванням, наданим реабілітаційним закладом.

Під час проведення опитування було розглянуто питання щодо архітектурної та інформаційної доступності реабілітаційних закладів у сфері охорони здоров'я (Табл. 3.5.).

Таблиця 3.5.

Доступність реабілітаційних закладів у сфері охорони здоров'я

Елементи	Наявні, %	Відсутні, %	Не можу відповісти, оскільки не потребую спеціальних умов чи обладнання,%

Пандус	40,8	12,8	46,4
Підйомник	5,6	7,7	86,7
Доступна туалетна кімната	37,2	12,2	50,6
Доступний ліфт	24,5	14,8	60,7
Доступне медичне обладнання	16,3	17,3	66,4
Контрастні смуги	3,6	1,5	94,9
Інформаційні матеріали шрифтом Брайля	4,6	2,6	92,8
Жестова мова	5,6	5,6	88,8

За результатами опитування, серед 33% осіб, які отримували допоміжні засоби реабілітації під час перебування в реабілітаційних закладах сфери охорони здоров'я, найбільш популярними були наступні категорії виробів: 28% використовували крісла-коліса; 23% отримували послуги з ортезування; 12% використовували палиці, милиці та ходунки.

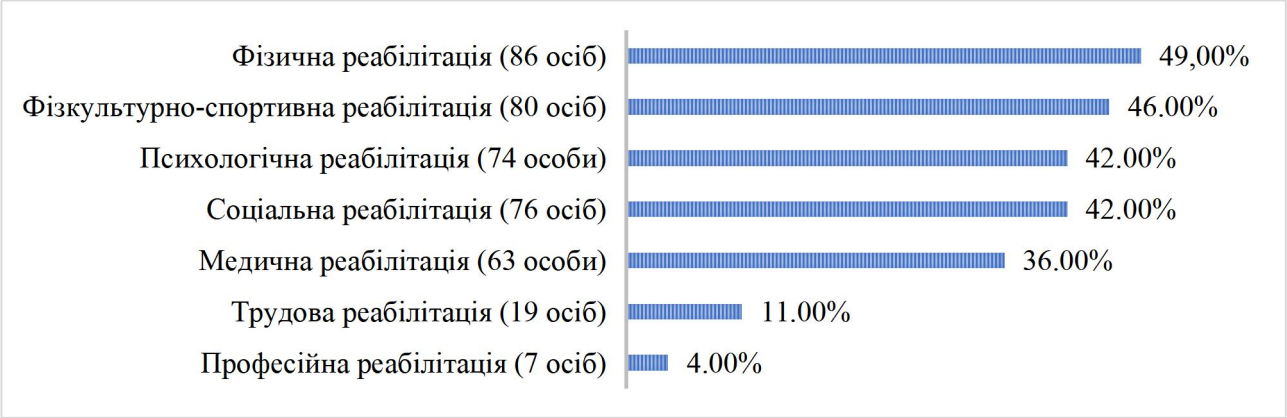
На дату 1 січня 2023 року, згідно з оперативними даними Національної соціальної служби України, функціонувало 118 *реабілітаційних закладів сфери соціального захисту населення*, які надавали комплексні реабілітаційні послуги.

Ситуація щодо доступу до реабілітаційних послуг в цих закладах сфери соціального захисту населення майже аналогічна до ситуації в реабілітаційних закладах сфери охорони здоров'я.

Згідно з результатами проведеного дослідження серед осіб з інвалідністю, законних представників повнолітніх недієздатних осіб з інвалідністю та батьків дітей з інвалідністю, лише 26% респондентів отримували реабілітаційні послуги в реабілітаційних закладах сфери соціального захисту населення. Більшість, а саме 57%, не були обізнані про можливість отримання таких послуг (Табл. 3.6.).

Таблиця 3.6.

Який саме вид реабілітації надавався Вам/Вашій підопічній особі/Вашій дитині?



Під час розробки індивідуальних планів реабілітації фахівці реабілітаційних комісій в реабілітаційних закладах сфери соціального захисту населення враховували думку осіб з інвалідністю, законних представників повнолітніх недієздатних осіб з інвалідністю та батьків дітей з інвалідністю. Ця практика була застосована відносно 72% від загальної кількості осіб, яким було складено індивідуальний план реабілітації. Це на 8% більше, ніж при складанні планів реабілітації в реабілітаційних закладах сфери охорони здоров'я.

