

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО
ФАКУЛЬТЕТ ПРАВА, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ І МЕНЕДЖМЕНТУ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «**Формування системи реабілітації в Україні**»

здобувача 2 курсу МАПУАЗ групи
Освітньої програми: Публічне управління та адміністрування
Спеціальності: 281 Публічне управління та адміністрування
Галузі знань: 28 Публічне управління та адміністрування
Ступеня вищої освіти: магістр
Штогрин Роман Леонідович

Науковий керівник: **Лапшин С.А.**
Використання чужих ідей, результатів і текстів мають
посилання на відповідне джерело

(підпис) (ініціали, прізвище)

Розширена шкала _____
Кількість балів _____
Оцінка ECTS _____
Голова Комісії _____
Члени комісії _____

м.Вінниця 2024 р.

АНОТАЦІЯ

Штогрин Р.Л. Формування системи реабілітації в Україні. 281 Публічне управління та адміністрування. Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, м.Вінниця, 2024 р.

Кваліфікаційна робота присвячена комплексному аналізу процесу формування системи реабілітації в Україні в умовах сучасних соціально-економічних та політичних викликів. У дослідженні охарактеризовано основні концептуальні підходи до побудови інтегрованої системи реабілітації, яка поєднує медичну, соціальну, психологічну та професійну складові, забезпечуючи всебічну підтримку людей з інвалідністю та інших категорій осіб, які потребують реабілітаційних послуг.

Проаналізовано нормативно-правову базу України в галузі реабілітації, її відповідність міжнародним стандартам та рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я. Розглянуто роль інституцій громадянського суспільства, органів державної влади, громад та реабілітаційних установ у розвитку інфраструктури реабілітаційних послуг.

Дослідження включає порівняльний аналіз моделей реабілітаційних систем у країнах Європейського Союзу, що дозволяє визначити найкращі практики та адаптувати їх до українських умов. Особливу увагу приділено розробці мультидисциплінарного підходу, який передбачає взаємодію фахівців різних сфер, таких як медицина, фізична терапія, ерготерапія, психологія та соціальна робота.

Виявлено основні проблеми, які уповільнюють розвиток ефективної системи реабілітації в Україні: недосконалість правового регулювання, недостатнє фінансування, брак професійних кадрів, низький рівень доступності послуг, а також слабкий розвиток інклюзивної інфраструктури. Водночас визначено перспективи вдосконалення цієї системи, зокрема шляхом модернізації реабілітаційних установ, створення умов для професійної підготовки кадрів, впровадження новітніх технологій та розробки індивідуальних реабілітаційних програм.

У роботі обґрунтовано, що ключовим завданням є забезпечення інклюзивності та доступності реабілітаційних послуг для кожного громадянина. Реалізація зазначених заходів сприятиме інтеграції людей з інвалідністю у суспільне життя, підвищенню їх якості життя та рівня соціального захисту, а також утвердженню України як держави, що гарантує права та свободи кожного громадянина.

Ключові слова: реабілітація; інвалідність; система реабілітації; соціальний супровід; інклюзія; мультидисциплінарний підхід; Україна; публічне управління; нормативно-правова база; інтеграція.

ABSTRACT

Shtogrin R.L. Formation of the rehabilitation system in Ukraine. 281 Public management and administration. Vinnytsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kotsiubynsky, Vinnytsia, 2024

The qualification work is devoted to a comprehensive analysis of the process of forming the rehabilitation system in Ukraine in the context of modern socio-economic and political challenges. The study describes the main conceptual approaches to building an integrated rehabilitation system that combines medical, social, psychological and professional components, providing comprehensive support for people with disabilities and other categories of people in need of rehabilitation services.

The regulatory and legal framework of Ukraine in the field of rehabilitation, its compliance with international standards and recommendations of the World Health Organization, is analyzed. The role of civil society institutions, state authorities, communities and rehabilitation institutions in the development of the rehabilitation services infrastructure is considered.

The study includes a comparative analysis of models of rehabilitation systems in the countries of the European Union, which allows to identify best practices and adapt them to Ukrainian conditions. Particular attention is paid to the development of a multidisciplinary approach, which involves the interaction of specialists from various fields, such as medicine, physical therapy, occupational therapy, psychology and social work.

The main problems that slow down the development of an effective rehabilitation system in Ukraine are identified: imperfect legal regulation, insufficient funding, lack of professional staff, low level of accessibility of services, as well as weak development of inclusive infrastructure. At the same time, prospects for improving this system are identified, in particular by modernizing rehabilitation institutions, creating conditions for professional training of personnel, introducing the latest technologies and developing individual rehabilitation programs.

The paper substantiates that the key task is to ensure inclusiveness and accessibility of rehabilitation services for every citizen. The implementation of these measures will contribute to the integration of people with disabilities into public life, improving their quality of life and level of social protection, as well as establishing Ukraine as a state that guarantees the rights and freedoms of every citizen.

Keywords: rehabilitation; disability; rehabilitation system; social support; inclusion; multidisciplinary approach; Ukraine; public administration; regulatory framework; integration.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	6
1.1. Стан наукової розробки проблем системи реабілітації	6
1.2. Нормативно-правова база наукового дослідження	14
1.3. Методологічні засади наукового дослідження.....	26
РОЗДІЛ 2. РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ (СТРАТЕГІЯ, МОДЕЛЬ, МЕХАНІЗМИ, СУБ'ЄКТИ, РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ).....	32
2.1. Державна політика у сфері реабілітації в Україні: стратегія, цілі, завдання, модель.....	32
2.2. Механізм державного управління та суб'єкти у сфері реабілітації в Україні.....	46
2.3. Ресурсне забезпечення реабілітації: кадрове, наукове, інформаційне, матеріальне-технічне, фінансове	57
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА УКРАЇНСЬКА ПРАКТИКА.....	66
3.1. Аналіз світового досвіду побудови системи реабілітації	66
3.2. Напрямки та шляхи удосконалення системи реабілітаційної допомоги в Україні	84
ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	92
ДОДАТКИ.....	101

ВСТУП

Формування ефективної системи реабілітації в Україні є надзвичайно актуальним питанням, зважаючи на численні соціальні, медичні та економічні виклики, з якими стикається суспільство. Критичності питанню додає військова агресія РФ та активні бойові дії. В Україні на даний момент не існує єдиної системи реабілітаційної допомоги. Відсутність цілісної системи реабілітації впливає на якість життя людей з інвалідністю та людей, які отримали серйозні травми або перенесли захворювання, а також на можливості їх соціальної адаптації та інтеграції у суспільство. Без належної реабілітаційної допомоги значна частина людей не зможе інтегруватись в активне соціальне життя, зіштовхнеться з соціальною ізоляцією, дискримінацією, низьким рівнем життя. Формування ефективної системи реабілітаційної допомоги є одним із шляхів покращення умов для їх адаптації та інтеграції в суспільство. На сьогоднішній день в Україні існує велика потреба в модернізації та розвитку медичних та соціальних послуг для осіб з інвалідністю та тих, хто потребує реабілітації після травм чи хвороб. Інвестиції в систему реабілітації є економічно вигідними. Реабілітація допомагає повернути людину до активного життя, праці та самостійності, що дозволяє знизити державні витрати на соціальну допомогу та за рахунок інтеграцію у ринок праці покращити економічну ситуацію вілому. Реабілітаційна допомога безпосередньо впливає на якість медичних послуг в цілому. Система, що включає якісну реабілітацію, дозволяє зменшити ризики повторних госпіталізацій, ускладнень після травм або хвороб, покращує функціональні можливості пацієнтів і допомагає уникнути інвалідності.

Проблеми розвитку системи реабілітації в Україні накопичувалися десятиліттями, і їх вирішення стає нагальною вимогою сьогодення. Формування ефективної системи реабілітації в Україні є критично важливим на тлі російсько-української війни, що триває вже понад два роки. Військові дії

спричинили значне зростання кількості осіб, які потребують комплексної реабілітації, включаючи поранених військових, ветеранів, переселенців, цивільних, постраждалих від фізичних та психологічних травм. За даними Міністерства охорони здоров'я, лише за останній рік кількість людей, які потребують реабілітаційних послуг, збільшилася на 30%, а близько 20% населення потребують психологічної підтримки через наслідки бойових дій.

За статистичними даними, в Україні налічується близько 3 мільйонів осіб з інвалідністю, а також 12 мільйонів пенсіонерів і хворих із хронічними захворюваннями. Серцево-судинні та судинно-мозкові недуги спричиняють майже дві третини усіх летальних випадків і третину випадків інвалідності. Щороку в Україні фіксується приблизно 107 тисяч інсультів, 50 тисяч випадків інфаркту міокарда, 4 тисячі набутих вад серця, а також народжується понад 3,5 тисячі дітей з вродженими вадами серця [4; 15]. Показник смертності від судинних захворювань головного мозку за останні 15 років зріс на 18,2 % і наразі становить 223,1 особи на 100 тисяч населення.

Зростання захворювань, що призводять до зменшення тривалості життя, збільшення смертності та інвалідності, а також погіршення умов праці та проживання в екологічно неблагополучних зонах, є об'єктивними факторами, які вимагають рішучих дій для збереження здоров'я населення. Важливе значення має проведення комплексу заходів з медичної реабілітації для підтримки якості життя пацієнтів з хронічними захворюваннями, осіб, які перенесли важкі хвороби, інвалідів, дітей-інвалідів, а також осіб похилого віку.

Ситуацію значно ускладнила агресія рф, яка призвела до потреби висококваліфікованої психологічної допомоги [21]. Психологи вказують на те, що при недостатньому лікуванні поствоєнні симптоми можуть не тільки повернутися, але й посилитися з часом. Учасники бойових дій часто страждають від безсоння, емоційної вразливості. Для нормальної адаптації до мирного життя їм необхідно пройти відповідну реабілітацію. Війна негативно

впливає на психологічне здоров'я, тому потреба в лікуванні зростає з кожним днем.

Фундаментальні аспекти організації системи реабілітації в Україні були закладені в роботах таких вітчизняних та зарубіжних авторів, як Г.Бойко, Л.Гончаренко, Т.Костенко, О.Середа, В.Синиця, Т.Ткаченко та інших. Дослідження, присвячені проблемам розвитку реабілітаційних систем, проводили також закордонні вчені, зокрема, такі як А. Фостер, Е.Річардсон, С.Гілберт, М.Мур, Л.Парсонс, Б.Сміт. Серед українських науковців, які вносять вагомий внесок у вивчення питань реабілітації, можна виділити таких, як І.Зозуля, М.Шевченко, О.Костюк, О.Федоренко, М.Чекман та ін. Ці дослідники аналізують аспекти формування та розвитку системи реабілітації, а також шляхи вдосконалення підходів до надання реабілітаційних послуг в Україні, що підкреслює актуальність теми формування ефективної системи реабілітації в умовах сучасних викликів.

Відсутність ефективних механізмів реабілітації є серйозною проблемою, що потребує термінового вирішення. Процес реабілітації хворих, осіб з інвалідністю та тих, хто постраждав під час бойових дій, є тривалим і вимагає залучення кваліфікованих фахівців різного профілю. Для успішної реалізації програми необхідно розширення державних програм, активне впровадження сучасних технологій в реабілітаційний процес та створення універсальних реабілітаційних центрів, які відповідатимуть сучасним вимогам. Таким чином, формування системи реабілітації в Україні є не лише актуальним, але й критично важливим завданням для забезпечення здоров'я та благополуччя населення.

Мета роботи полягає в аналізі існуючих проблем у системі реабілітації та визначенні ефективних шляхів їх вирішення.

Завданням роботи є дослідження структури та функціонування системи реабілітації в Україні, визначення ролі різних суб'єктів у процесі реабілітації, а

також оцінка ефективності впроваджених програм. Реалізація поставленої мети в дослідженні формування системи реабілітації в Україні обумовлює необхідність вирішення наступних задач:

1. Провести теоретичний аналіз понятійного апарату, цілей і функцій системи реабілітації в Україні;
2. Узагальнити та систематизувати принципи реалізації державної політики в сфері реабілітації;
3. Визначити основні проблеми та напрямки модернізації системи реабілітації в Україні;
4. Дослідити роль державного управління у сфері реабілітації та його вплив на якість надання реабілітаційних послуг;
5. Проаналізувати сучасні моделі реабілітації, які реалізовані у країнах із розвиненими системами охорони здоров'я;
6. Дослідити напрямки та шляхи удосконалення системи реабілітаційної допомоги в Україні.

Об'єктом дослідження є система реабілітації в Україні, а **предметом** – практичні аспекти реабілітації людей з інвалідністю та людей, які перенесли серйозні травми або захворювання.

Методи, що були використані під час дослідження, включають аналіз статистичних даних, огляд літератури, а також експертні інтерв'ю. **Практичне значення** одержаних результатів полягає у розробці рекомендацій для удосконалення системи реабілітації в Україні, що сприятиме підвищенню якості життя осіб з інвалідністю та інших груп населення, які потребують реабілітаційних послуг.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Основні положення дослідження обговорювались на III Всеукраїнській науково-практичній конференції «Політичні, правові та організаційні проблеми діяльності органів

публічної влади та публічних службовців у воєнний та повоєнний період» (21 червня 2024 р., м.Вінниця).

Результати дослідження висвітлено в 2 статтях:

1. Штогрин Р.Л., Шлапак О.В., Береженна Л.Ю. Реабілітація людей з інвалідністю в контексті інтеграції на відкритий ринок праці через соціальний супровід. *Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Політичні, правові та організаційні проблеми діяльності органів публічної влади та публічних службовців у воєнний та повоєнний період» 21 червня 2024 р.* Вінниця: ТОВ «Друк», 2024. С.188-191.

2. Штогрин Р.Л., Шлапак О.В., Береженна Л.Ю. Механізм інтеграції навчальних тренувальних квартир у систему реабілітації та підтримки самостійного життя в Україні. *Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Політичні, правові та організаційні проблеми діяльності органів публічної влади та публічних службовців у воєнний та повоєнний період» 21 червня 2024 р.* Вінниця: ТОВ «Друк», 2024. С.191-194.

Обсяг і структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 130 сторінках комп'ютерного тексту, з яких основного 92 сторінки. Складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних літературних джерел із 82 найменуваннями.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Стан наукової розробки проблем системи реабілітації

Проблеми розвитку системи реабілітації в Україні накопичувалися протягом десятиліть, і тепер їх необхідно вирішувати в стислі терміни, оскільки цього вимагає реальність сьогодення. За інформацією з відкритих джерел станом на 1 січня 2024 року в Україні налічувалося 1 мільйон ветеранів, які потребують реабілітації. Прогнозована кількість ветеранів, членів їх сімей та сімей полеглих воїнів після перемоги складатиме близько 5 млн. осіб.

За статистичними даними, в Україні близько 3 мільйонів осіб мають інвалідність, а також 12 мільйонів пенсіонерів та хворих з хронічними захворюваннями. Серцево-судинні та цереброваскулярні хвороби є причиною майже двох третин усіх смертей та близько третини випадків інвалідності. Щороку в країні реєструється близько 107 тисяч випадків інсульту, 50 тисяч інфарктів міокарда, 4 тисячі набутих вад серця та народжується понад 3,5 тисячі дітей з вродженими вадами серця. За останні 15 років смертність від цереброваскулярних захворювань зросла на 18,2 % і нині складає 223,1 особи на 100 тисяч населення [1-3].

Поширення захворювань, які скорочують тривалість життя, збільшують смертність, інвалідність, травматизм, а також погіршення умов праці та життя в екологічно несприятливих зонах вимагають рішучих заходів для збереження здоров'я населення. Особливо важливими є заходи з медичної реабілітації для підтримки якості життя пацієнтів із хронічними хворобами, людей після тяжких захворювань, осіб з інвалідністю, дітей-інвалідів та літніх людей.

Військова агресія росії проти України призвела до тисяч загиблих і серйозних поранень серед цивільного населення. Згідно з даними Управління Верховного комісара ООН з прав людини, з 24 лютого 2022 року до 15 лютого

2023 року в Україні загинуло 8006 мирних жителів, зокрема 487 дітей. Протягом цього періоду 13 287 цивільних осіб отримали поранення, серед яких 954 — діти (рис.1.1.). Найбільше загиблих та поранених було зафіксовано в Донецькій та Луганській областях, де за рік війни загинуло 4295 людей і 7327 отримали поранення. Варто зазначити, що це лише дані, які задокументувала ООН, і насправді кількість жертв та постраждалих може бути в рази більшою. Багато випадків залишаються незареєстрованими, а на звільнених територіях продовжують знаходити масові поховання вбитих цивільних [32].