Фінансування реабілітаційних послуг у реабілітаційних закладах сфери соціального захисту населення має наступний характер:

- Приблизно 80% фінансування здійснюється за рахунок бюджетних коштів.

- Близько 10% витрат покриваються власними засобами.

Згідно з результатами опитування щодо транспортного обслуговування осіб, які використовують реабілітаційні заклади сфери охорони здоров'я, можна виділити такі категорії відповідей: 3 особи (1,7%) користувались соціальним таксі; 21 особа (12,0%) мала можливість дійти до реабілітаційного закладу пішки; 15 осіб (8,6%) замовляли звичайне таксі для доїзду; 48 осіб (27,4%) користувались громадським транспортом для доїзду до реабілітаційного закладу; 56 осіб (32,0%) мали власний транспортний засіб для самостійного

доїзду; 30 осіб (17,1%) були забезпечені транспортним обслуговуванням, наданим реабілітаційним закладом.

Під час проведення опитування було порушено питання щодо наявності або відсутності елементів, які забезпечують доступність та відповідають потребам осіб і дітей з інвалідністю, які потребують спеціальних умов або обладнання в реабілітаційних закладах сфери соціального захисту населення (Табл. 3.7.).

Таблиця 3.7.

Доступність реабілітаційних закладів сфери соціального захисту населення

Елементи	**Наявні, %**	**Відсутні, %**	**Не можу відповісти, оскільки не потребую спеціальних умов чи обладнання,%**
Пандус	42,9	10,3	46,8
Підйомник	6,3	8	85,7
Доступна туалетна кімната	41,1	11,4	47,5
Доступний ліфт	25,1	10,3	64,7
Доступне медичне обладнання	13,7	10,9	75,4
Контрастні смуги	4,6	4	91,4
Інформаційні матеріали шрифтом Брайля	4,6	4	91,4
Жестова мова	4,6	2,3	93,1

Реабілітаційні послуги в приватних реабілітаційних закладах були отримані респондентами. Перелік цих послуг наведено в (Табл. 3.8.).

Таблиця 3.8.

Доступність реабілітаційних закладів сфери соціального захисту населення

Вид реабілітації	**Відсоток отримувачів від опитаних, %**
Професійна	2,5
Протезування-ортезування	3,7
Трудова	6,8
Медична	17,9

Ерготерапія	20,4
Соціальна	24,7
Фізична	27,2
Фізкультурно-спортивна	30,9
Психологічна допомога	32,7
Фізична терапія	40,7
Терапія мови та мовлення	41,4
Фізична та реабілітаційна медицина	49,4

Забезпечення транспортним обслуговуванням до обраного приватного реабілітаційного закладу було здійснено лише для 10% респондентів, що менше ніж у реабілітаційних закладах державної та комунальної власності.

Розподіл способів доїзду до приватного реабілітаційного закладу був наступним: 10% отримали транспортне обслуговування; 49,4% скористалися власним транспортом; 18,5% використали громадський транспорт; 9,9% замовили звичайне таксі; 7,4% зазначили, що реабілітаційний заклад знаходився в пішій доступності; 1,2% скористалися соціальним таксі.

Під час обробки анкет було проведено аналіз щодо наявності або відсутності елементів, які сприяють доступності та задоволенню потреб осіб і дітей з інвалідністю, які потребують спеціальних умов або обладнання в реабілітаційних закладах приватної форми власності (Табл. 3.9.).

Таблиця 3.9.

Доступність приватних реабілітаційних закладів

Елементи	**Наявні, %**	**Відсутні, %**	**Не можу відповісти, оскільки не потребую спеціальних умов чи обладнання,%**
Пандус	39,5	12,3	48,2
Підйомник	9,3	10,5	80,2
Доступна туалетна кімната	37	12,3	50,7
Доступний ліфт	23,5	16	60,5
Доступне медичне обладнання	13,6	13,6	72,8
Контрастні смуги	5,6	3,7	90,7

Інформаційні матеріали шрифтом Брайля	4,9	2	93,2
Жестова мова	7,4	6,2	86,4

Показник задоволеності наданими реабілітаційними послугами в приватних реабілітаційних закладах в порівнянні з державними та комунальними закладами є найвищим і становить 93%.