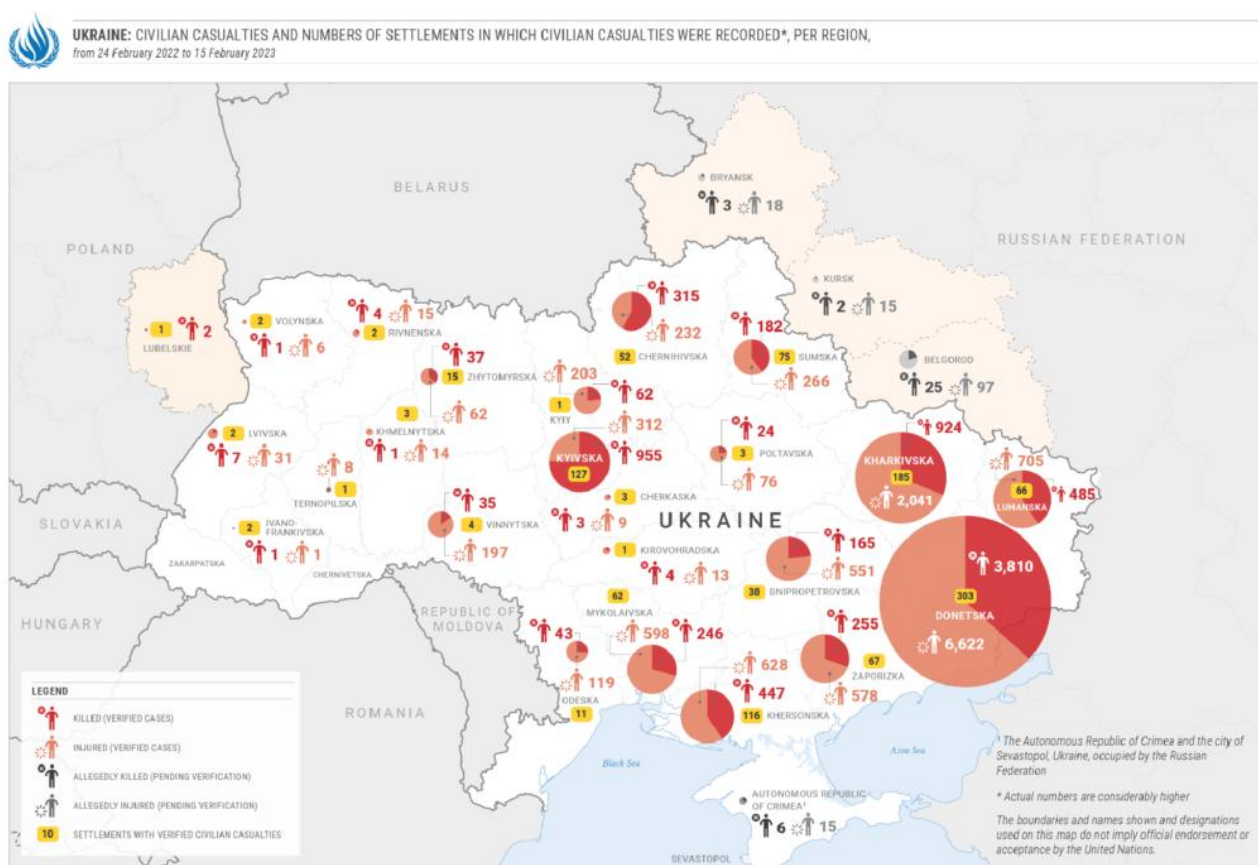


Рис. 1.1. Інвалідність внаслідок війни по областях України [67]

Психологи наголошують, що без належного лікування посттравматичні симптоми можуть не лише повертатися, але й посилюватися з часом. Багато солдатів, які пережили жахи війни, стикаються з безсонням, емоційною ізоляцією. Для успішної адаптації до мирного життя вони потребують психологічної реабілітації. Однак ветерани часто не звертаються за допомогою,

вважаючи, що час вилікує всі рани, і замість цього приховують свої емоції, що лише погіршує їхній психологічний стан. На фоні зазначених проблем особливо стають помітними недоліки у сфері відновного лікування в Україні. Однак вирішити їх неможливо без кардинальних змін у самій системі реабілітації.

У світі реабілітація здійснюється відповідно до міжнародної класифікації функціонування, яка в Україні практично не застосовується [8, с.23]. Наприклад, пацієнт із травмою хребта може мати кілька пов'язаних проблем, таких як порушення координації, функціонування серцево-судинної чи дихальної систем, травного тракту тощо. Реабілітація має охоплювати всі ці аспекти, враховуючи функціональний стан людини, а не тільки зосереджуватися на основному діагнозі. Пацієнта необхідно навчати не тільки рухатися, але й виконувати базові дії, такі як харчування та одягання, що потребує участі різних спеціалістів.

Хоча можна планувати різні зміни, реальні труднощі пов'язані з нестачею кваліфікованих кадрів. У світі реабілітація забезпечується великою кількістю фахівців, тоді як в Україні, за словами професора В.Стеблюка, голова комісії з реабілітації постраждалих в АТО, спеціальність «Медична реабілітація» довго не визнавалася. Як результат, реабілітацією займаються фахівці з інших галузей, таких як фізіотерапевти, неврологи чи травматологи. Лікарі й інструктори з лікувальної фізкультури зазвичай не володіють сучасними знаннями в галузі функціональної анатомії та принципів відновлення функцій. Це сприяло формуванню серед населення та медичних працівників хибного уявлення про необхідність періодичних госпіталізацій для реабілітації, що здебільшого зводиться до медикаментозної терапії. Така ситуація призвела до створення великої кількості стаціонарних ліжок, які потребують значних ресурсів.

Протягом останніх 20 років світові погляди на процес відновлення функцій після травм кардинально змінилися, але ці зміни досі не впроваджені в українську медицину. Наша система реабілітації не орієнтується на

індивідуальні цілі та потреби пацієнтів. Місія ВООЗ, що оцінювала реабілітаційні послуги в Україні в грудні 2015 року, зробила висновок про відсутність цілісної системи реабілітації та кадрового забезпечення, яке б відповідало міжнародним стандартам. Законодавча база є фрагментарною та не узгодженою між різними відомствами.

Для реформування реабілітаційної системи України потрібні роки. Важливими є також законодавчі зміни: розробка протоколів реабілітації для різних захворювань, травм та операцій, підготовка фахівців, створення матеріальної бази. За умови використання сучасних методів пацієнти можуть почати функціонувати вже в перші дні після операцій. Застарілі підходи до реабілітації потребують оновлення, щоб пацієнти швидше поверталися до соціального життя після важких травм чи захворювань.

У серпні 2016 року було внесено важливі зміни до Національного класифікатора професій, додавши спеціальності «Лікар фізичної та реабілітаційної медицини», «Фізичний терапевт» і «Ерготерапевт». Вже в листопаді того ж року були затверджені кваліфікаційні характеристики цих професій. Наразі продовжує вдосконалюватися нормативна база, зокрема, впроваджуються міжнародні стандарти функціонування та здійснюється перепрофілювання низки закладів охорони здоров'я у реабілітаційні центри.

Однак для досягнення результатів необхідно не лише виконувати окремі кроки, а проводити комплексні та системні зміни. Важливо правильно спланувати їх послідовність [11]. Першочергово потрібно створити єдиний орган державної влади, який координуватиме діяльність усіх міністерств і відомств з питань реабілітації. Також слід розробити державну програму з реабілітації, прийняти відповідні закони та підзаконні акти. Необхідним кроком є запровадження нових освітніх програм, навчальних планів та стандартів, які визнаються на міжнародному рівні, а також перехід до нових моделей надання реабілітаційних послуг.

У 2015 році Міністерство охорони здоров'я України ініціювало створення робочих груп для розробки освітніх стандартів з підготовки фахівців у галузі медичної та фізичної реабілітації. У 2016 році Міністерство освіти і науки України заснувало науково-методичну комісію з охорони здоров'я та соціального забезпечення, де були сформовані підкомісії, які відповідають за розвиток медичної та фізичної реабілітації. Їх основне завдання – розробка сучасних освітніх стандартів для підготовки спеціалістів з реабілітації. Сьогодні вже затверджений стандарт підготовки бакалаврів у сфері фізичної реабілітації, а також завершуються роботи над стандартами для магістрів фізичної та ерготерапії, а також для докторів філософії [18-19]. Нові освітні стандарти передбачають підготовку магістрів за схемою «4+2» – тобто 4 роки бакалаврату і 2 роки магістратури, що відповідає європейським нормам. Основний акцент робиться на збільшенні кількості годин для освоєння практичних навичок, а також на застосуванні фізичної реабілітації для захворювань із високим рівнем смертності та інвалідності.

Попит на фахівців у сфері реабілітації дуже високий, але часу на їх підготовку недостатньо. Наприклад, щоб стати лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, потрібно 10 років навчання: 6 років для отримання медичного диплома і 4 роки інтернатури. Магістрам фізичної терапії чи ерготерапії потрібно щонайменше 6 років підготовки. Через це, поки не вдасться підготувати достатню кількість власних фахівців, ВООЗ рекомендує перекваліфіковувати лікарів-невропатологів та травматологів у спеціалістів із фізичної та реабілітаційної медицини шляхом 6-місячної теоретичної підготовки та річної практики. Лікарів-фізіотерапевтів та фахівців із лікувальної фізкультури пропонується перекваліфікувати за тією ж схемою, але з двома роками практики. Також пропонується перекваліфіковувати медсестер, інструкторів з лікувальної фізкультури та масажистів у фізичних терапевтів та ерготерапевтів шляхом однорічної практичної підготовки [12].

Максимальна ефективність реабілітації можлива лише при командній роботі фахівців. Зараз активно впроваджується модель, за якою реабілітаційні заходи координує команда, очолювана лікарем з фізичної та реабілітаційної медицини. До складу команди входять вузькі спеціалісти залежно від потреб пацієнта (кардіологи, травматологи, невропатологи), фізичні терапевти, ерготерапевти, а за необхідності також соціальні працівники, психологи, педагоги і юристи. Лікуючий лікар у цій команді буде виконувати роль консультанта. Для реалізації цієї моделі потрібно визначити принципи роботи мультидисциплінарної команди, її повноваження та місце в системі реабілітації, а також створити чітку процедуру планування реабілітації пацієнта з моменту надання невідкладної допомоги до амбулаторного або санаторно-курортного лікування.

Також варто звернути увагу на роль родини пацієнта у процесі відновлення. Реабілітаційний процес не може обмежуватися лише лікарняними стінами – він повинен тривати вдома. Успіх відновлення значною мірою залежить від того, наскільки сім'я розуміє свою важливу роль у виконанні рекомендацій лікарів та наскільки активно залучена до цього процесу [22]. Родині пацієнта потрібно проявляти особливу увагу, терпіння та витратити значні зусилля для підтримки хворого.

Це ставить перед поліклініками та сімейними лікарями завдання налагодження співпраці з родиною пацієнта, щоб зробити її активним учасником процесу відновлення та ефективним виконавцем рекомендацій для домашнього лікування. Основна роль у цьому процесі полягає в інформуванні членів сім'ї про характер і специфіку захворювання пацієнта, а також у навчанні їх методам проведення лікувальних заходів, таких як лікувальна фізкультура, масаж тощо. Також ВООЗ радить лікарям загальної практики оволодіти знаннями, що стосуються психологічної підтримки, професійної реабілітації та фізичного відновлення пацієнтів [34; 38]. Ці рекомендації є особливо

важливими для тих медичних працівників, які працюють у регіонах, де відсутня поетапна система медичної реабілітації.

Лише вирішивши ці питання, ми зможемо забезпечити високу конкурентоспроможність українських фахівців з реабілітації як на внутрішньому, так і на міжнародному ринках, а також гарантувати високу якість реабілітаційних послуг для населення. Якщо держава і суспільство зосередять зусилля на реальних кроках у цьому напрямку, реформування системи реабілітації в Україні відбудеться вже найближчим часом.

Вирішення завдань, пов'язаних із медичною реабілітацією, є складним і тривалим процесом для будь-якої держави. Проте навіть частковий прогрес у розв'язанні окремих питань реабілітації, зокрема на теоретичному рівні, може позитивно вплинути на якість життя осіб з інвалідністю та сприяти розвитку суспільства загалом.

У контексті реформування системи охорони здоров'я важливість медико-соціальної експертизи значно зросла. Реабілітація стала ключовим напрямком соціальної політики щодо осіб з інвалідністю, оскільки вона спрямована на формування психофізіологічного, професійного та соціального потенціалу кожної людини для її успішної інтеграції у різні сфери життя.

Практичний досвід показує, що реабілітаційні заходи є ефективними, якщо вони базуються на науково обґрунтованих підходах. Реалізація концепції реабілітації не є виключно медичним завданням, а потребує міждисциплінарного підходу, залучаючи фахівців з охорони здоров'я, соціальної сфери, педагогіки, психології, економіки та інших галузей. Крім того, важливою є активна участь пацієнта та його найближчого соціального оточення.

Ефективна реабілітація вимагає від лікаря не лише знань сучасних методів лікування, кінезотерапії, фізіотерапії та психотерапії, а й здатності комплексно оцінювати рівень дезадаптації пацієнта, враховуючи вплив середовища на його

стан та шляхи корекції цих впливів [80]. Часткове вирішення проблем медичної, соціальної та професійної реабілітації, навіть на теоретичному рівні, може значно покращити якість життя осіб з інвалідністю та сприяти прогресу суспільства.

Отже, формування системи реабілітації в Україні є багатовекторним та складним процесом, який потребує комплексного підходу і залучення різних фахівців. Хоча вирішення всіх проблем не може бути швидким, навіть часткові успіхи в цьому напрямі значно покращують якість життя людей з інвалідністю та сприяють їхній соціальній інтеграції. Сучасні реабілітаційні заходи, засновані на науково-обґрунтованих методах, є ключовим аспектом соціальної політики держави, спрямованої на відновлення психофізіологічного, професійного та соціального потенціалу осіб з інвалідністю. Ефективна система реабілітації є не лише медичним, але й соціальним інструментом, який стимулює загальний прогрес суспільства.

1.2. Нормативно-правова база наукового дослідження.

Нормативно-правова база сфери реабілітації в Україні є важливим елементом для забезпечення прав громадян на доступ до реабілітаційних послуг, особливо для осіб з інвалідністю, ветеранів, для людей, які постраждали від війни чи різних травм чи хвороб. Система реабілітації в Україні поступово розвивається і хоча вона перебуває на етапі формування вже є низка нормативно-правових актів, які регулюють ці питання.

Нормативно-правова база реабілітації в Україні є розгалуженою та включає як національні закони, так і міжнародні зобов'язання, що створюють основу для забезпечення прав осіб з інвалідністю та тих, хто потребує реабілітації після травм або хвороб. Проте, наявні законодавчі акти потребують постійного вдосконалення та адаптації до нових викликів та міжнародних

стандартів, що забезпечить ефективне функціонування реабілітаційної системи в Україні.

Нормативно-правова база сфери реабілітації охоплює низку законів, постанов КМУ, наказів та інших документів, що регулюють надання реабілітаційних послуг різним категоріям осіб. Це включає законодавство щодо людей з інвалідністю, людей після травм, хвороб, реабілітацію дітей, ветеранів війни, осіб, які зазнали психічних чи психологічних травм.

Основними нормативно-правовими актами, що регулюють сферу реабілітації в Україні є:

Конституція України (ст. 27, 46, 49) закріплює основні права людини, включаючи право на охорону здоров'я, медичну допомогу та соціальний захист. Зокрема, стаття 46 гарантує соціальну підтримку особам з інвалідністю, що є основою для розбудови системи реабілітації.

Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» - основний закон, що визначає механізми і принципи надання реабілітаційних послуг людям з інвалідністю. Цей закон визначає правові та організаційні основи реабілітації осіб з інвалідністю в Україні. Встановлюється комплексний підхід до реабілітації, що включає медичні, соціальні, професійні, психологічні та інші види допомоги. Закон також передбачає створення єдиної системи реабілітації, що охоплює різні сфери життя людей з інвалідністю, забезпечує доступність реабілітаційних послуг на всіх етапах від медичної допомоги до професійної інтеграції.

Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я». Цей закон регулює медичну реабілітацію осіб після травм, хвороб, інсультів, операцій, а також осіб з інвалідністю. Закон визначає організацію, стандарти, фінансування та надання медичних реабілітаційних послуг.

Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» — визначає права осіб з інвалідністю, включаючи реабілітацію як

важливу складову їх соціальної захищеності. Цей закон регулює питання соціального захисту осіб з інвалідністю, включаючи їх право на безкоштовне лікування, медичну та соціальну реабілітацію, забезпечення технічними засобами реабілітації. Закон також передбачає державну допомогу на реабілітацію, професійну орієнтацію та адаптацію осіб з інвалідністю до умов праці.

Закон України «Про психіатричну допомогу» — регулює надання психіатричної допомоги та реабілітаційних послуг для осіб, що страждають від психічних захворювань.

Закон України «Про соціальні послуги» — визначає надання соціальних послуг, зокрема реабілітаційних, різним категоріям населення, включаючи людей з інвалідністю, ветеранів війни, дітей і осіб похилого віку.

Закон України «Про охорону здоров'я». Цей закон є основою для медичної реабілітації в Україні. Він встановлює загальні принципи організації охорони здоров'я, включаючи доступність реабілітаційних послуг для всіх верств населення, що мають потребу в таких послугах. Також закон передбачає фінансування та розвиток медичних установ, що займаються реабілітацією.

Закон України «Про освіту». Закон передбачає інклюзивну освіту для осіб з інвалідністю, що є важливою частиною реабілітаційного процесу. Особи з інвалідністю повинні мати рівний доступ до освіти на всіх рівнях — від дошкільної до вищої освіти, що допомагає їм адаптуватися до соціуму і забезпечує можливість реалізувати свій потенціал. Важливою складовою є професійна реабілітація, тобто навчання осіб з інвалідністю певним професіям і навичкам для забезпечення їх працевлаштування.

Закон України «Про зайнятість населення». Цей закон охоплює аспекти працевлаштування осіб з інвалідністю і визначає програму професійної реабілітації для забезпечення рівного доступу до праці.

Україна є учасником кількох важливих міжнародних угод і конвенцій, що впливають на правову основу реабілітації осіб з інвалідністю:

- Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. Важливий міжнародний документ, який визначає права осіб з інвалідністю, включаючи право на медичну реабілітацію, доступність послуг і інтеграцію в суспільство. Україна ратифікувала цю конвенцію, і її положення є основою для формування державної політики у сфері реабілітації.
- Європейська соціальна хартія. Встановлює зобов'язання щодо забезпечення соціальних прав, включаючи права осіб з інвалідністю, доступність медичних та реабілітаційних послуг.
- Стратегії ЄС щодо інклюзії осіб з інвалідністю. Європейські директиви та стратегії сприяють розвитку інклюзивних політик в Україні.

Система реабілітації в Україні розвивається як невід'ємна частина державної соціальної політики, що спрямована на підтримку та відновлення фізичних, психічних і соціальних функцій осіб з інвалідністю, а також осіб, які зазнали різних видів травм або захворювань. Її формування ґрунтується на впровадженні міжнародних стандартів та зобов'язань, зокрема рекомендацій ООН і Всесвітньої організації охорони здоров'я, що встановлюють права людей на доступ до якісних реабілітаційних послуг та соціальну інтеграцію.

Основою системи є нормативно-правова база, яка закріплює принципи реабілітації та гарантії надання відповідних послуг [12-13]. Вона охоплює різні аспекти: від забезпечення рівного доступу до реабілітаційних заходів до розробки програм соціальної адаптації та професійної реабілітації. Ця база формується через відповідні закони та підзаконні акти, які регулюють порядок надання реабілітаційних послуг, визначають статус і права осіб з інвалідністю, а також встановлюють вимоги до інфраструктури реабілітаційних центрів та стандартів їхньої діяльності.

Значну роль у становленні системи реабілітації відіграють національні програми та стратегії, спрямовані на створення сприятливих умов для реабілітації. Їх метою є досягнення максимального рівня соціальної та економічної інтеграції осіб з інвалідністю, що забезпечується через доступ до освіти, працевлаштування та медичних послуг. Таким чином, формування реабілітаційної системи в Україні є багатогранним процесом, який потребує всебічної координації між державними органами, установами охорони здоров'я та соціальної допомоги, а також залучення громадськості для забезпечення ефективності й доступності реабілітаційних послуг для всіх верств населення [20-22].

Нормативно-правова база, яка регулює діяльність медико-соціальних експертних комісій в Україні, є важливим інструментом для забезпечення прав осіб з інвалідністю та реалізації системи реабілітації. Її основою є ряд законів, постанов, наказів та інших нормативних документів, які забезпечують систематичність і послідовність у наданні реабілітаційних послуг, визначенні інвалідності та формуванні індивідуальних програм реабілітації. Ці документи відображають не лише національні інтереси, а й впроваджують міжнародні стандарти у сфері захисту прав осіб з інвалідністю.

Основоположним у цій сфері є Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю», що регламентує права осіб з інвалідністю на соціальний захист та забезпечення необхідними реабілітаційними заходами [38]. Крім того, ключовим документом є Положення про медико-соціальну експертизу, яке визначає критерії та порядок встановлення інвалідності, а також інструкції, що регулюють діяльність медико-соціальних експертних комісій. Так, документи встановлюють процедуру огляду пацієнтів, розподіл груп інвалідності, а також критерії, за якими здійснюється оцінка стійкої втрати професійної працездатності.

У законодавстві також передбачено механізми розробки індивідуальних програм реабілітації для осіб з інвалідністю, які спрямовані на забезпечення комплексного підходу до реабілітаційного процесу. Зокрема, законодавство детально регулює питання забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, зокрема протезування, допоміжними засобами для осіб з фізичними вадами, автомобілями з ручним керуванням та іншими допоміжними засобами. Важливе значення також мають положення, що стосуються рідкісних (орфанних) захворювань, для яких передбачені особливі реабілітаційні заходи.

Однією з ключових функцій нормативно-правової бази є забезпечення належного соціального захисту для ветеранів війни та осіб, які постраждали внаслідок збройної агресії або інших бойових дій. Законодавство надає право цим категоріям осіб на особливі форми реабілітації, включаючи реабілітаційні програми для відновлення функцій після травм, контузій або інших ушкоджень, отриманих під час виконання службових обов'язків. У цьому контексті важливу роль відіграють документи, що регламентують порядок виплати одноразових грошових допомог у разі загибелі чи інвалідності внаслідок виконання службових обов'язків.

Таким чином, нормативно-правова база системи реабілітації в Україні є широкою та багатогранною. Вона покриває всі аспекти реабілітаційної діяльності, починаючи від первинної оцінки стану здоров'я осіб з інвалідністю і завершуючи їхньою соціальною адаптацією. Це дозволяє забезпечити ефективну координацію між медичними, соціальними та іншими органами для створення належних умов для інтеграції людей з інвалідністю у суспільне життя.

Нормативно-правова база реабілітаційної системи в Україні створює надійний фундамент для надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю, а також для розвитку інституційної інфраструктури. Вона охоплює правові та організаційні аспекти медико-соціальної експертизи, соціальної інтеграції, а

також процесу надання реабілітаційної допомоги [29]. Важливо, що ця база відповідає міжнародним стандартам, зокрема рекомендаціям ООН, Всесвітньої організації охорони здоров'я та Європейського Союзу, що забезпечує захист прав людей з інвалідністю на доступ до всіх видів соціальної підтримки та медичної допомоги.

Законодавство України регулює процес встановлення інвалідності через медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), які здійснюють кваліфіковану оцінку стану здоров'я особи. Відповідно до правових норм, комісії враховують фізичний стан, здатність до професійної діяльності, а також соціально-психологічні фактори. Після встановлення інвалідності особа має право на індивідуальну програму реабілітації, що включає медичну, професійну та соціальну підтримку. Важливим аспектом є індивідуальний підхід до потреб кожної особи, що дозволяє максимально адаптувати її до активного життя.

Державні програми реабілітації в Україні розробляються з урахуванням сучасних потреб населення та специфіки різних категорій осіб з інвалідністю, включаючи ветеранів бойових дій та людей, постраждалих внаслідок антитерористичної операції. Для цих груп розроблені спеціальні реабілітаційні заходи, що включають фізичну, психологічну та професійну реабілітацію, спрямовану на відновлення життєвих функцій та повернення до повноцінного соціального життя.

Окрім медико-соціальних комісій, важливу роль у реабілітаційній системі відіграють заклади охорони здоров'я та соціальної допомоги, які надають допомогу у вигляді технічних та інших засобів реабілітації [39]. Це включає протезування, ортопедичні засоби, засоби для пересування, слухові апарати та інші пристрої, необхідні для забезпечення нормального функціонування осіб з інвалідністю. Процес забезпечення такими засобами регулюється спеціальними наказами та постановами, які визначають критерії їх надання та стандарти якості.

Законодавство також передбачає спеціальні механізми для осіб, які отримали інвалідність унаслідок трудових або професійних захворювань, а також нещасних випадків на виробництві. Для них передбачена компенсаційна підтримка у вигляді соціальних виплат, а також можливість проходження професійної реабілітації для повернення до трудової діяльності. Така підтримка є ключовою частиною системи реабілітації, що сприяє не лише фізичному відновленню, але й соціально-економічній інтеграції.

Отже, нормативно-правова база реабілітаційної системи України є всеосяжною та спрямованою на захист прав і інтересів осіб з інвалідністю, створення умов для їхнього відновлення, соціальної адаптації та інтеграції. Вона забезпечує комплексний підхід до реабілітації, охоплюючи як медичні, так і соціально-економічні аспекти, що дозволяє ефективно підтримувати людей з обмеженими можливостями на всіх етапах їхнього життя.

Нормативно-правова база, що регулює реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні, є різноплановою і багаторівневою. Вона охоплює як національні, так і міжнародні стандарти, що дозволяє забезпечити ефективний соціальний захист та реабілітацію осіб, які втратили працездатність через інвалідність. Розширений аналіз ключових нормативних актів допоможе глибше зрозуміти правові механізми, що впливають на реабілітаційну політику держави.

Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання» закладає основу для правового регулювання відшкодування шкоди, завданої працівникам у процесі виконання трудових обов'язків [47-49]. Цей закон регулює питання щодо надання медичної допомоги, реабілітаційних послуг, компенсаційних виплат і захисту прав працівників, які втратили працездатність через нещасні випадки або професійні захворювання. Важливою складовою цього законодавчого акту є забезпечення осіб з інвалідністю можливістю професійної реабілітації з метою їх подальшого працевлаштування.

Окрім загальних законів, низка постанов Кабінету Міністрів України регулює спеціальні аспекти реабілітаційної політики. Наприклад, постанова від 19 січня 2022 р. №31 встановлює порядок здійснення реабілітаційних заходів, що включають медичну, психологічну та професійну реабілітацію. Ця постанова передбачає комплексну програму, яка враховує як фізичний стан, так і соціальні потреби осіб з інвалідністю.

Ще одним важливим елементом нормативно-правової бази є постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 року №1686, яка затверджує державну типову програму реабілітації інвалідів. Дана програма є ключовим документом, який визначає загальні принципи і підходи до реабілітації, зокрема соціальну та психологічну допомогу, медичне обслуговування, а також заходи з професійної підготовки та перепідготовки осіб з інвалідністю.

Постанова Кабінету Міністрів України від 12 квітня 2022 р. №454 додає важливі зміни щодо забезпечення осіб, які постраждали від військової агресії Російської Федерації, технічними та іншими засобами реабілітації. Держава зобов'язана надавати безкоштовно медичні засоби, зокрема протези та ортопедичні пристрої, що підвищує якість життя цих осіб і сприяє їх швидшому поверненню до активної участі в суспільному житті.

Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» є важливою частиною правової бази, яка забезпечує реабілітацію та соціальну інтеграцію ветеранів бойових дій [82]. Цей закон визначає перелік пільг і реабілітаційних заходів, що надаються учасникам бойових дій, особам, які отримали інвалідність під час захисту суверенітету та територіальної цілісності України.

Таким чином, аналіз нормативно-правової бази вказує на її всеосяжність та спрямованість на захист прав осіб з інвалідністю та осіб, постраждалих внаслідок бойових дій. Держава забезпечує комплексний підхід до реабілітації,

враховуючи медичні, соціальні та професійні потреби, що сприяє покращенню якості життя осіб з обмеженими можливостями та їх інтеграції в суспільство.

Нормативно-правова база реабілітації осіб з інвалідністю в Україні постійно оновлюється з метою адаптації до сучасних викликів і потреб громадян. Окрім базових законів, які регулюють права осіб з інвалідністю та процедури надання їм реабілітаційних послуг, значна увага приділяється спеціальним нормативно-правовим актам, які деталізують окремі аспекти реабілітаційної системи.

Необхідно також відзначити Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві», який є важливою ланкою в забезпеченні працівників, що отримали травми або професійні захворювання на робочому місці. Цей закон зобов'язує роботодавців та державні органи надавати компенсаційні виплати, медичну допомогу та доступ до реабілітаційних програм працівникам, що втратили працездатність. Закон передбачає медичну реабілітацію, професійну перепідготовку та соціальну адаптацію, що дозволяє постраждалим громадянам відновлюватися після травм та повертатися до праці.

Важливо також розглянути роль міжнародних стандартів у формуванні реабілітаційної системи в Україні. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, ратифікована Україною, є базовим документом, який закріплює принципи забезпечення прав осіб з інвалідністю на рівні з іншими громадянами. Вона вимагає від держави-учасниці створення безперешкодних умов для осіб з інвалідністю, а також доступу до освіти, праці та соціальних послуг. Цей міжнародний акт впливає на розробку національної правової бази та змушує Україну адаптувати своє законодавство до міжнародних стандартів у галузі прав людини.

Особливої уваги заслуговує Постанова Кабінету Міністрів України №757 від 23 травня 2007 року, яка затверджує положення про індивідуальну програму

реабілітації інвалідів [38]. Це положення передбачає розробку для кожної особи з інвалідністю індивідуального плану, що включає комплекс заходів із медичної, соціальної та професійної реабілітації. Такий підхід є важливим, оскільки дозволяє враховувати специфічні потреби кожної особи, забезпечуючи максимально ефективну реабілітацію.

Отже, аналізуючи нормативно-правову базу реабілітації в Україні, можна відзначити її комплексність та спрямованість на створення умов для всебічної підтримки осіб з інвалідністю. Важливим є акцент на індивідуалізацію реабілітаційних заходів, медичний супровід та соціальну підтримку, що дозволяє поступово інтегрувати осіб з інвалідністю в суспільство і забезпечити їм належну якість життя.

Нормативно-правова база, що регулює систему реабілітації в Україні, продовжує розвиватися у відповідь на соціальні та медичні виклики, зокрема з огляду на процеси євроінтеграції та сучасні міжнародні стандарти. Одним із важливих аспектів цієї бази є постійна адаптація до умов воєнного стану, що зумовлює збільшення кількості осіб, які потребують медико-соціальної реабілітації через отримані поранення та психологічні травми.

Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», із змінами від 2017 року, закріплює базові принципи соціального захисту осіб з інвалідністю [65]. Він передбачає створення державних механізмів підтримки та реабілітації осіб з фізичними та психічними вадами, включаючи спеціалізовані медичні послуги, технічні засоби реабілітації, а також сприяння зайнятості. Закон є фундаментом для всіх подальших правових актів, що регулюють різні аспекти інтеграції осіб з інвалідністю в суспільне життя.

У межах реалізації цього закону, вагомим документом є Постанова Кабінету Міністрів України №321 від 2012 року, яка визначає порядок забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю.

Це включає не лише постачання медичних засобів, але й допомогу у вигляді технічного обладнання, необхідного для адаптації в повсякденному житті, таких як протези, слухові апарати, засоби мобільності [9]. Важливо, що цей нормативний акт враховує індивідуальні потреби осіб і передбачає доступ до різних видів засобів залежно від фізичного стану.

Важливу роль у структурі нормативно-правової бази відіграє Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю», прийнятий у 2005 році, який встановлює основи правових, організаційних та економічних умов для забезпечення реабілітації осіб з інвалідністю. Цей закон охоплює широкий спектр заходів, включаючи медичну, фізичну, психологічну та соціально-професійну реабілітацію, що дозволяє особам з інвалідністю не лише покращити свій фізичний стан, але й знову інтегруватися в суспільне життя.

Однією з найбільш прогресивних ініціатив цього закону є розробка індивідуальних програм реабілітації для кожної особи, що дозволяє враховувати всі аспекти стану її здоров'я та соціальних потреб. Індивідуальна програма реабілітації є комплексним підходом до забезпечення ефективної допомоги, вона включає рекомендації з медичних, соціальних, трудових та психологічних аспектів.

У контексті державного регулювання реабілітаційних заходів важливим є Наказ Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 2020 року, який затверджує перелік діагнозів, що відповідають найменуванням технічних та інших засобів реабілітації. Цей документ ґрунтується на міжнародній класифікації хвороб і дозволяє чітко визначити критерії для надання відповідних засобів реабілітації. Він забезпечує стандартизацію реабілітаційних послуг на національному рівні та полегшує процеси їх отримання для осіб з інвалідністю.

Окрім цього, важливо враховувати Порядок призначення та виплати одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності або

часткової втрати працездатності військовослужбовців, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України у 2013 році [70]. Цей нормативний акт, особливо актуальний у нинішній час, гарантує військовослужбовцям або їхнім родинам виплати у разі травм або смерті під час виконання службових обов'язків. У документі враховані специфічні медичні та реабілітаційні потреби військовослужбовців, а також передбачено пільги та соціальну підтримку для їх адаптації до мирного життя після служби.

В умовах воєнного стану та післявоєнної відбудови значна увага приділяється саме реабілітації осіб, які постраждали внаслідок бойових дій. Це вимагає внесення змін до чинної нормативно-правової бази, що передбачають розширення програм фізичної та психологічної реабілітації, забезпечення спеціалізованими технічними засобами, а також соціальної підтримки для постраждалих та їхніх родин.

Таким чином, система реабілітації в Україні побудована на принципах забезпечення комплексної та індивідуальної допомоги особам з інвалідністю. Нормативно-правова база забезпечує доступ до медичних, технічних, соціальних та психологічних послуг, сприяючи їх інтеграції у суспільне життя та підвищуючи якість життя осіб з інвалідністю. Державна політика спрямована на подальше вдосконалення системи реабілітації, зокрема у контексті нових викликів, що постають перед країною в умовах воєнних дій.

Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання» від 1999 року також відіграє ключову роль у формуванні реабілітаційної системи. Він передбачає соціальні виплати та компенсації у разі втрати працездатності внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання [33]. Окрім соціальної допомоги, закон також зобов'язує державу забезпечити постраждалих осіб необхідною медичною допомогою та реабілітаційними послугами для відновлення їхньої працездатності. У межах цього закону

держава гарантує фінансування лікування та реабілітації осіб, що постраждали внаслідок таких інцидентів, а також надає пільги для забезпечення технічними засобами реабілітації.

Таким чином, система реабілітації в Україні передбачає всебічну правову підтримку та соціальні гарантії для осіб, що постраждали внаслідок бойових дій, нещасних випадків або професійних захворювань. Нормативно-правова база охоплює широке коло законодавчих актів, які регулюють надання медичних, соціальних та психологічних послуг для осіб з інвалідністю, включаючи індивідуальні програми реабілітації та пільгове забезпечення технічними засобами реабілітації.

1.3. Методологічні засади наукового дослідження.

Методологічні засади наукового дослідження формування системи реабілітації в Україні базуються на комплексному підході, який охоплює різноманітні аспекти медичної, соціальної та правової реабілітації осіб з інвалідністю. Дослідження має на меті виявлення слабких місць існуючої системи, аналіз чинників, що впливають на її ефективність, а також розробку рекомендацій щодо вдосконалення механізмів реабілітації.

Перш за все, дослідження реалізується через системний підхід, який дозволяє вивчити реабілітацію як комплексну та багатогранну систему. Ця система включає в себе не лише медичні послуги, а й соціальну підтримку, правову допомогу та економічні чинники. Аналіз цих елементів допомагає зрозуміти, як вони взаємодіють між собою та впливають на якість життя осіб з інвалідністю [23]. Особлива увага приділяється вивченню взаємозв'язків між державними установами, неурядовими організаціями та іншими суб'єктами, які забезпечують реабілітаційні послуги.

Важливим аспектом є правовий аналіз, який включає в себе детальне вивчення чинної нормативно-правової бази, що регулює діяльність реабілітаційних служб в Україні. Аналіз наявних законів дозволяє виявити прогалини в правовому регулюванні та розробити пропозиції щодо вдосконалення законодавства, яке забезпечує реалізацію прав осіб з інвалідністю на реабілітацію.

Соціологічний аспект дослідження спрямований на вивчення суспільних уявлень про реабілітацію, а також на оцінку потреб і вимог різних груп населення. Застосування соціологічних методів, таких як опитування, глибинні інтерв'ю та фокус-групи, дає можливість зібрати інформацію про ставлення громадськості до осіб з інвалідністю, їхній доступ до реабілітаційних послуг та рівень задоволеності цими послугами [10]. Це допомагає виявити проблеми, з якими стикаються ці особи, та розробити рекомендації щодо покращення їхньої інтеграції в суспільство.

Медичний підхід передбачає детальний аналіз медичних аспектів реабілітації, зокрема вивчення сучасних методик лікування та реабілітаційних програм. Дослідження охоплює питання ефективності застосування різних медичних технологій і методів, які використовуються в реабілітації, а також їх відповідності міжнародним стандартам. Також важливим є моніторинг результативності медичних втручань та оцінка їх впливу на якість життя пацієнтів.

Крім того, порівняльний підхід дозволяє вивчити міжнародний досвід у сфері реабілітації, що може слугувати основою для удосконалення національної системи. Аналіз систем реабілітації в інших країнах дозволяє виявити успішні практики та адаптувати їх до українських реалій, враховуючи культурні, соціальні та економічні особливості.