Серед основних бар'єрів, які заважали отриманню реабілітаційних послуг і допоміжних засобів реабілітації в приватних реабілітаційних закладах, зазначено такі, які також притаманні закладам сфери охорони здоров'я та соціального захисту населення:

- Висока вартість реабілітаційних послуг.

- Некоректне відношення фахівців до клієнтів.

- Спеціалісти не завжди готові адаптувати свій підхід до потреб кожного клієнта, особливо дітей.

- Ефективність реабілітаційних послуг спостерігається лише на початковому етапі процесу реабілітації.

На основі результатів наукового дослідження встановлено, що ситуація щодо надання реабілітаційних послуг у реабілітаційних закладах, які функціонують у сфері соціального захисту населення, подібна до ситуації в реабілітаційних установах сфери охорони здоров'я.

Згідно з результатами опитування осіб з інвалідністю, законних представників повнолітніх недієздатних осіб з інвалідністю та батьків дітей з інвалідністю, виявлено, що 29% з них користуються реабілітаційними послугами у закладах охорони здоров'я, тоді як 26% вибирають заклади соціального захисту населення. Важливо відзначити, що загальний рівень задоволеності наданими реабілітаційними послугами в закладах соціального захисту населення істотно вищий, а саме - 88%, порівняно з закладами охорони здоров'я.

За результатами аналізу виявлено, що рівень задоволеності наданими реабілітаційними послугами в приватних реабілітаційних закладах перевищує рівень задоволеності у державних та комунальних закладах і становить 93%.

Дослідження також показало, що особи з інвалідністю стикаються зі значними та різноманітними бар'єрами, які перешкоджають їм отримати доступ до необхідних реабілітаційних послуг, медичних виробів і допоміжних засобів реабілітації. Ці перешкоди пов'язані з наданням таких послуг медичними працівниками, установами та державою, а також з попитом на ці послуги та їх використанням особами з інвалідністю та їхніми родинами. Часто труднощі, з якими стикаються люди з інвалідністю при намаганні отримати доступ до реабілітаційних послуг, не виникають безпосередньо через їхню інвалідність, а відображають загальні проблеми, такі як обмежена правова обізнаність надавачів реабілітаційних послуг, медичних виробів і допоміжних засобів, а також тих, хто має на них потребу. Наведемо декілька основних перешкод для доступу до реабілітаційних послуг.

ВИСНОВОК

Специфіка роботи реабілітаційних центрів для людей з інвалідністю є важливою складовою соціальної та медичної підтримки цієї категорії населення. В нашому досліджені ми розглянули ключові аспекти становлення та розвитку реабілітаційних центрів у світовій практиці, а також їх сучасний стан в Україні.

Етапи становлення та розвитку реабілітаційних центрів у світовій практиці свідчать про поступовий розвиток і поширення цих установ від ізольованих клінічних програм до багатопрофільних центрів, що надають різноманітні види підтримки та реабілітаційних послуг. Україна не залишається осторонь цього процесу, і реабілітаційні центри в країні поступово розвиваються, але існують важливі завдання стосовно розширення їх функціональності та покращення якості наданих послуг.

Процес відбору осіб з обмеженими можливостями для програм професійної реабілітації у спеціалізованих центрах вимагає системного та індивідуального підходу. Важливо забезпечити, щоб програми реабілітації були належно адаптовані до потреб і можливостей кожного клієнта, сприяючи їхньому соціальному та професійному відновленню.

Нормативне регулювання соціальної реабілітації грає важливу роль у забезпеченні прав і можливостей для людей з інвалідністю. Держава має забезпечити належну базу законодавства, яка б гарантувала доступ до реабілітаційних послуг та захищала права цієї групи населення.

Наукова та класифікаційна характеристика реабілітаційних центрів дозволяє розуміти їх функції та завдання. Важливо надавати науковий підхід до розробки та впровадження програм реабілітації, що сприяє покращенню ефективності цих установ.

У 2023 році доступність та якість реабілітаційних послуг в Україні є актуальною проблемою. Хоча зроблено певний прогрес у створенні реабілітаційних центрів, існують виклики, пов’язані з фінансуванням, кваліфікацією фахівців та доступністю послуг для всіх потребуючих. Для покращення ситуації потрібні подальші зусилля держави, громадських організацій і спеціалістів у сфері реабілітації.