Загалом, методологічні засади наукового дослідження формування системи реабілітації в Україні забезпечують глибоке та комплексне вивчення

цієї складної проблеми, спрямоване на створення ефективної системи реабілітації, яка відповідає потребам усіх категорій осіб з інвалідністю, сприяє їхній соціальній інтеграції та покращує якість життя.

Методологічні засади наукового дослідження формування системи реабілітації в Україні орієнтуються на виявлення, аналіз і вирішення комплексних питань, які впливають на якість життя осіб з інвалідністю. Вони включають системний підхід, що дозволяє розглядати реабілітацію як багатогранний процес, що потребує інтеграції різних складових, зокрема медичних, соціальних, економічних та правових аспектів.

Системний підхід передбачає вивчення реабілітації як соціального явища, що вимагає комплексного аналізу на всіх рівнях – від індивідуального до суспільного. Це включає в себе оцінку потреб осіб з інвалідністю, вивчення їхнього соціального контексту та взаємодії з навколишнім середовищем. Системний аналіз дає можливість виявити ключові проблеми в організації реабілітаційного процесу та сформулювати рекомендації щодо їхнього вирішення [24].

Методи дослідження в цій сфері можуть включати якісні та кількісні підходи. Якісні методи, такі як глибинні інтерв'ю та фокус-групи, дозволяють вивчати переживання, ставлення та побоювання осіб з інвалідністю, а також їхніх близьких. Кількісні методи, такі як анкетування, надають змогу отримати статистичні дані щодо чисельності осіб з інвалідністю, їхніх потреб, а також оцінити ефективність існуючих програм реабілітації.

Важливо також залучати міждисциплінарний підхід, який поєднує знання з різних галузей – медицини, соціології, психології, права. Це дозволяє сформувати цілісне уявлення про проблему та розробити ефективні стратегії реабілітації. Наприклад, вивчення психологічних аспектів реабілітації може допомогти виявити бар'єри, що виникають внаслідок стресу або депресії, які

часто супроводжують інвалідність, а медичний аналіз може окреслити можливості для фізичного відновлення.

Наукове дослідження має також враховувати міжнародний контекст, оскільки існує безліч кращих практик з інших країн, які можуть бути адаптовані до українських умов. Має включати дослідження ефективності іноземних програм, що сприяють реабілітації, а також оцінку їхньої здатності впроваджуватися в українське законодавство та практику.

Крім того, важливим аспектом є моніторинг та оцінка ефективності вже реалізованих програм реабілітації. Це дозволяє виявити сильні та слабкі сторони існуючої системи, а також розробити рекомендації щодо її вдосконалення. Оцінка може здійснюватися на основі збору даних про результати реабілітації, їхнього впливу на якість життя осіб з інвалідністю, а також задоволеності послугами реабілітації.

Ключовими елементами методології також є активна участь усіх зацікавлених сторін у процесі формування та реалізації системи реабілітації. Зокрема, включає не лише державні органи, але й представників громадських організацій, фахівців у галузі реабілітації, а також самих осіб з інвалідністю. Співпраця між цими групами є важливою для забезпечення комплексного підходу до реабілітації та врахування різноманітних потреб.

Узагальнюючи, методологічні засади наукового дослідження формування системи реабілітації в Україні охоплюють широке коло аспектів і підходів, що дозволяє створити комплексну і ефективну систему підтримки осіб з інвалідністю. Даний підхід спрямований на забезпечення їхнього соціального включення, покращення якості життя і створення умов для реалізації потенціалу в суспільстві.

Методологічні засади наукового дослідження теми формування системи реабілітації в Україні передбачають ґрунтовне вивчення та аналіз соціальних, правових, психологічних і медичних аспектів, що впливають на побудову

ефективної реабілітаційної інфраструктури [22]. Дослідження спирається на історичний контекст розвитку систем реабілітації як в Україні, так і на міжнародному рівні, що дозволяє оцінити, які чинники вплинули на існуючу систему, і які аспекти потребують реформування.

Для побудови повноцінної системи реабілітації ключовим є врахування еволюційних змін у суспільстві. Зокрема, врахування зміни ставлення до осіб з інвалідністю – від медичної моделі, яка зосереджувалася виключно на фізичних потребах людини, до соціальної моделі, де акцент робиться на усунення бар'єрів для повноцінної участі у житті суспільства. Такий підхід дозволяє враховувати не лише фізичні аспекти реабілітації, але й соціальні, правові, освітні й економічні аспекти життя людини.

Методологія дослідження включає ретельне вивчення чинного законодавства України в сфері соціального захисту та реабілітації осіб з інвалідністю. Аналіз законодавчих норм дозволяє оцінити, наскільки вони відповідають міжнародним стандартам і реальним потребам громадян. Крім того, важливим є дослідження законодавчих прогалин, які можуть стати перешкодою на шляху до ефективної реабілітації. Особливу увагу слід приділити адаптації національного законодавства до міжнародних нормативно-правових актів, зокрема до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю.

Для глибшого розуміння проблематики реабілітації в Україні проводяться емпіричні дослідження, які включають збір даних через інтерв'ю, опитування, спостереження та аналіз документів [78]. Такий підхід допомагає отримати актуальну інформацію про стан реабілітаційних послуг в Україні, потреби осіб з інвалідністю, а також про виклики, з якими вони стикаються на шляху до отримання необхідної допомоги.

Увага також зосереджується на формуванні кадрової системи, яка повинна забезпечити висококваліфікованих фахівців у сфері реабілітації. Вивчення освітніх програм і стандартів підготовки реабілітологів є важливою

частиною методології дослідження. Сучасна реабілітація вимагає від фахівців широкого спектру знань – від медицини до психології та соціальної роботи. Тому розробка відповідних освітніх програм є ключовим аспектом у побудові системи реабілітації.

Крім того, важливим компонентом методології є вивчення досвіду інших країн, які вже впровадили ефективні реабілітаційні системи. Таке порівняння дозволяє виявити можливі шляхи оптимізації національної системи через впровадження успішних міжнародних практик, адаптованих до українських реалій.

Психологічний аспект реабілітації є ще однією важливою складовою, яку методологія дослідження не залишає поза увагою. Оскільки реабілітація – це не лише фізичне відновлення, а й процес соціальної та психологічної адаптації, дослідження зосереджується на розробці підходів, що сприяють відновленню особистої ідентичності, подоланню травматичного досвіду та інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство [78-79].

Формування системи реабілітації в Україні передбачає також створення інфраструктури, що відповідає потребам людей з інвалідністю. Це включає в себе як фізичну доступність будівель та транспорту, так і доступ до інформаційних технологій, що сприяє інтеграції осіб з інвалідністю в усі сфери суспільного життя.

Таким чином, методологія дослідження формування системи реабілітації в Україні охоплює міждисциплінарний підхід, спирається на системний аналіз соціальних, медичних, правових та психологічних аспектів, і передбачає вивчення міжнародного досвіду та адаптацію найкращих практик до національних умов.

РОЗДІЛ 2. РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ (СТРАТЕГІЯ, МОДЕЛЬ, МЕХАНІЗМИ, СУБ'ЄКТИ, РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ).

2.1. Державна політика у сфері реабілітації в Україні: стратегія, цілі, завдання, модель.

Державна політика України у сфері реабілітації орієнтована на інтеграцію міжнародних стандартів, зокрема Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у національні програми. Значна роль у цьому процесі належить Комітету експертів ВООЗ з медичної реабілітації, який постійно вдосконалює підходи та завдання у межах глобальної стратегії «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті». Важливим документом у цьому напрямі є «Реабілітація у 2030-му: заклик до дії», що задає орієнтири для розвитку реабілітаційної політики на найближчі роки [42-44]. Україна, будучи активним учасником цього процесу, першою серед країн адаптувала 3-тє видання Білої Книги з фізичної та реабілітаційної медицини, що відображає позицію європейських експертів щодо організації реабілітаційних систем у Європі.

Основні завдання політики у сфері реабілітації в Україні зосереджені на розвитку інфраструктури та забезпеченні рівного доступу до реабілітаційних послуг. Це включає дослідження і наукові розробки, які активно ведуть вітчизняні науковці та експерти у галузі реабілітації, серед яких К.Бабов, І.Бабова, І.Берлінець та інші. Важливі аспекти державного фінансування, розширення можливостей санаторно-курортної реабілітації та підтримки осіб, постраждалих внаслідок бойових дій та надзвичайних ситуацій, також знайшли своє відображення у наукових дослідженнях.

Законодавча база в сфері реабілітації постійно розвивається. У 2016 році було подано законопроекти, спрямовані на запобігання інвалідності та розвиток

реабілітаційних систем, а з 2019 року Міністерство охорони здоров'я України активно працює над нормативно-правовим забезпеченням, включаючи державні гарантії фінансування послуг реабілітації.

Одним з ключових викликів залишається координація дій між усіма учасниками реабілітаційного процесу та ефективне розподілення ресурсів. Наразі потребує наукового обґрунтування модель організаційного механізму державного управління медичною реабілітацією, яка дозволить усунути існуючі проблеми та забезпечити якісну реалізацію реформ у цій сфері.

Українська система реабілітації потребує серйозного реформування. Відсутність єдиної системи реабілітаційних послуг, яка б охоплювала всі етапи і рівні надання допомоги, означає, що багато осіб залишаються поза межами доступу до необхідних їм реабілітаційних заходів.

У рамках реформи системи охорони здоров'я, прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» стало важливим кроком, адже до програми медичних гарантій були включені і послуги медичної реабілітації. Ці зміни створюють передумови для розвитку державного механізму організації системи реабілітації відповідно до міжнародних стандартів.

Сучасна система охорони здоров'я розглядається як комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, а також продовження активного життя. Ці заходи мають правовий, соціально-економічний, науковий, культурно-освітній, організаційно-технічний, санітарно-гігієнічний та медичний характер. Здоров'я кожної людини є невід'ємною частиною загального добробуту, а здоров'я нації в цілому відіграє важливу роль у забезпеченні успішного розвитку суспільства, економічного зростання, соціальної захищеності та політичної стабільності.

Перспективи розвитку галузі охорони здоров'я включають заходи, спрямовані на покращення загального рівня здоров'я населення та зменшення

показників смертності та інвалідності. Це досягається завдяки раціональному використанню ресурсів, солідарному принципу фінансування і підвищенню якості медичної допомоги. Зниження потреби в медичних послугах можливе через профілактику та раннє виявлення захворювань, контроль за їх перебігом та попередження негативних наслідків, а також стимулювання населення до здорового способу життя.

Реформування системи медичного обслуговування передбачає підвищення якості та доступності медичних послуг, особливо для дітей і матерів, з використанням сучасних технологій. Також акцент робиться на зниженні загальної захворюваності та смертності, забезпеченні профілактичної спрямованості охорони здоров'я та пропагуванні здорового способу життя. Важливою є розробка сприятливого регуляторного середовища для захисту здоров'я громадян і підприємництва, а також удосконалення кадрової політики та інноваційного розвитку медичної науки.

Для досягнення цих стратегічних цілей необхідно вдосконалити нормативно-правову базу, забезпечити безперервність заходів щодо збереження здоров'я протягом усього життя людини, впровадити новітні технології мінімізації ризиків захворювань і створити сприятливе для здоров'я середовище [20]. Також важливо об'єднати державні програми охорони здоров'я в єдину національну програму, удосконалити механізми фінансування медичних послуг, підвищити рівень підготовки медичних працівників і стимулювати наукові дослідження в галузі громадського здоров'я та профілактики захворювань.

Очікується, що реалізація цих заходів призведе до зниження дитячої та материнської смертності, передчасної смертності населення та рівня смертності від туберкульозу. Однак існують ризики, які можуть вплинути на реалізацію державної політики, такі як поглиблення економічної кризи, недостатнє фінансування та можливі зміни політичного курсу держави. Так, в табл. 2.1.

можемо побачити основні напрями розвитку системи охорони здоров'я, стратегічні цілі та заходи для їх досягнення [34; 39].

Таблиця 2.1. Напрями розвитку системи охорони здоров'я, стратегічні цілі та заходи для їх досягнення [38]

Напрямок розвитку	Опис	Стратегічні цілі	Заходи для досягнення
Покращення здоров'я населення	Орієнтація на зниження захворюваності, смертності та інвалідності через раціональне використання ресурсів і підвищення якості медпослуг	Зниження рівня смертності та первинної інвалідизації населення	Профілактика захворювань, раннє виявлення, підвищення якості медпослуг, мотивація до здорового способу життя
Профілактика та раннє виявлення захворювань	Створення умов для ранньої діагностики, профілактики захворювань, попередження їх ускладнень	Зниження потреби в медичних послугах	Розвиток громадського здоров'я, контроль за захворюваннями, підтримка профілактичних заходів, впровадження системи реабілітації
Реформування медичного обслуговування	Перетворення системи охорони здоров'я відповідно до сучасних стандартів і потреб населення	Підвищення доступності та якості медпослуг	Модернізація інфраструктури, впровадження новітніх медичних технологій, підвищення кваліфікації медпрацівників
Підвищення якості медичних послуг	Забезпечення високих стандартів надання медичної допомоги для різних категорій населення	Покращення рівня здоров'я дітей, матерів, загального населення	Впровадження інновацій, модернізація обладнання, підготовка кадрів
Формування здорового способу життя	Стимулювання громадян до активного способу життя та відповідального ставлення до власного здоров'я	Пропаганда здорового способу життя	Освітні кампанії, програми підтримки фізичної активності, популяризація профілактичних заходів
Сприяння науковим дослідженням	Підтримка наукових розробок у галузі охорони здоров'я, вивчення нових методів лікування та	Розвиток інноваційної медичної науки та досліджень	Проведення наукових досліджень, впровадження їх результатів у практику, розробка нових стратегій

	профілактики		мінімізації ризиків захворювань
Фінансування системи охорони здоров'я	Забезпечення ефективного та прозорого фінансування системи медичної допомоги	Створення фінансово стійкої системи надання медичних послуг	Впровадження механізмів фінансування, орієнтованих на якість медичних послуг, ефективне використання бюджетних коштів
Кадрове забезпечення охорони здоров'я	Підвищення кваліфікації медичних працівників та забезпечення достатньої кількості фахівців для системи охорони здоров'я	Удосконалення кадрової політики	Розвиток системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів, підвищення рівня професійної підготовки, забезпечення ефективної системи мотивації
Сприятливе середовище для здоров'я	Створення умов, безпечних для життя та здоров'я населення	Забезпечення безпеки здоров'я населення, створення сприятливого середовища для життя	Удосконалення нормативно-правової бази, запровадження механізмів контролю за дотриманням санітарних норм, формування відповідального ставлення населення до здоров'я та особистої безпеки

Державне управління реабілітаційною системою є важливою складовою національної політики охорони здоров'я. О.Яремчук та І.Берлинець визначають державне управління реабілітацією як комплексний вплив держави через застосування різних засобів, як політичних і економічних, так і соціальних та правових. Основною метою є відновлення втрачених через захворювання або травми функцій індивіда, максимальної компенсації його можливостей.

Зокрема, Т.Коваленко вказує, що державне управління реабілітацією має бути спрямоване на забезпечення прав громадян на лікування та відновлення здоров'я через діяльність органів державної влади, місцевого самоврядування, а також спеціалізованих установ та закладів [46].

З огляду на цілісну концепцію реабілітації, як систему державних, соціально-економічних, медичних і професійних заходів, запропоновано бачення державного механізму організації цієї системи. Інституційно, цей

механізм охоплює організаційно-правові норми, що регулюють відносини між суб'єктами реабілітаційної діяльності (державні органи, фонди, заклади різних форм власності) та передбачає реалізацію державної політики у цій сфері.

Функціонально, цей механізм включає комплекс заходів державного управління, що спрямовані на створення умов для надання ефективних реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги, забезпечуючи адміністративну, економічну, нормативну і інформаційну підтримку процесу реабілітації.

Державна політика у сфері реабілітації в Україні ґрунтується на стратегічних цілях, що забезпечують ефективну інтеграцію осіб з обмеженнями функціонування в суспільство через комплексні реабілітаційні заходи [51]. Основні завдання цієї політики спрямовані на створення умов для досягнення та підтримання оптимального рівня фізичного, психологічного та соціального функціонування осіб, які зазнали обмежень внаслідок стану здоров'я або інших чинників.

Ключовими елементами моделі реабілітації є мультидисциплінарні реабілітаційні команди, які надають допомогу за індивідуальними планами, адаптованими до конкретних потреб пацієнтів. Вони включають реабілітаційні заходи для осіб з вродженими або ранніми обмеженнями функціонування, ерготерапію, психологічну допомогу та терапію мови і мовлення.

Зокрема, в Державній реабілітаційній установі «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля» ефективна реабілітація забезпечується роботою спеціальної мультидисциплінарної команди. До її складу входять:

1. Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, які відповідають за координацію роботи команди та виконання індивідуального плану реабілітації. Вони розробляють оптимальні стратегії відновлення пацієнта, враховуючи медичні обмеження, потреби і цілі реабілітаційного процесу.

2. Фізичні терапевти працюють над відновленням рухових функцій тіла пацієнта. Вони підбирають індивідуальні комплекси вправ, навантаження та реабілітаційне обладнання відповідно до мети реабілітації.

3. Ерготерапевти займаються поверненням пацієнтів до побутової, соціальної та професійної діяльності після травм або хвороб. Наприклад, вони допомагають пацієнтам, які втратили функціональність кінцівок, відновлювати навички, необхідні для самостійного життя, як-от використання ложки.

4. Терапевт мови та мовлення спеціалізуються на відновленні комунікативних навичок та функцій ковтання. Допомагає усувати проблеми з мовленням, зокрема, порушення голосу, вимови та сприйняття звуків.

5. Психологи та психотерапевти підтримують ментальне здоров'я пацієнтів, допомагають справлятися з тривожністю, депресією та стресом, спрямовують на досягнення цілей реабілітації.

6. Асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів виконують завдання під керівництвом основних фахівців, допомагаючи реалізувати індивідуальні плани відновлення [78-79].

Всі спеціалісти працюють разом для досягнення максимально ефективного відновлення пацієнтів.

Реабілітаційна допомога також враховує використання допоміжних засобів, призначених для покращення функціонування осіб і сприяння їх незалежності. Така допомога має різний обсяг – від високого до низького – в залежності від потреб пацієнта, та реалізується як у традиційних медичних установах, так і через телереабілітаційні сервіси, що забезпечують доступ до фахівців за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій.

Стратегія реабілітаційної політики також включає сприяння безперервному професійному розвитку фахівців з реабілітації та забезпечення їхньої компетентності. Важливим є створення безбар'єрного середовища для

поліпшення заняттєвої активності та участі осіб з обмеженнями функціонування у соціальному житті.

Державна політика України у сфері реабілітації будується на комплексному підході, що ґрунтується на Конституції та національному законодавстві, з урахуванням міжнародних стандартів [45]. Основною метою цієї політики є забезпечення доступу осіб з обмеженнями повсякденного функціонування до якісних реабілітаційних послуг, які сприяють їхньому поверненню до активного життя та поліпшенню якості життя.

Стратегія реабілітації в Україні передбачає створення ефективної системи реабілітаційної допомоги, яка охоплює широкий спектр послуг – від медичних до соціальних. Основними завданнями є покращення інфраструктури реабілітаційних закладів, підвищення кваліфікації фахівців та забезпечення сучасних технологій і допоміжних засобів для відновлення функціонування осіб.

Модель надання реабілітаційної допомоги в Україні спрямована на індивідуальний підхід до кожної особи [21-23]. Вона включає розробку індивідуального плану реабілітації, що враховує потреби та можливості пацієнта, а також тісну співпрацю між медичними, соціальними та іншими установами. Центральну роль у цій моделі відіграє мультидисциплінарна команда фахівців, яка забезпечує комплексний підхід до реабілітації.

Таким чином, державна політика реабілітації спрямована на максимальну інтеграцію осіб з обмеженнями в суспільство та поліпшення їх соціального захисту шляхом забезпечення рівного доступу до реабілітаційних послуг.

У сучасних умовах соціально-економічного розвитку України важливість реабілітації осіб з обмеженими можливостями стає дедалі більшою. Пропонована нами інтеграційно-координаційна модель реабілітації передбачає створення комплексної системи, яка об'єднує медичні, соціальні, психологічні та освітні аспекти в єдиний координаційний механізм (рис.2.1.). Мета цієї

моделі полягає в забезпеченні максимальної ефективності реабілітаційного процесу через індивідуалізацію підходів та мультидисциплінарну співпрацю між фахівцями різних галузей [32-35].

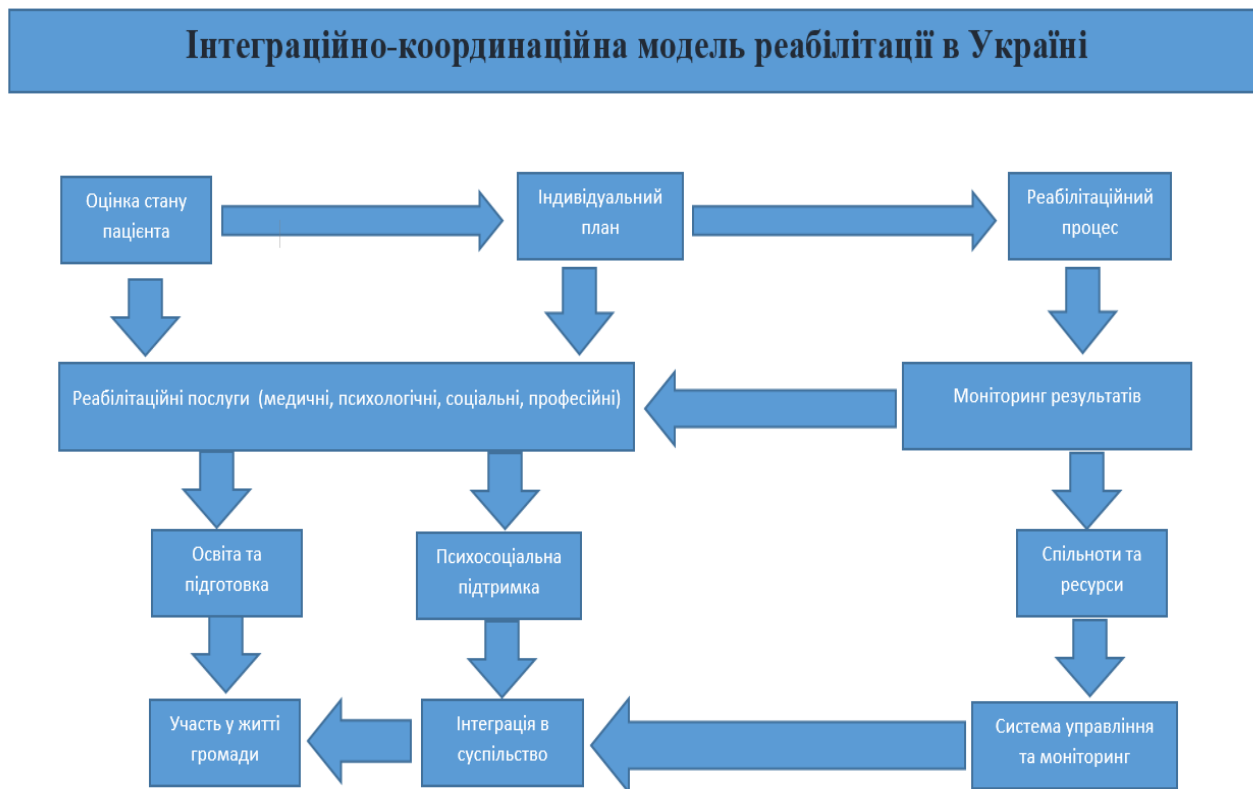


Рис. 2.1. Схема інтеграційно-координаційної моделі реабілітації в Україні, яка включає різноманітні етапи та елементи процесу реабілітації [67]

Ключовим елементом моделі є індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Цей підхід передбачає розробку персоналізованих реабілітаційних планів, які враховують не лише фізичні, але й психологічні, соціальні та освітні потреби. Сформовані мультидисциплінарні команди, до складу яких входять лікарі, психологи, фізіотерапевти, соціальні працівники та освітні фахівці, працюють над досягненням спільної мети – повернення пацієнта до активного життя. Важливою складовою успішної реабілітації є активна участь пацієнта та його родини в процесі, що підвищує їхню мотивацію та відповідальність за власне здоров'я.

Модель охоплює кілька основних компонентів. Медична реабілітація спрямована на відновлення втрачених функцій організму за допомогою фізіотерапії, ерготерапії та інших методів. Психологічна реабілітація фокусується на підтримці психоемоційного стану пацієнтів, надаючи їм можливість подолати травматичні переживання та адаптуватися до нових умов життя. Соціальна реабілітація передбачає інтеграцію осіб з обмеженими можливостями в суспільство, забезпечуючи підтримку у вирішенні проблем соціальної ізоляції та сприяючи їхньому працевлаштуванню. Професійна реабілітація допомагає відновити професійні навички або набуті нових, а освітня реабілітація забезпечує доступ до інклюзивного навчання, що відповідає потребам пацієнтів [68].

На нашу думку, для реалізації інтеграційно-координаційної моделі реабілітації в Україні необхідно створити спеціалізовані Центри інтеграції реабілітації (ЦІР), які об'єднуватимуть усі компоненти реабілітаційного процесу в єдиний комплекс. Управління реабілітаційними послугами повинно здійснюватися на рівні Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціальної політики з активною підтримкою місцевих органів влади. Важливо також впровадити національну інформаційну систему реабілітації (ІСР), яка слугуватиме базою даних пацієнтів і фахівців, що взаємодіють у рамках реабілітаційного процесу.

Розроблена інтеграційно-координаційна модель реабілітації в Україні є комплексним підходом, що має на меті забезпечення ефективної реабілітації осіб, які потребують відновлення після травм, захворювань або інших обмежень. Вона базується на систематичному аналізі стану пацієнта, що передбачає всебічну оцінку його фізичних, психологічних та соціальних потреб. Початковий етап сприяє формуванню індивідуального реабілітаційного плану, який визначає конкретні цілі, завдання та види необхідних реабілітаційних послуг.

Реабілітаційний процес реалізується через надання різноманітних послуг, зокрема медичних, психологічних, соціальних та професійних. Кожен з цих аспектів спрямований на відновлення функціональних можливостей пацієнта, що є критично важливим для його повернення до активного життя [74]. Одним з ключових елементів моделі є моніторинг результатів реабілітаційних заходів, який забезпечує постійний контроль над ефективністю реалізації плану та коригуванням його в разі потреби.

Додатково, важливу роль у моделі відіграє процес освіти та підготовки пацієнтів, що дозволяє забезпечити їхню готовність до соціального інтегрування. Психосоціальна підтримка, що включає підтримку з боку родини, друзів і професіоналів, також є невід'ємною частиною процесу, адже вона сприяє покращенню соціальної адаптації особи.

Модель передбачає активну участь пацієнта в житті громади, що підвищує його соціальну активність і забезпечує можливість використання місцевих ресурсів. Інтеграція в суспільство, зокрема адаптація до норм і цінностей громади, є завершальним етапом реабілітаційного процесу, що дозволяє пацієнту досягти стабільності та незалежності.

Так, система управління та моніторинг, що реалізуються на державному та місцевому рівнях, забезпечують координацію між різними службами та ресурсами, необхідними для успішної реабілітації. Ця інтеграційно-координаційна модель представляє собою гнучкий і динамічний підхід, що орієнтується на індивідуальні потреби пацієнтів і сприяє їхньому всебічному відновленню та інтеграції в суспільство.

Основною метою даної моделі є не тільки відновлення фізичних функцій пацієнтів, але й забезпечення їх соціальної адаптації та інтеграції в суспільство. Інтеграція медичних, соціальних і психологічних аспектів у рамках однієї системи дозволяє досягти більш високих результатів у реабілітації, зокрема,

зменшення інвалідності, покращення якості життя та підвищення рівня соціальної активності.

Крім того, моніторинг та оцінка результатів реабілітаційних заходів сприяють не лише індивідуальному коригуванню планів реабілітації, але й загальному вдосконаленню системи охорони здоров'я. Важливим є також забезпечення кваліфікованої підготовки медичних працівників, які реалізують цю модель на практиці.

Реалізація інтеграційно-координаційної моделі реабілітації в Україні є важливим кроком до створення ефективної системи підтримки для людей, які потребують реабілітаційних послуг [29]. Пропонована нами система не лише покращить якість життя окремих пацієнтів, але й стане важливим чинником соціального прогресу та стабільності в суспільстві в цілому.

Отже, завершуючи розгляд державної політики у сфері реабілітації в Україні, можна зробити кілька наукових висновків, що підкреслюють важливість системного підходу до цієї проблематики. По-перше, стратегія державної політики в сфері реабілітації повинна базуватися на комплексному інтегративному підході, що включає в себе не лише медичні, а й соціальні, економічні та психологічні аспекти, що суттєво впливають на процес відновлення осіб після захворювань або травм.

По-друге, основними цілями реабілітаційної політики повинні залишатися підвищення доступності та якості реабілітаційних послуг, зменшення інвалідизації та смертності, а також сприяння соціальній інтеграції осіб з обмеженими можливостями. Ці цілі можуть бути досягнуті шляхом розроблення чіткої системи завдань, що включає в себе удосконалення законодавчої бази, впровадження нових технологій у реабілітаційний процес, а також активну участь громадських організацій у моніторингу та оцінці реабілітаційних послуг.

По-третє, розроблена модель реабілітації має стати основою для реалізації державної політики, забезпечуючи інтеграцію різних секторів, які беруть участь у наданні реабілітаційних послуг. Модель повинна враховувати індивідуальні потреби пацієнтів, сприяти формуванню мережі фахівців, які зможуть забезпечити комплексний підхід до реабілітації, а також включати в себе механізми моніторингу та оцінки ефективності реабілітаційних програм.

Першим бар'єром на шляху осіб з інвалідністю, що шукають роботу, є дискримінація – як явна, так і прихована [5]. Це особливо стосується людей з вираженими формами інвалідності, такими як психічні, інтелектуальні порушення, а також проблеми з опорно-руховим апаратом, слухом, зором чи мовленням. Ці особи потребують додаткової підтримки під час працевлаштування та на робочому місці. Інші бар'єри включають психологічну неготовність, невпевненість у власних силах та непристосовану інфраструктуру. Для сприяння швидшій інтеграції осіб з інвалідністю на робочому місці існує перевірений інструмент – соціальна послуга, відома як «соціальний супровід».

Також, дослідниками М.Студілко, Р.Штогрин, Л.Дичко, З.Панасюк., І.Шпикуляк створено практичний посібник для фахівців із супроводу «Інтеграція людей з інвалідністю на відкритий ринок праці шляхом надання соціального супроводу при працевлаштуванні та на робочому місці» [3]. Посібник надає фахівцям конкретні рекомендації та інструменти для організації ефективного соціального супроводу, що є ключовим для успішного працевлаштування та інтеграції осіб з інвалідністю. Також важливою є авторська семикрокова модель соціального супроводу при працевлаштуванні та на робочому місці, яка є викладена в посібнику. Модель складається із таких кроків:

Крок 1. Налагодження контакту та оцінка потреб. На цьому етапі фахівець пояснює свою роль, мету та умови співпраці, застосовуючи основи консультування, такі як активне слухання і формування довірчих стосунків.

Паралельно проводиться оцінка потреб і професійних якостей особи з інвалідністю, що включає аналіз освітнього рівня, трудового досвіду, мотиваційних аспектів та особистих обставин. Результати оцінки служать основою для розробки індивідуального плану супроводу. Тривалість цього етапу становить від 5 до 7 робочих днів, з повторною оцінкою через 3 тижні.

Крок 2. Розробка індивідуального плану. На основі зібраної інформації формується індивідуальний план, який визначає цілі, завдання та етапи соціального супроводу. План має враховувати як особисті потреби особи з інвалідністю, так і специфічні аспекти її ситуації.

Крок 3. Підбір та пошук роботи. Фахівець разом з особою з інвалідністю здійснює процес підбору та пошуку відповідних вакансій. Передбачає активний пошук робочих місць та консультації щодо можливостей на ринку праці, враховуючи професійні навички та інтереси особи.

Крок 4. Адвокаційний. Цей етап включає представлення інтересів особи з інвалідністю, що сприяє її інтеграції на ринок праці. Фахівець забезпечує рівні умови для працевлаштування і допомагає вирішувати потенційні проблеми.

Крок 5. Підтримка на робочому місці. Після працевлаштування фахівець надає підтримку на робочому місці, допомагаючи в адаптації та інтеграції. Це може включати організацію робочого простору, взаємодію з колегами та вирішення поточних проблем.

Крок 6. Підтримка до успіху. Фахівець продовжує надавати підтримку до досягнення особою з інвалідністю успіху на роботі. Передбачає корекцію плану супроводу, додаткову допомогу та ресурсну підтримку, якщо це необхідно.

Крок 7. Завершення супроводу та підведення підсумків. На завершальному етапі фахівець оцінює результати супроводу, завершує процес підтримки та підводить підсумки. Це включає аналіз досягнутого успіху та вивчення отриманих уроків для удосконалення подальшої практики супроводу осіб з інвалідністю (дод. А).

Таким чином, соціальний супровід, реалізований через семікрокову модель є ключовим для досягнення успіху в працевлаштуванні. Реабілітація осіб з інвалідністю в контексті їх інтеграції на відкритий ринок праці є багатограним процесом, що потребує системного підходу та комплексної підтримки. Взаємодія між соціальними службами, роботодавцями та суспільством є запорукою успішного працевлаштування та довгострокової інтеграції осіб з інвалідністю.

Відтак, держава повинна активно реалізовувати заходи, спрямовані на покращення системи реабілітації, орієнтуючись на потреби населення і забезпечуючи доступність реабілітаційних послуг для всіх верств суспільства. Це сприятиме не лише поліпшенню якості життя окремих громадян, але й підвищенню соціальної відповідальності та стабільності в Україні в цілому.

2.2. Механізм державного управління та суб'єкти у сфері реабілітації в Україні.

У контексті механізму державного управління медичною реабілітацією в Україні важливо визначити його комплексний характер, що охоплює політичні, економічні, соціальні, організаційні та правові аспекти. За визначенням З.Надюка, державне управління в цій сфері включає не лише використання адміністративних важелів, але й активні практичні заходи, спрямовані на забезпечення максимального відновлення функцій і можливостей особи, які були втрачені внаслідок захворювань або травм [67-68].

Досліджуючи умови надання реабілітаційної допомоги в національній системі охорони здоров'я, варто зазначити, що відповідно до чинного законодавства України, зокрема Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я», реабілітація визначається як специфічний вид медичної допомоги [18-19]. Цей процес реалізується як в амбулаторних, так і

стаціонарних умовах і включає в себе комплекс медичних і немедичних заходів, що спрямовані на відновлення порушених функцій організму, активізацію компенсаторних механізмів і повернення пацієнта до звичайного способу життя. У системі реабілітації в Україні амбулаторна та стаціонарна реабілітація виконують важливу роль у відновленні функцій осіб з обмеженнями життєдіяльності, зокрема тих, хто має інвалідність або переніс серйозні захворювання чи травми (рис.2.2).



Рис.2.2. Види реабілітації в Україні [12]

Амбулаторна реабілітація передбачає надання медичних і реабілітаційних послуг пацієнтам, які не потребують постійного медичного нагляду та можуть відвідувати заклад охорони здоров'я. Цей вид реабілітації є найбільш зручним для людей, які мають легкі або помірні порушення функцій організму. Пацієнти отримують індивідуальні програми реабілітації, які можуть включати фізичну терапію, заняття з психологами та спеціальні тренінги для розвитку навичок самообслуговування. Основна мета амбулаторної реабілітації полягає в тому, щоб максимально інтегрувати пацієнтів у їхнє соціальне середовище, надаючи

їм можливість підтримувати зв'язки з родиною, друзями та оточенням, що є важливим для психологічного та емоційного відновлення.