У підсумку, робота реабілітаційних центрів для людей з інвалідністю в Україні є важливою складовою суспільної допомоги цій групі населення. Для досягнення кращих результатів у цій сфері необхідно забезпечувати системні підходи до реабілітації, підвищувати якість послуг, розширювати доступність та ефективність програм реабілітації, а також забезпечувати нормативне регулювання, що гарантує права та підтримку цієї важливої категорії населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітичний звіт щодо отримання дорослими та дітьми з інвалідністю реабілітаційних послуг. Всеукраїнське громадське об'єднання «Національна Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2023. С. 32. (Дата звернення: 15.10.2023). URL: https://naiu.org.ua/wp-content/uploads/2023/07/2023_NAIU_AnaliticalReport-Rehabilitation_v02-1.pdf

2. Башкін І. Роль і місце фізичної реабілітації у загальній системі охорони здоров»я населення І. Башкін, Е. Макарова, А. Кавакзе Різік // Теорія і методика фізичного виховання і спорту.- 2006. - № 3. - С. 25 - 29.

3. Бєлова О.М., Григор'єва В.М. Амбулаторна реабілітація неврологічних хворих. - М.: Антидор, 1997. - 216 с.

4. Всеукраїнський центр професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями. Матеріал з Вікіпедії. (Дата звернення: 09.10.2023). URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Всеукраїнський_центр_професійної_реабілітації_осіб з обмеженими можливостями

5. Всеукраїнським громадським об'єднанням «Національна Асамблея людей з інвалідністю України. (Дата звернення: 16.10.2023). URL: https://naiu.org.ua

6. Гнатюк Л.Р. Особливості створення середовища для навчання осіб з обмеженими можливостями в контексті психологічної реабілітації / Л.Р. Гнатюк, Прилуцький Є.В. // Сучасні проблеми архітектури та містобудування. Науковотехнічний збірник. – Вип. 33. – К.: КНУБА, 2013. – С. 371–380.

7. Голка Г.Г. Реабілітація при туберкульозному спондиліті // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2003. – № 4. – С. 35-39.

8. Голяченко А.О. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / А.О. Голяченко.- К., 2008. - 32 с.

9. Давиденко Г. В. Інклюзія у просторі вищої освіти України: методичний аспект / Г. В. Давиденко // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми : тези доповідей XII між нар. наук.-практ. конференції (21-23 травня 2014 р.) - Київ-Вінниця, 2014. - С. 123-125.

10. ДБН Б.2.2-12:2019 Планування та забудова територій. [Чинний від 24 квітня 2019]. Вид. офіц. Київ: Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, 2019. (Державні будівельні норми України).

11. Департамент соціального захисту населення Миколаївської Обласної Державної адміністрації. Державна реабілітаційна установа «Всеукраїнський Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Віра. Надія. Любов». (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://www.msp.gov.ua/files/vidomstva/8%20%20%D0%92%D1%96%D1%80%D0%B0,%20%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D1%96%D1%8F,%20%D0%BB%D1%8E%D0%B1%D0%BE%D0%B2.docx

12. Державна реабілітаційна установа «Всеукраїнський Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Віра. Надія. Любов». YouControl — сервіс перевірки контрагентів. (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/38189050/

13. Державна реабілітаційна установа «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля». Національна Асамблея людей з інвалідністю України, 2019. URL: https://naiu.org.ua/informatsiya-pro-tsentr-podillya/

14. Державна реабілітаційна установа «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Галичина». (Дата звернення: 10.10.2023). URL: https://www.reabl.lviv.ua

15. Державна реабілітаційна установа «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Галичина»«. YouControl — сервіс перевірки контрагентів. (Дата звернення: 10.10.2023). URL: https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/25248327/

16. Державна реабілітаційна установа Всеукраїнський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю. YouControl — сервіс перевірки контрагентів. (Дата звернення: 09.10.2023). URL: https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/26059611/

17. Др Арнаудов Геогі Д. Медична термінологія - Софія: Медицина і фізкультура, 1969.