Стаціонарна реабілітація, на відміну від амбулаторної, передбачає лікування і відновлення в умовах лікарні або спеціалізованих реабілітаційних центрів. Це забезпечує пацієнтам доступ до цілодобового медичного нагляду і комплексних реабілітаційних послуг, які включають не лише фізіотерапію, але й медичний догляд, психологічну підтримку та соціальну адаптацію. Стаціонарна реабілітація зазвичай застосовується для пацієнтів, які перенесли складні хвороби або травми, що потребують інтенсивної терапії і безперервного контролю стану здоров'я. Процес стаціонарної реабілітації є багатограним і включає участь мультидисциплінарних команд, які забезпечують інтегрований підхід до відновлення функцій, адаптації до повсякденного життя та запобігання ускладненням.

Обидві форми реабілітації, амбулаторна та стаціонарна, відіграють ключову роль у забезпеченні доступності реабілітаційних послуг, їх якості та ефективності, сприяючи максимальному поверненню пацієнтів до активного життя та інтеграції в суспільство. Медична реабілітація надається безкоштовно в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які уклали відповідні договори з населенням [73]. Процес реабілітації ініціюється на основі медичних показань після надання вторинної або третинної медичної допомоги. Ключовими показаннями для призначення реабілітації є наявність обмежень життєдіяльності після гострого періоду захворювання, а також уроджені або набуті патології, які впливають на опорно-рухову та мовну функції, а також на зір і слух.

Відповідно до Алма-Атинської декларації 1978 року, первинна медико-санітарна допомога повинна вирішувати ключові медико-санітарні проблеми в громадах, забезпечуючи не лише лікування, а й реабілітацію пацієнтів.

Сімейний лікар, який є першим контактом для пацієнтів, не лише рекомендує лікування, але й має забезпечити доступ до реабілітаційних послуг.

Основними завданнями медичної реабілітації виступають функціональне відновлення пацієнта, пристосування до повсякденного життя, залучення до трудового процесу та диспансерний нагляд за реабілітованими особами. Принципи, на яких базується медична реабілітація, включають безперервність, комплексність, доступність та гнучкість, що дозволяє адаптувати процес реабілітації до змінюваних умов і потреб пацієнтів.

Державне управління у сфері реабілітації в Україні здійснюється через три ключові міністерства: Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціальної політики та Міністерство освіти і науки. Кожне з цих міністерств має свої функції, що, в свою чергу, може призводити до недостатньої координації дій між ними [78]. У рамках Міністерства охорони здоров'я функціонує Відділ медичної реабілітації, який відповідає за науково-методичний супровід реабілітаційної системи, в той час як соціальна реабілітація та надання допоміжних засобів координуються Міністерством соціальної політики.

Професійна підготовка фахівців у галузі реабілітаційної медицини має спиратися на принципи пацієнтоцентричності, мультидисциплінарності та забезпечення повного спектра можливостей для пацієнтів, незалежно від їх функціональних обмежень. У сучасних умовах трансформації національної системи охорони здоров'я, що включає переорієнтацію на сімейну медицину, виникає потреба в підвищенні кваліфікації вже працюючих лікарів, а також у підготовці студентів медичних закладів за напрямком медичної реабілітації.

Таким чином, для ефективного функціонування системи реабілітації в Україні необхідно забезпечити інтеграцію зусиль державних органів, вдосконалення освітніх програм та створення умов для розвитку реабілітаційної медицини на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Це сприятиме не лише

покращенню якості реабілітаційних послуг, а й підвищенню соціального добробуту населення.

Медична реабілітація в Україні має чітко визначені завдання, зокрема функціональне відновлення пацієнтів, адаптацію до повсякденного життя та залучення до трудового процесу. Основні принципи реабілітації, такі як безперервність, комплексність, доступність і гнучкість, забезпечують належну реалізацію реабілітаційних програм.

Управління в сфері реабілітації здійснюється через різні міністерства, зокрема Міністерство охорони здоров'я, яке координує медичну реабілітацію, Міністерство соціальної політики, що займається соціальною реабілітацією, і Міністерство освіти і науки, відповідальне за підготовку фахівців [54-56]. Такий розподіл повноважень, хоч і необхідний, призводить до проблем з координацією між різними державними структурами, що може негативно впливати на якість надання реабілітаційних послуг.

Забезпечення професійної освіти у сфері медичної реабілітації має базуватися на принципах пацієнтоцентричності, мультидисциплінарності та поваги до гідності особи. Це вимагає формування навчальних програм, що враховують сучасні тенденції розвитку медицини, технологічні інновації та потреби пацієнтів з урахуванням функціональних обмежень.

В умовах трансформації національної системи охорони здоров'я з акцентом на сімейну медицину, виникає потреба у впровадженні нових моделей навчання, що дозволять майбутнім лікарям здобувати знання і навички у сфері реабілітації. Підвищення кваліфікації медичних працівників у цій галузі є запорукою ефективного функціонування системи реабілітації, що забезпечить якісну підтримку пацієнтів у відновленні їхніх функцій та адаптації до нормального життя.

Таким чином, механізм державного управління у сфері реабілітації в Україні вимагає вдосконалення. Для цього важливо забезпечити інтеграцію

зусиль між державними структурами, налагодити взаємодію між міністерствами, створити ефективні навчальні програми для фахівців, а також забезпечити доступність реабілітаційних послуг для всіх верств населення. Це не лише підвищить якість медичних послуг, але й сприятиме соціальній інтеграції осіб з обмеженими можливостями, забезпечуючи їм рівні можливості для реалізації у суспільстві.

Державне управління медичною реабілітацією в Україні відіграє ключову роль у забезпеченні доступності та якості реабілітаційних послуг для осіб, які пережили хвороби, травми чи мають функціональні обмеження. Враховуючи зазначене, розглянемо додаткові аспекти, які впливають на ефективність державної політики в цій сфері.

Одна з важливих складових успішної реабілітації – це фінансування, яке забезпечується через державні програми та національний бюджет. Потреба в ефективному фінансуванні полягає не лише у забезпеченні доступності послуг, але й у підтримці розвитку інфраструктури медичних закладів, що спеціалізуються на реабілітації [37]. Зокрема, необхідно модернізувати устаткування, впроваджувати новітні технології, а також забезпечувати безперервне навчання медичного персоналу. Важливо зазначити, що в умовах економічної нестабільності країни фінансування реабілітаційних програм часто стає предметом суперечок та пріоритетів, що може негативно впливати на доступність та якість послуг.

Крім того, важливою є роль інформаційних технологій у сфері реабілітації. Впровадження електронних систем обліку пацієнтів, телемедицини та дистанційних консультувань може значно поліпшити доступність медичної допомоги для осіб, які проживають у віддалених регіонах. Системи електронного документообігу дозволяють лікарям швидше отримувати інформацію про стан здоров'я пацієнтів, координувати лікування і реабілітацію, а також забезпечувати своєчасну та якісну допомогу.

У контексті реабілітації важливу роль відіграє міждисциплінарний підхід, який забезпечує інтеграцію різних спеціальностей у процес реабілітації. Команда фахівців, до складу якої входять лікарі різних спеціалізацій, фізіотерапевти, психологи та соціальні працівники, здатна комплексно підходити до вирішення проблем пацієнта, забезпечуючи інтеграцію медичних, соціальних і психологічних аспектів у реабілітаційний процес [45]. Міждисциплінарний підхід допомагає виявити особливості кожного пацієнта та адаптувати реабілітаційний план відповідно до його потреб і можливостей.

Також важливо забезпечити наукове підґрунтя для розвитку реабілітації. Підтримка наукових досліджень у цій галузі може призвести до впровадження нових методик лікування та реабілітації, ефективніших програм навчання для медичних працівників і, відповідно, покращення якості реабілітаційних послуг. Співпраця з науковими установами може забезпечити інноваційні рішення в лікуванні і реабілітації, а також розробку нових технологій і методів.

Також важливо підвищити рівень обізнаності суспільства про медичну реабілітацію. Освітні кампанії, що роз'яснюють значення реабілітаційних послуг, можуть сприяти формуванню позитивного ставлення до осіб з обмеженими можливостями і заохочувати їх до активного життя, полегшуючи процес інтеграції в суспільство.

Отже, механізм державного управління в сфері реабілітації в Україні потребує комплексного вдосконалення. Підвищення фінансування, впровадження нових технологій, міждисциплінарний підхід, підтримка наукових досліджень і підвищення обізнаності населення про реабілітацію – це ключові елементи, які здатні підвищити ефективність реабілітаційних послуг. Лише за умови всебічного розвитку цих аспектів можна досягти значних успіхів у реабілітаційній допомозі та забезпечити гідне життя для осіб з обмеженими можливостями в Україні.

Глава 2 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», присвячена суб'єктам реабілітації, визначає основні учасники системи реабілітації в Україні, що мають критичне значення для забезпечення ефективності та якості реабілітаційних послуг [79]. Суб'єктами цієї системи є особи з обмеженнями життєдіяльності, включаючи осіб з інвалідністю, а також їх законні представники, які активно беруть участь у процесі реабілітації, сприяючи формуванню індивідуальних планів та визначенню потреб пацієнтів.

Члени сімей осіб з обмеженнями життєдіяльності також виступають важливими учасниками, адже їх підтримка та розуміння є критичними для успішної реабілітації. Взаємодія між фахівцями реабілітації, мультидисциплінарними командами та кейс-менеджерами забезпечує комплексний підхід до лікування і реабілітації, оскільки в цю структуру входять лікарі, фізіотерапевти, психологи, соціальні працівники та інші спеціалісти. Спільна діяльність таких команд дозволяє враховувати всі аспекти життя пацієнта, що стосуються його фізичного, соціального та психологічного благополуччя.

Реабілітаційні заклади, відділення та підрозділи відіграють організаційну роль у наданні послуг, створюючи умови для проведення реабілітаційних заходів. Водночас медико-соціальні експертні комісії займаються оцінкою потреб осіб з обмеженнями життєдіяльності, що є важливим етапом для призначення та корекції реабілітаційних заходів.

Громадські об'єднання, що об'єднують осіб з обмеженнями життєдіяльності та фахівців реабілітації, слугують важливим ресурсом для адвокації прав пацієнтів та розвитку реабілітаційних практик. Вони сприяють підвищенню обізнаності про потреби осіб з обмеженнями життєдіяльності в суспільстві, а також забезпечують платформи для обміну досвідом та інформацією.

З іншого боку, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відіграють важливу роль у державному управлінні системою реабілітації. Вони відповідають за розробку та реалізацію державної політики в цій сфері, а також адмініструють державне замовлення на реабілітаційні послуги. Таким чином, система реабілітації в Україні складається з багатьох суб'єктів, кожен з яких виконує свою специфічну роль. Скоординована взаємодія між ними є необхідною для забезпечення всебічної підтримки осіб з обмеженнями життєдіяльності, що, в свою чергу, сприяє їхньому поверненню до активного життя в суспільстві.

Особливо важливими є спеціалізовані установи, які забезпечують реабілітаційні послуги, оскільки вони повинні відповідати сучасним вимогам і стандартам якості. Це передбачає не лише матеріально-технічне забезпечення, але й відповідність кадрів, що забезпечують лікування та супровід пацієнтів [81]. В умовах швидкого розвитку медичних технологій та нових методів реабілітації заклади повинні мати можливість постійно оновлювати свої знання і вміння, а також впроваджувати нові методики, що базуються на міжнародних стандартах.

Реабілітаційний процес вимагає інтеграції різних видів допомоги, включаючи медичну, психологічну, соціальну та освітню. Саме тому важливим аспектом є навчання спеціалістів, які повинні володіти мультидисциплінарними навичками. Це може включати, наприклад, навички спілкування, управління стресом, а також вміння працювати в команді з фахівцями інших профілів.

Важливо також підкреслити роль інформаційних технологій у системі реабілітації. Сучасні IT-інструменти можуть суттєво полегшити координацію між суб'єктами, забезпечуючи доступ до інформації про пацієнтів, їх потреби та прогрес у лікуванні. Використання електронних реєстрів та систем моніторингу може значно підвищити ефективність надання реабілітаційних послуг, а також сприяти безперервному контролю за якістю їх виконання.

Не менш важливим є залучення осіб з обмеженнями життєдіяльності до процесів, що стосуються їхньої реабілітації. Це може включати участь у розробці індивідуальних реабілітаційних планів, активну співпрацю з фахівцями, а також вплив на формування політики в цій сфері. Участь таких осіб у прийнятті рішень щодо їхньої реабілітації допомагає створити більш орієнтований на пацієнта підхід, що у свою чергу покращує результати.

Важливо, щоб реабілітаційні послуги були не лише доступними, але й адаптованими до потреб різних груп населення [67]. Це передбачає врахування не тільки фізичних обмежень, але й соціально-економічного контексту, культурних особливостей, а також гендерних аспектів. Реабілітаційна система повинна бути здатною реагувати на різноманітність потреб та запитів, що висувуються особами з обмеженнями життєдіяльності.

Таким чином, система реабілітації в Україні має на меті забезпечити комплексну підтримку особам з обмеженнями життєдіяльності через інтеграцію зусиль усіх суб'єктів, забезпечення високої якості надання послуг та активну участь самих пацієнтів у процесі реабілітації. Це вимагає постійного розвитку та вдосконалення як механізмів управління, так і самих реабілітаційних практик, що, в свою чергу, сприятиме формуванню більш інклюзивного суспільства, де кожен має можливість реалізувати свій потенціал незалежно від обмежень.

Ключову роль у реалізації цієї системи відіграють державні органи, медичні заклади, соціальні служби та фахівці з реабілітації, які співпрацюють на всіх рівнях. Чіткий розподіл функцій та відповідальностей між цими суб'єктами дозволяє забезпечити комплексний підхід до медичної реабілітації, а також соціальну адаптацію та інтеграцію осіб з інвалідністю в суспільство.

Проте існують виклики, такі як необхідність поліпшення координації між різними державними структурами, підвищення доступності реабілітаційних послуг та навчання кваліфікованих фахівців. Підвищення рівня обізнаності

населення щодо доступних можливостей реабілітації також є важливим аспектом, що потребує уваги.

Таким чином, для досягнення ефективної реабілітації в Україні необхідно продовжувати вдосконалювати механізми управління, сприяти інтеграції мультидисциплінарних команд, а також активно залучати громадські об'єднання до процесу реабілітації. Тільки таким чином можна досягти цілей реабілітаційної медицини і забезпечити гідне життя для всіх осіб з обмеженнями життєдіяльності.

2.3. Ресурсне забезпечення реабілітації: кадрове, наукове, інформаційне, матеріальне-технічне, фінансове.

Ресурсне забезпечення реабілітації є багатогранним і включає кілька ключових складових, які спільно забезпечують ефективність реабілітаційних процесів. Кадрове забезпечення передбачає наявність кваліфікованих фахівців, які мають необхідні знання та навички для роботи з особами з інвалідністю. Вони повинні володіти сучасними методиками реабілітації та мати можливість постійного професійного розвитку, що є важливою умовою для забезпечення якості надання послуг.

Для вирішення проблеми нестачі кадрів у сфері реабілітації об'єдналися різні державні установи, медичні заклади, наукові кола та громадські організації. Завідувач відділу медичної реабілітації Українського науково-дослідного інституту медичної реабілітації та курортології МОЗ України О.Романчук зазначив, що триває активна співпраця з провідними навчальними закладами, які займаються підготовкою фахівців у галузі фізичної реабілітації та фізичної і реабілітаційної медицини. Серед таких закладів – Дніпровський державний медичний університет, Львівський національний медичний

університет, Одеський медичний університет та Вінницький національний медичний університет.

Також І.Сисоєнко, керівник Центру медико-психологічної реабілітації Інституту медицини праці імені Кундієва, вказала на можливість використання телереабілітації та телемедицини для часткового вирішення питання нестачі кваліфікованих кадрів у реабілітаційній сфері [75-77]. Це підкреслює важливість інформаційного ресурсу для покращення доступності та якості послуг.

Важливу роль відіграють тренінгові центри для мультидисциплінарних реабілітаційних команд. Такі центри діють у шести містах України (Київ, Дніпро, Вінниця, Тернопіль, Івано-Франківськ, Ужгород), і вони відіграють ключову роль у підвищенні кваліфікації фахівців, що є важливим елементом кадрового забезпечення реабілітаційної системи.

Мінсоцполітики звертає увагу на брак кваліфікованих протезистів та ортезистів. Радник Міністра соціальної політики О.Кульчицька повідомила, що в співпраці з «ПротезХаб» розроблено професійний стандарт для цих спеціалістів, який був внесений у класифікатор професій у грудні 2023 року. Також розпочата розробка освітнього стандарту для цієї професії спільно з Міністерством освіти і МОЗ [54]. Це суттєвий крок у матеріально-технічному забезпеченні реабілітаційної галузі, адже такі спеціалісти сприяють покращенню якості життя осіб з інвалідністю.

Міністерство у справах ветеранів також активно працює над підготовкою фахівців із ментального здоров'я, залучаючи професійні організації та міжнародних донорів. Заступник Міністра у справах ветеранів України з питань європейської інтеграції О.Сивак зазначила, що процес підвищення кваліфікації психологів, які надаватимуть допомогу ветеранам, вже запущений, а фінансування для цієї ініціативи передбачене. К.Возніцина, керівниця Центру психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна», зазначила, що ведеться

робота над розробкою стандарту надання допомоги при контузії. Крім того, завдяки підтримці USAID в Україні запрацює онлайн-платформа, яка об'єднає фахівців різних галузей для надання медичної, психологічної, юридичної та соціальної допомоги людям, які пережили полон та тортури.

Президент The Hope Ukraine Foundation М.Тосон підкреслив готовність Італії співпрацювати в сфері протезування та підготовки українських лікарів [44]. Це свідчить про важливість міжнародної співпраці в науковому та кадровому забезпеченні реабілітаційної сфери, що сприяє її фінансовій та технологічній підтримці на державному та міжнародному рівнях.

Наукове забезпечення полягає у впровадженні новітніх досліджень та інноваційних підходів у сфері реабілітації, що сприяє удосконаленню реабілітаційних методів та технік. Важливим є розвиток науково-дослідних інститутів і центрів, що займаються вивченням проблем осіб з інвалідністю та розробкою нових рішень для підвищення ефективності реабілітації.

Наукове забезпечення реабілітації відіграє важливу роль у розвитку сучасних підходів до відновлення осіб з інвалідністю, створюючи основу для постійного вдосконалення методів і технологій реабілітації. Новітні дослідження у сфері нейропластичності мозку демонструють, що нервова система має здатність до перебудови, що відкриває нові можливості для відновлення функцій у пацієнтів із травмами центральної нервової системи, такими як інсульт або черепно-мозкові ушкодження. Дослідження в галузі нейрореабілітації свідчать, що застосування спеціальних когнітивно-моторних вправ здатне прискорити процеси відновлення.

Крім того, важливим напрямом наукових досліджень є розробка роботизованих систем для реабілітації рухових функцій. Вивчення їхньої ефективності показало, що використання таких пристроїв дозволяє значно покращити результативність реабілітаційних втручань. Це відбувається завдяки можливості високоточної, багаторазової стимуляції м'язів і суглобів пацієнтів,

що сприяє прискоренню процесу відновлення після травм опорно-рухового апарату.

Наукові дослідження в галузі біомедичних технологій також роблять значний внесок у розвиток реабілітації. Створення біонічних протезів, здатних інтегруватися в нервову систему пацієнта, дозволяє значно поліпшити якість життя людей, що втратили кінцівки [34-36]. Водночас, наукові розробки в галузі генної терапії відкривають нові горизонти для лікування генетичних захворювань, які раніше вважалися невиліковними, тим самим даючи можливість інтеграції таких пацієнтів у суспільне життя.

У галузі психологічної реабілітації наукові дослідження також відіграють вирішальну роль. Наприклад, ефективність когнітивно-поведінкової терапії при лікуванні посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у ветеранів та людей, що пережили травматичні події, була підтверджена численними клінічними дослідженнями. Вивчення цих методів сприяє розробці нових психотерапевтичних технік, які можуть бути адаптовані для потреб конкретних пацієнтів.

Також варто звернути увагу на впровадження цифрових технологій у наукове забезпечення реабілітації. Завдяки розвитку телереабілітації пацієнти у віддалених регіонах отримали можливість брати участь у програмах реабілітації під наглядом фахівців, не покидаючи власного дому. Дослідження показали, що телереабілітація є ефективною альтернативою традиційним методам, особливо для пацієнтів із хронічними захворюваннями, які потребують довготривалого спостереження.

Наукові установи, такі як Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології, активно досліджують різні аспекти реабілітації, включаючи вплив кліматотерапії та інших природних факторів на відновлення здоров'я. Це підкреслює важливість міждисциплінарного підходу,

що включає використання як новітніх медичних технологій, так і природних ресурсів для ефективного відновлення пацієнтів.

Таким чином, наукове забезпечення реабілітації не обмежується лише дослідженнями в одній галузі, а включає в себе широкий спектр напрямів, які взаємодіють між собою для створення комплексного підходу до реабілітаційного процесу. Постійний розвиток є ключем до того, щоб система реабілітації була здатна відповідати на виклики сучасності та потреби пацієнтів.

Інформаційне забезпечення реабілітації передбачає надання пацієнтам, їхнім родинам, а також спеціалістам у цій сфері доступу до актуальної інформації щодо методів лікування, прав і можливостей осіб з інвалідністю, а також новітніх тенденцій у реабілітації [50]. Воно включає створення інформаційних платформ, баз даних і ресурсів для навчання.

Інформаційні ресурси в сфері реабілітації осіб з інвалідністю формуються у вигляді централізованого банку даних, що охоплює різні аспекти, пов'язані з інвалідністю. Банк даних містить інформацію про реабілітаційні заклади, причини та характер інвалідності, освітній і професійний рівень осіб з інвалідністю, а також дітей з інвалідністю. Додатково враховуються склад сім'ї, рівень доходів, потреби в допоміжних засобах реабілітації, медичних виробках, реабілітаційних послугах, санаторно-курортному лікуванні, автомобілях тощо.

Такі інформаційні ресурси формуються і підтримуються в межах повноважень, зокрема на центральному рівні центральними органами виконавчої влади, які беруть участь у реалізації державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю. На місцевому рівні це завдання виконують органи виконавчої влади Автономної Республіки Крим, відповідні підрозділи обласних, Київської та Севастопольської міських, районних, а також районних у містах Києві та Севастополі державних адміністрацій і органи місцевого самоврядування. Отримання, використання, розповсюдження та зберігання

конфіденційних даних, що містяться в цих інформаційних ресурсах, здійснюється відповідно до вимог чинного законодавства.

На основі інформаційних ресурсів органи виконавчої влади реалізують соціальний моніторинг, планування та прогнозування потреб осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю в допоміжних засобах реабілітації, медичних виробів та реабілітаційних послугах [44-47]. В свою чергу, органи виконавчої влади та місцевого самоврядування забезпечують доступ осіб з інвалідністю до інформаційних ресурсів, які містять законодавчо визначені права осіб з інвалідністю на реабілітацію, а також наявні можливості отримання реабілітаційних засобів і послуг, продукції протезно-ортопедичних підприємств, що відповідає вимогам технічних регламентів або національних стандартів.

Матеріально-технічне забезпечення є важливою складовою успішної реабілітації. Це включає наявність сучасного обладнання, спеціальних технічних засобів та пристроїв, які необхідні для відновлення фізичних функцій пацієнтів. Забезпечення відповідної інфраструктури – від спеціалізованих реабілітаційних центрів до пристосованих житлових умов – також має велике значення.

Держава організовує матеріально-технічну підтримку системи охорони здоров'я в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня медичної та реабілітаційної допомоги населенню. Заклади охорони здоров'я мають право самостійно вирішувати питання, пов'язані з їх матеріально-технічним забезпеченням. Держава підтримує виробництво медичної апаратури, інструментів, обладнання, лабораторних реактивів, лікарських засобів, медичних виробів, допоміжних засобів реабілітації, протезів і гігієнічних засобів, а також стимулює розвиток торгівлі цими продуктами.

Для цього реалізуються державні цільові програми, спрямовані на пріоритетний розвиток медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, виробництво медичних виробів і допоміжних засобів реабілітації. Також

підтримуються підприємницька діяльність і міжнародне співробітництво в сфері матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я. Створюється система податкових, цінових, митних пільг та інших регуляторів.

Держава забезпечує дотримання вимог законодавства щодо обмеження реклами лікарських засобів і може обмежувати експорт товарів, необхідних для охорони здоров'я, а також сировини для їх виробництва, якщо це може зашкодити інтересам охорони здоров'я населення України [73]. Для забезпечення належної якості продукції, яка використовується в охороні здоров'я, її застосування дозволяється лише після обов'язкової апробації, що проводиться відповідно до порядку, узгодженого з центральним органом виконавчої влади, відповідальним за формування державної політики в сфері охорони здоров'я.

Фінансове забезпечення реабілітації охоплює фінансування з державного та приватного секторів для забезпечення доступності реабілітаційних послуг. Адекватне фінансування дозволяє підтримувати діяльність реабілітаційних установ, розвивати нові програми, впроваджувати сучасні технології та надавати кваліфіковану допомогу.

Фінансування заходів з реабілітації осіб з інвалідністю, включно з дітьми, є багатогранним процесом, який забезпечується через використання кількох джерел фінансування. Основними джерелами для покриття витрат на реабілітацію та утримання реабілітаційних закладів виступають державний та місцеві бюджети, а також цільові страхові фонди. Крім того, вагомий внесок здійснюють засновники реабілітаційних закладів, громадські організації, міжнародні донори та меценати через добровільні пожертвування. Інші джерела фінансування, передбачені чинним законодавством, також відіграють важливу роль у покритті витрат на реабілітаційні заходи.

Щорічно при формуванні державного і місцевих бюджетів планується виділення коштів для реалізації індивідуальних програм реабілітації осіб з

інвалідністю, зокрема дітей, що охоплюють різні аспекти: від медичної реабілітації до психологічної та соціальної допомоги. Важливою складовою фінансування є також підтримка функціонування реабілітаційних закладів, де працюють мультидисциплінарні команди, що спеціалізуються на різних аспектах відновлення здоров'я та соціалізації.

Завдяки бюджетному плануванню забезпечується фінансування не лише поточних витрат, але й інвестицій у модернізацію закладів реабілітації, закупівлю нового обладнання та технологій, що дозволяє покращити рівень надання послуг. Зокрема, сучасні реабілітаційні програми вимагають використання високотехнологічного обладнання, яке підвищує ефективність відновлювальних процедур.

Крім бюджетних коштів, важливу роль у фінансуванні реабілітаційних заходів відіграють програми міжнародної технічної допомоги. Зокрема, значна частина таких програм спрямована на підтримку реабілітаційних ініціатив в Україні, які здійснюються в партнерстві з міжнародними організаціями, такими як USAID, Європейський Союз та інші [76-77]. Ці програми часто передбачають як матеріальну підтримку, так і освітні та наукові проекти, що спрямовані на підвищення кваліфікації фахівців у сфері реабілітації.

Одним із важливих аспектів фінансування реабілітації є ефективне використання коштів через розподіл фінансових ресурсів за пріоритетними напрямками. Дозволяє концентрувати увагу на тих сферах, де найбільше потребують допомоги, як-от протезування, надання допоміжних засобів реабілітації, телемедицина та розвиток телереабілітаційних послуг. Фінансова підтримка також передбачає заходи соціального захисту осіб з інвалідністю, включаючи надання пільг, субсидій на придбання необхідного обладнання, компенсації за витрати на медичні послуги, ліки та засоби реабілітації.

Таким чином, ресурсне забезпечення реабілітації осіб з інвалідністю є ключовим чинником, що визначає ефективність реабілітаційних процесів. Воно

охоплює різноманітні аспекти, зокрема кадрове, наукове, інформаційне, матеріально-технічне та фінансове забезпечення, які спільно формують основу для надання високоякісних реабілітаційних послуг.

Кадрове забезпечення вимагає постійного навчання та підвищення кваліфікації фахівців, що працюють у сфері реабілітації, забезпечуючи мультидисциплінарний підхід до вирішення проблем осіб з інвалідністю. Наукове забезпечення підтримує впровадження інноваційних методів, що сприяють удосконаленню реабілітаційних практик, враховуючи індивідуальні потреби пацієнтів. Інформаційні ресурси, зокрема централізовані банки даних, забезпечують доступ до актуальної інформації про стан осіб з інвалідністю та доступні реабілітаційні послуги.

Матеріально-технічне забезпечення передбачає створення належних умов для надання медичної та реабілітаційної допомоги, а також виробництво необхідних медичних виробів та технологій [40-42]. Фінансове забезпечення є основою для реалізації індивідуальних програм реабілітації та підтримки функціонування реабілітаційних закладів.

Отже, тільки комплексний і злагоджений підхід до ресурсного забезпечення може забезпечити успішну інтеграцію осіб з інвалідністю в суспільство, підвищуючи їхню якість життя і соціальну активність. Співпраця між державними структурами, медичними установами, науковими організаціями та громадськими ініціативами має стати основою для досягнення цієї мети, що відповідатиме сучасним міжнародним стандартам і потребам суспільства.

РОЗДІЛ 3.

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА УКРАЇНСЬКА ПРАКТИКА

3.1. Аналіз світового досвіду побудови системи реабілітації.

Аналіз світового досвіду побудови системи реабілітації виявляє різноманітні підходи до інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство, сприяючи їхньому відновленню фізичних, психологічних та соціальних функцій. В багатьох країнах світу система реабілітації є комплексною і багаторівневою, що охоплює медичні, соціальні, освітні та професійні аспекти. Перш за все, важливо відзначити, що в країнах з розвиненою економікою реабілітаційні послуги часто реалізуються через мультидисциплінарні команди, до складу яких входять медичні працівники, психологи, соціальні працівники та фахівці з професійної підготовки тощо. Цей підхід дозволяє забезпечити індивідуалізований підхід до потреб кожного пацієнта, враховуючи їхні специфічні обставини та цілі.

Крім того, важливою складовою світового досвіду є активна участь громадських організацій у наданні реабілітаційних послуг [48]. Наприклад, у США та Канаді багато неурядових організацій працюють над розвитком програм реабілітації, пропонуючи різноманітні підтримувальні послуги, що сприяють соціальній інтеграції осіб з інвалідністю. Ці організації також активно займаються адвокацією прав осіб з інвалідністю, що є критично важливим аспектом для забезпечення їхнього доступу до реабілітаційних ресурсів. У європейських країнах, таких як Швеція та Норвегія, система реабілітації також акцентує увагу на профілактиці інвалідності. Це досягається через раннє виявлення проблем та своєчасну медичну допомогу, що зменшує потребу в подальшій реабілітації. Водночас, у цих країнах важливою є роль держави в

забезпеченні фінансування реабілітаційних послуг, що дозволяє зменшити фінансове навантаження на родини осіб з інвалідністю.

Не менш значущим є досвід країн, що розвиваються, де реабілітаційні програми часто стикаються з проблемами недостатнього фінансування та обмеженого доступу до спеціалізованих послуг. Однак навіть у таких умовах спостерігається спроба адаптувати міжнародні практики, запроваджуючи мобільні реабілітаційні команди, які виїжджають у віддалені райони для надання послуг [20-21]. Важливим елементом ефективної системи реабілітації є інформування та залучення суспільства до розуміння потреб осіб з інвалідністю. У багатьох країнах проводяться кампанії з підвищення обізнаності, які сприяють зміцненню соціальної інтеграції та усуненню стигми, пов'язаної з інвалідністю.

Останніх десять років спостерігається розвиток нової моделі інвалідності, що базується на соціальному підході, який проголошує рівність прав та можливостей для всіх членів суспільства, а також нормалізацію життя людей з функціональними порушеннями. Цей підхід був вперше представлений у 1980 році, коли Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [80; 82]. Соціальна концепція інвалідності знайшла своє остаточне формулювання у Стандартних правилах створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності, ухвалених на 48-й сесії Генеральної асамблеї ООН у 1993 році.

В розвинених країнах реабілітація здійснюється через стаціонарні та амбулаторні медичні установи, включаючи денні клініки. Стаціонарні заклади охоплюють реабілітаційні центри та спеціалізовані відділення в лікарнях. Так, в США велика увага приділяється координації всіх служб, які забезпечують відновне лікування, а також раціональному розподілу функцій між ними. У 1980-х роках було створено мережу спеціалізованих медичних закладів, що

працюють за схемою: первинна діагностика – спеціалізоване обстеження – інтенсивна терапія, довгострокове лікування та реабілітація – реадаптація і соціально-медичний патронаж. Це сприяло розвитку різноманітних амбулаторних служб, консультаційно-діагностичних центрів та комплексних реабілітаційних центрів.

Організація реабілітаційних підрозділів у США передбачає акцент на їх економічній доцільності. Управління реабілітаційного обслуговування підкреслює, що на кожну тисячу доларів, витрачену на реабілітацію осіб з інвалідністю, суспільство може отримати 35 тисяч доларів у вигляді продуктивності праці реабілітованих осіб. Проте лише 50% осіб працездатного віку мають можливість працювати [20-21]. У зв'язку з цим ведеться активна діяльність із професійної реабілітації осіб з інвалідністю, контрольована Президентською радою з працевлаштування. В рамках цієї діяльності розробляються спеціальні програми співпраці центрів підготовки з підприємствами. Політика, що стосується проблем осіб з інвалідністю, розробляється особливим урядовим органом – Національною радою з інвалідності, члени якої призначаються президентом. Метою ради є забезпечення повноправної участі осіб з інвалідністю в житті суспільства. Медична реабілітація осіб з інвалідністю передбачена в рамках програм «Medicare» та «Medicaid», які фінансуються федеральним урядом.

Що стосується хронічних хворих і людей похилого віку, основною метою їх відновного лікування є підтримка здоров'я та поліпшення здатності до повсякденної діяльності. Наприклад, в Мілвокі було об'єднано дві лікарні в геріатричний центр, який надає допомогу при гострих та хронічних захворюваннях, амбулаторну первинну допомогу на дому та функціонує як реабілітаційний центр денного перебування. Пацієнти доставляються до цієї установи спеціальним транспортом тричі на тиждень.

Канада стала першою країною, що включила в свою конституцію положення про рівність осіб з інвалідністю. У процесі реабілітації осіб з інвалідністю беруть участь спеціалізовані фахівці – ерготерапевти та реабілітаційні медсестри, діяльність яких зосереджена на виявленні індивідуальних потреб осіб з інвалідністю та компенсації обмежень життєдіяльності. Одним із головних завдань відновного лікування фахівці вважають максимальне залучення осіб з інвалідністю до суспільного та виробничого життя.

У Великобританії законодавчо закріплено впровадження реабілітаційних елементів у діяльність усіх лікарень. У великих багатoproфільних лікарнях створюються спеціалізовані реабілітаційні палати. Для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма реабілітації. Наприклад, реабілітація пацієнтів, які перенесли гострий порушення мозкового кровообігу, здійснюється командою, до складу якої входять лікар-невролог-реабітолог, середні медичні працівники (медсестри, фізичні терапевти, ерготерапевти), психолог, логопед та соціальні працівники [52-54]. Крім того, у країні діє мережа спеціалізованих і комплексних центрів реабілітації. Визнана економічна доцільність об'єднання лікарень, будинків догляду та інших установ, які здійснюють реабілітацію, в великі комплекси.

Законодавство про осіб з інвалідністю в Великобританії існує з 1944 року, і інвалідність розглядається через призму рівності та недискримінації. Сполучене Королівство зобов'язалося вивести систему послуг на рівень незалежності для осіб з інвалідністю, наскільки це можливо. Національне законодавство гарантує безкоштовність послуг у сфері охорони здоров'я: «Послуги надаються відповідно до потреби, а не можливості платити» [68]. Вартість допоміжних засобів вартістю менше 1000 фунтів також покривається місцевим органом влади.

Раніше уряд Англії реалізував проект «Трансформовані послуги та обладнання у громаді», який передбачав надання допоміжних засобів та простих побутових приладів. Нова модель передбачає, що місцеві соціальні або медичні органи виписують ваучер для придбання простого допоміжного засобу, який особа може обміняти, а також дозволяють їй поповнити ваучер на суму, необхідну для придбання більш складного засобу. Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності відповідає за розробку навчальних посібників, у тому числі й з реабілітації після перенесених захворювань [56-58]. Реабілітація осіб з інвалідністю на дому також діє, хоча вона є високозатратною і має великі вимоги до персоналу.