18. Європейський форум з проблем інвалідності (EDF). (Дата звернення: 16.10.2023). URL: https://naiu.org.ua/yevropejskyj-forum-z-problem-invalidnosti-edf-u-ramkah-svoyeyi-diyalnosti-v-ukrayini-opublikuvav-tehnichni-rekomendatsiyi-dlya-nadannya-gumanitarnoyi-dopomogy-u-vyglyadi-groshovyh-koshtiv-i-taloniv-na/

19. Закон України «Про основи соціальної захищенності осіб з інвалідністю в Україні». (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text

20. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text

21. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text

22. Індивідуальна програма розвитку. Інклюзивно-ресурсний центр №8 Святошинського району м. Києва, 2021. (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://kyiv8.irc.org.ua/individualna-programa-rozvitku-13-04-42-06-04-2021/

23. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Науменко Л.Ю., Войтчак Т.Г. Концептуальні підходи до формування багатофункціональної структурно-організаційної системи реабілітації осіб з обмеженими можливостями в Україні // Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів: Тези науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю Кафедри медико-соціальної експертизи ФПО Дніпропетровської державної медичної академії. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 23-33.

24. КЗ «Рівненський обласний центр комплексної реабілітації осіб з обмеженими можливостями» надає послуги соціальної та психологічної реабілітації інвалідам. Варавська міська рада. (Дата звернення: 10.10.2023). URL: https://varash-rada.gov.ua/ofitsijna-informatsiya/662-kz-rivnenskij-oblasnij-tsentr-kompleksnoji-reabilitatsiji-invalidiv-nadae-poslugi-sotsialnoji-ta-psikhologichnoji-reabilitatsiji-invalidam

25. Кириченко А.Г. Визначення якості життя в осіб з обмеженими можливостями. Текст наукової статті за спеціальністю «Науки про здоров'я», 2013. С. 7.

26. Клініка, діагностика, критерії медико-соціальної експертизи хворих на системний червоний вовчак, системну склеродермію та ідіопатичний дерматоміозит: Метод. рекоменд. – Автор: Шевчук С.В. – Вінниця, 2004. – 62 с.

27. Коваль Л. Права людини: дискримінація і толерантність. Урядовий кур»єр. 2021. № 76. С. 1–2.

28. Комунальна установа «Обласний центр комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» Запорізької обласної ради. Департамент соціального захисту населення, 2023. URL: https://dszn-zoda.gov.ua/content/комунальна-установа-»обласний-центр-комплексної-реабілітації-осіб-з-інвалідністю»

29. Конвенція про права осіб з інвалідністю від 13.12.2006 (ратифікація від 16.12.2009). (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text

30. Кравченко О.О. Соціальна реабілітація осіб з інвалідністю: погляд у минуле та перспективи сьогодення. Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини, Умань, 2017. С. 17.

31. Кункевич О.А. Дослідити особливості становлення реабілітації в Україні. Кафедра спортивної медицини здоров'я людини. Львів, 2021. С. 11.

32. Лікувальна фізична культура. Факультет здоров'я людини і туризму. Кафедра фізичної реабілітації, 2018. С. 24.

33. Лук’яненко А.М. Проблеми експертизи, реабілітації та працевлаштування осіб з обмеженими можливостями. М.:Медицина, 1982. 272 с.

34. Маруних В.В., Шевчук В.І. Особливості організації реабілітації осіб з обмеженими можливостями в Україні // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації осіб з обмеженими можливостями МОЗ України «Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з обмеженими можливостями» 16-17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – с. 13-25.

35. Методичні вказівки підготували: д.мед.н., професор В.М. Сокрут – завідувач медичної реабілітації ДонНМУ; к.мед.н., доцент Алексєєва Л.А. — доцент кафедри медичної реабілітації ДонНМУ, 2016. С. 86.

36. Мороз О. М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації. ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності. Міністерства хорони здоров’я України», Дніпропетровськ, 2013. С. 15.

37. Наказ Мінсоцполітики України «Про затвердження Порядку подання заявки та виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням» 07 листопада 2018 року № 1643. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0222-19#Text

38. Наказ Мінсоцполітики України «Питання надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю» 18 грудня 2018 року № 1905. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0011-19#Text

39. Наказ Про затвердження Положення про організацію професійної орієнтації населення. N 27/169/79 від 31.05.95. м. Київ. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0190-95#Text

40. Наказ Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями. 06.04.2015 № 379. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0425-15#Text

41. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – Київ : 2018. – 252 с.

42. Організація реабілітаційних заходів в умовах центру професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями. Методичний посібник для фахівців центрів професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями. Лютіж, 2009. С. 75.

43. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. – Київ, 2018. – 236 с.

44. Перелік державних реабілітаційних закладів перелік державних реабілітаційних закладів (центрів комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю. (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://hlukhiv-rada.gov.ua/novini/6135-perelik-derzhavnikh-reabilatatsijnikh-zakladiv

45. Положення «Про індивідуальну програму реабілітації інваліда». 23 травня 2007 р. № 757. (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/80133163

46. Попередження інвалідності та реабілітація: Доповідь Комітету ВООЗ із запобігання інвалідності та реабілітації // Всесвітня організація охорони здоров»я. - Женева, 1983.

47. Постанова Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» від 3 грудня 2009 р. № 1317. (Дата звернення: 11.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-п#Text

48. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям» від 21 листопада 2013 р. № 917. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/917-2013-п#Text

49. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з обмеженими можливостями»

від 8 грудня 2006 р. № 1686. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2018-п#Text

50. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» від 23 травня 2007 р. № 757. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/132-2020-п#Text

51. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з обмеженими можливостями і дітей з обмеженими можливостями технічними та іншими засобами» від 3 грудня 2009 р. № 1301. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0263282-10#Text

52. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів», від 5 квітня 2012 р. № 321. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-п

53. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)». (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80-2007-п#Text

54. Реабілітація. Генерація успішної дії. (Дата звернення: 15.10.2023). URL: https://gud.rv.ua/reabilitaciya

55. Ренкер К. Основи реабілітації: Науковий огляд.- М., 1980.- 116 с.

56. Сергієні О.В. Сучасні проблеми реабілітації осіб з обмеженими можливостями. – Дніпропетровськ: Поліграфіст, 1998. – 138 с.

57. Спільний наказ Мінсоцполітики та Мінохорони здоров’я «Про затвердження переліку технічних та інших засобів реабілітації, їх класифікаційних шифрів та відповідних їм хвороб за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони

здоров'я» від 30 вересня 2014 року № 708/685. (Дата звернення: 12.10.2023). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0074-21#Text

58. Торохтін О.М. // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2003. – № 3 (35). – С. 32-38.

59. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Національна служба здоров'я України. (Дата звернення: 16.10.2023). URL: https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts

60. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина: Підручник для студентів і лікарів / За заг. ред. В.М.Сокрута. — Краматорськ: Каштан, 2019. — 480 с., 32 іл.

61. Chubon R. A. Social and psychological foundations of rehabilitation. Springfield, Ill., USA : Charles C. Thomas, 1994. 262 c.

62. Gallagher H. G. By trust betrayed: patients, physicians, and the license to kill in the third reich. Vandamere Press, 1995.

63. Gostin L. O. «Old» and «new» institutions for persons with mental illness: treatment, punishment or preventive confinement?. Public health. 2008. T. 122, № 9. C. 906–913. URL: https://doi.org/10.1016/j.puhe. 2007.11.003 (дата звернення: 13.10.2023).

64. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami (PFRON). (Дата звернення: 10.10.2023). URL: https://mapujpomoc.pl/uk/placowki/panstwowy-fundusz-rehabilitacji-osob-z-niepelnosprawnosciami-pfron-державний-фонд-реабіліт/

65. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz sprzęt rehabilitacyjny. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (Дата звернення: 10.10.2023). URL: https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/rehabilitacja/przedmioty-ortopedyczne-i-srodki-pomocnicze/

66. Roșescu B. V. Coudraie & les hêtres homes / FWG architects sàrl. *ArchDaily*. URL: https://www.archdaily.com/988156/coudraie-and-les-hetres-homes-

fwg-architectssarl?ad_source=search&ad_medium=projects_tab (дата звернення: 13.11.2022).

67. Sánchez D. Centre for cancer and health / NORD architects. *ArchDaily*. URL: https://www.archdaily.com/430800/centre-for-cancer-and-health-nord-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab (дата звернення: 13.11.2022).

68. Sigerist H. E. A history of medicine. New York : Oxford University Press, 1961.

69. Turnusy rehabilitacyjne. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. (Дата звернення: 10.10.2023). URL: https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/rehabilitacja/turnusy-rehabilitacyjne/