У Швеції визначення осіб з інвалідністю базується на Міжнародній класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ). Однак існують різні контекстуальні визначення інвалідності в національному законодавстві: недискримінаційні, соціальні та у сфері будівництва [23]. Законодавство країни покладає відповідальність на основного фахівця у сфері охорони здоров'я за надання реабілітації, допомоги та допоміжних технологій, які сприятимуть поліпшенню можливостей особи. Водночас особа з порушеннями здоров'я бере на себе відповідальність за участь у реабілітаційному процесі та має можливість звертатися за допомогою до інших фахівців медичної або соціальної сфери.

У Німеччині законодавство про осіб з інвалідністю ґрунтується на концепції, що реабілітація та подальше працевлаштування осіб з інвалідністю є економічно вигіднішими, ніж їх постійне забезпечення пенсіями та допомогами. Основними положеннями «Кодексу соціального права» є: надання всіх видів необхідної допомоги кожній особі з інвалідністю або особі, якій загрожує інвалідність, незалежно від причини; інтеграція осіб з інвалідністю у суспільство; втручання на найранніших стадіях, коли потрібно вжити всі заходи для зменшення масштабів наслідків інвалідності; принцип надання індивідуальної допомоги, орієнтованої на потреби конкретної особи з

інвалідністю [9]. Норми законодавства спрямовані на реабілітацію осіб з інвалідністю з використанням механізмів страхування, причому фінансування процесу інтеграції особи з інвалідністю в трудове життя має пріоритет над пенсійним фінансуванням.

Зокрема, у Фінляндії інтеграція реабілітаційної діяльності на законодавчому рівні закріплена в сферах соціального захисту населення, охорони здоров'я, зайнятості, соціального страхування та освіти, а також сформовані механізми їх співпраці та кооперації. Особливу увагу приділяють професійній реабілітації осіб з інвалідністю. Фінансування реабілітації здійснюється за рахунок соціального страхування. Протягом проходження реабілітації особа з інвалідністю отримує спеціальну реабілітаційну допомогу за рахунок коштів соціального страхування. Питання реабілітації осіб з інвалідністю та надання їм медичної допомоги в Фінляндії належать до компетенції Національного інституту охорони здоров'я та соціального забезпечення, який забезпечує моніторинг, навчання та планування в цій сфері.

Відповідно до Кодексу соціального страхування Польщі, особи з інвалідністю мають право на безкоштовні послуги медичного догляду та реабілітації. Закон передбачає здійснення професійної та соціальної реабілітації, а також включає питання охорони праці, формування професійних навичок. Соціальна реабілітація покликана підготувати особу до самостійного життя, відновити соціальні зв'язки та знайти друзів, а також активно інтегрувати особу в суспільство. Реабілітація осіб з інвалідністю та надання їм медичних послуг регламентуються законодавством про охорону здоров'я, соціального страхування та зайнятості [1-3]. Набуття навичок для повернення до життя у суспільстві є завданням освітньої системи. Важливим етапом у реабілітації осіб з інвалідністю є участь у реабілітаційних програмах, розроблених під конкретну особу, які зазвичай включають медичні, соціальні та професійні елементи.

В Україні законодавство про осіб з інвалідністю регулюється кількома нормативно-правовими актами, зокрема Конституцією України, Законом України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», а також Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». Згідно з цими документами, державна політика у сфері реабілітації спрямована на забезпечення прав осіб з інвалідністю на життя, здоров'я, освіту, працю та участь у соціальному житті.

Однією з основних складових реабілітації є медична реабілітація, яка проводиться в лікувально-профілактичних закладах. Особи з інвалідністю мають право на безкоштовні медичні послуги, що включають консультації лікарів, фізіотерапію, ерготерапію та психологічну підтримку. Законодавство також передбачає створення індивідуальних програм реабілітації, які розробляються на основі потреб конкретної особи. Ці програми включають комплекс медичних, соціальних та професійних заходів. Соціальна реабілітація осіб з інвалідністю в Україні охоплює діяльність соціальних служб, які надають допомогу в інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство, відновленні соціальних зв'язків і підтримці активної життєвої позиції. Служби соціального захисту забезпечують доступ до інформації про права, можливості та ресурси, доступні для осіб з інвалідністю.

В сфері професійної реабілітації в Україні функціонують центри зайнятості, які пропонують програми перекваліфікації та навчання новим професіям для осіб з інвалідністю. Законодавство гарантує підтримку підприємствам, які працевлаштовують осіб з інвалідністю, через фінансування та податкові пільги. Окрім того, в Україні надається підтримка в придбанні допоміжних технологій та засобів для осіб з інвалідністю. Державні програми передбачають забезпечення людей з обмеженими можливостями спеціалізованими засобами пересування, такими як інвалідні візки, слухові апарати та інші пристрої [18-20]. Важливою складовою реабілітаційного

процесу є навчання спеціалістів у сфері медичної та соціальної реабілітації. Для цього розробляються програми підготовки медичних працівників, психологів, соціальних працівників та інших фахівців, які працюють з особами з інвалідністю.

Попри існуюче законодавство та програми, в Україні все ще існують виклики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю. Це стосується недостатньої фінансової підтримки, обмеженого доступу до якісних медичних послуг, а також недостатньої інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство. Тому важливо продовжувати вдосконалення системи реабілітації, забезпечуючи реалізацію прав осіб з інвалідністю на рівні з іншими громадянами.

В Україні, зокрема у Вінниці, функціонує кілька закладів, що займаються реабілітацією осіб з інвалідністю, які демонструють важливу роль у забезпеченні комплексного підходу до їх реабілітації. Так, державна реабілітаційна установа «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля» у м.Вінниці надає медичну, соціальну та психологічну реабілітацію для дітей і дорослих з інвалідністю. В закладі працюють мультидисциплінарні команди фахівців, що відповідає сучасним тенденціям у реабілітації, які акцентують увагу на інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство.

Основною метою діяльності Центру є забезпечення всебічної реабілітаційної допомоги, що включає фізичну терапію, логопедичні заняття, психологічну підтримку, а також соціальну адаптацію. Центр пропонує широкий спектр реабілітаційних послуг для дітей віком від 0 до 18 років та дорослих, в тому числі як денний, так і цілодобовий стаціонар, щоб забезпечити пацієнтам оптимальні умови для відновлення та розвитку.

Важливим аспектом роботи Центру є індивідуальний підхід до кожного пацієнта, що реалізується шляхом розробки спеціальних програм реабілітації, які ґрунтуються на принципах пацієнтоцентричності, цілеспрямованості та безперервності. Фахівці Центру проводять ретельне обстеження, щоб виявити

функціональні порушення та обмеження, після чого планують відповідну програму реабілітації, виконують необхідні втручання та оцінюють результати лікування. Центр також дотримується протипоказань до прийому пацієнтів, таких як наявність інфекційних захворювань, важкі психічні розлади, а також серйозні соматичні стани, що виключають можливість перебування в групі. Це дозволяє забезпечити безпечні умови для лікування та реабілітації.

Згідно з Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», Центр виконує свої функції з урахуванням біопсихосоціальної моделі, що акцентує увагу на взаємодії особи з навколишнім середовищем. Це підкреслює важливість комплексного підходу до реабілітації, в якому враховуються як фізичні, так і психологічні аспекти, а також соціальні чинники.

Таким чином, Державна реабілітаційна установа «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля» відіграє важливу роль у системі медичної реабілітації в Україні, надаючи високоякісні послуги пацієнтам та сприяючи їх соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

Так, в центрі «Поділля» особи з інвалідністю мають можливість пройти професійне навчання та отримати свідоцтво державного зразка. Для незрячих людей та тих, хто має слабкий зір, адаптована спеціальність «Оператор комп'ютерного набору». Центр також створює комфортні умови для осіб, які користуються кріслами колісними, що дає їм змогу оволодіти частиною доступних професій. Серед інших спеціальностей, які пропонуються, є «Фотограф», «Флорист», «Кухар» та «Оператор котельні».

Зокрема, професія «Оператор котельні» є особливо затребуваною. У групі з дев'яти учнів троє – колишні військовослужбовці, які отримали інвалідність під час війни. Незважаючи на ці обставини, вони мають високі навички швидкого аналізу та прийняття рішень у складних ситуаціях. Деякі з ветеранів володіють ґрунтовною технічною освітою, що значно полегшує і прискорює процес освоєння необхідних професійних знань (рис.3.1.).

Навчання триває чотири місяці, і, за словами викладачки А.Левицької, щоденне поєднання теоретичних знань з практичними заняттями є основою навчального процесу. Після завершення курсу учні зможуть обслуговувати котельні малої та середньої потужності, проводити аналіз стану теплових вузлів, знати, як запобігати аваріям, а також діяти відповідно до протоколів у разі небезпечних ситуацій. Практичні навички вони отримують на водогрійній котельні закладу та на котельнях КП «Облтеплоенерго», які забезпечують теплом лікарні, школи та інші навчальні заклади міста.



Рис. 3.1. Навчання за професією «Оператор котельні»

У Центрі також успішно реалізується програма навчання за спеціальністю «Кухар» (див. рис.3.2). Тривалість цього курсу становить шість місяців. Навчальний процес організовано так, що теоретичні знання закріплюються під час виробничого навчання в спеціально обладнаних майстернях під керівництвом викладача. Практичні навички здобуваються під час проходження виробничої практики на підприємствах.



Рис. 3.2. Навчання за спеціальністю «Кухар»

У Центрі також здійснюється підготовка фахівців за спеціальностями «Фотограф» (див. рис. 3.3.) та «Флорист» (див. рис. 3.4.). Цей навчальний процес включає поєднання теоретичного навчання з практичними заняттями, що проводяться у спеціально облаштованих майстернях. Випускники набувають необхідних знань і навичок для успішного працевлаштування в обраних галузях. Освітня програма охоплює як технічні аспекти, так і розвиток творчих здібностей, що забезпечує їх конкурентоспроможність на ринку праці.



Рис. 3.3. Роботи учнів спеціальності «Фотограф»



Рис. 3.4. Навчання за спеціальністю «Флорист»

У Центрі також проводяться курси для людей з розумовими або психічними захворюваннями, які зосереджені на навчанні простих трудових навичок, таких як приготування їжі та виконання побутових завдань. Це сприяє їх соціалізації та можливому працевлаштуванню. Для тих, хто ще не визначився з вибором професії, психологи Центру надають допомогу у виборі через сеанси професійної орієнтації.

Соціальний супровід під час працевлаштування відіграє критично важливу роль у тому, щоб полегшити адаптацію особи з інвалідністю до нового робочого середовища в період випробувального терміну. Фахівці Центру підтримують постійний контакт з працівником і роботодавцем, вирішуючи питання, які можуть заважати виконанню службових обов'язків. Завдяки попередньому досвіду, роботодавці часто адаптують робочі місця, санітарні приміщення та шляхи пересування відповідно до індивідуальних потреб працівників з інвалідністю.

У рамках програми соціального супроводу за минулий рік 56 осіб знайшли роботу. Серед них нечуючі працевлаштовуються на позиції касирів у торгових залах, помічників кухаря та швачок, а незрячі отримують можливості працювати в кол-центрах. Протягом шести місяців 12 фахівців надали

підтримку 30 людям з інвалідністю, які проживають у Вінниці та Києві. З цієї кількості 17 осіб успішно працевлаштовані в рамках проєкту, включаючи двох ветеранів, які захищали Україну. Кожне робоче місце було обране з урахуванням фізичних можливостей підопічних, оскільки учасники мали різні види порушень.

Крім того, фахівці консультували роботодавців щодо адаптації робочих місць і середовища праці для осіб з інвалідністю, проводили тренінги для роботодавців та колективів. Учасники проєкту отримували підтримку під час адаптації на нових робочих місцях відповідно до індивідуальних планів супроводу.

Зокрема, посібник, створений у рамках проєкту «Нова якість реабілітаційної допомоги на Вінниччині», реалізованого Фондом громади «Подільська громада» у співпраці з Державною реабілітаційною установою «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Поділля», є результатом комплексного підходу до реабілітації осіб з інвалідністю в Україні. Проєкт отримав підтримку Програми розвитку ООН у рамках ініціативи «Підтримка реабілітації людей з інвалідністю, спричиненою війною» та був профінансований урядами Республіки Корея і Німеччини, з метою покращення якості реабілітаційних послуг через впровадження інноваційних практик.

Цей посібник адресований широкому спектру спеціалістів, включаючи керівників і працівників соціальних служб, неурядових організацій, які працюють з людьми з інвалідністю, особами з інтелектуальними та психічними розладами, а також батькам таких осіб, психологам, соціальним працівникам, викладачам і студентам. Основна мета посібника – надати практичні рекомендації для організації навчання навичкам самостійного проживання людей з інвалідністю в умовах тренувальних квартир.

Видання систематизує сучасні підходи до реабілітації осіб з інвалідністю, зокрема тих, хто має інтелектуальні та психічні порушення, та містить

методологічні вказівки щодо організації тренувальних квартир. Посібник охоплює як організаційні аспекти діяльності тренувальної квартири, так і специфічні методи навчання. Проєкт «Школа самостійного проживання» сприяв розвитку навичок самообслуговування, догляду за житлом і одягом, фінансової грамотності, харчування та соціальної взаємодії (дод.Б.).

Посібник також містить рекомендації для фахівців щодо подолання труднощів, з якими можуть стикатися особи з інвалідністю під час навчання. Це включає формування навичок догляду за житлом, організації харчування та дозвільної діяльності. Велика увага приділяється соціальній інтеграції та формуванню навичок фінансової грамотності, які є важливими для незалежного життя. Значення цього посібника полягає в його практичній спрямованості на створення умов для тиражування успішної практики тренувальних квартир. Інформація, що міститься в ньому, призначена для використання в щоденній діяльності соціальних працівників і реабілітологів, забезпечуючи підтримку людей з інвалідністю на їх шляху до незалежності. Автори та упорядники наголошують, що висновки та рекомендації, викладені в посібнику, відображають їхню особисту позицію і не обов'язково є офіційною позицією Програми розвитку ООН або інших агенцій ООН [77]. Посібник містить структуровані рекомендації для подолання типових труднощів у навчальному процесі та надає фахівцям мультидисциплінарної команди необхідні інструменти для роботи з особами, які потребують особливого підходу через інтелектуальні чи психічні порушення.

У Центрі реалізується мультидисциплінарний підхід до реабілітації, що включає надання медичної допомоги, соціально-психологічної, фізичної, соціально-побутової, трудової та медичної реабілітації. Послуги надаються протягом усього року. Відділ фізичної та реабілітаційної медицини забезпечує комплексний підхід до реабілітаційних послуг. Фізична терапія охоплює

різноманітні методи лікувальної фізкультури, механотерапії, масажу та фізіотерапевтичних процедур, а також новітні методи фізичної терапії.

Фахівці Центру застосовують біопсихосоціальну модель, яка є частиною концепції МКФ. Основні аспекти цієї моделі включають:

- формування функціонального діагнозу, що враховує всі елементи МКФ: функції та структури організму, порушення в цих функціях та структурах, обмеження діяльності та участі, а також фактори навколишнього середовища та особисті чинники;

- дотримання загальних принципів реабілітації, таких як пацієнтоцентричність, цілеспрямованість, своєчасність, послідовність, безперервність та функціональна орієнтація;

- індивідуалізацію реабілітаційного процесу протягом тривалого реабілітаційного періоду – визначення цілей фізичної терапії для кожного пацієнта та узгодження цих цілей із іншими видами реабілітації, які надаються в рамках комплексної реабілітаційної допомоги у спеціалізованому Центрі;

- орієнтацію на принципи доказової реабілітації та алгоритми клінічної діяльності фахівців фізичної терапії, які включають обстеження для визначення функціональних порушень, прогнозування результатів реабілітаційних втручань, розробку плану реабілітації, проведення фізичної терапії, оцінку отриманих результатів і коригування реабілітаційної програми за необхідності.

При плануванні та впровадженні програм основну увагу приділяють Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, з урахуванням біопсихосоціальної моделі обмеження повсякденного функціонування. Як зазначено в статті 8 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»: «Біопсихосоціальна модель описує обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності як результат взаємодії особи з навколишнім середовищем, включаючи фізичні, психологічні та середовищні чинники, що забезпечує здатність особи підтримувати високий рівень здоров'я і

благополуччя та ефективно функціонувати в суспільстві». Кабінет фізичної терапії спеціалізується на лікуванні та відновленні пацієнтів, зокрема після травм або захворювань центральної та периферичної нервової системи (рис. 3.5.).

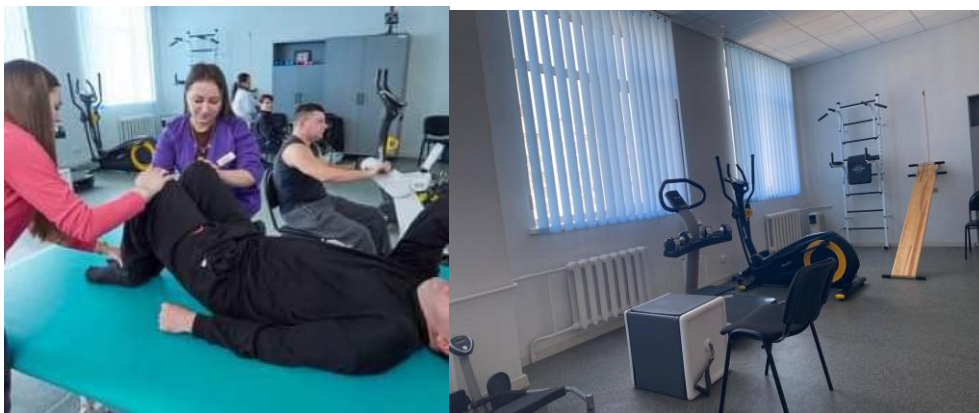


Рис. 3.5. Кабінет фізичної терапії

Фахівці також використовують дві методики сенсорної корекції: 1) активність дитини в сенсорній кімнаті; 2) застосування корекційно-розвивального навчального комплексу «ТІМОКО» (рис.3.6.). Ці підходи сприяють нормалізації порушеного сенсорного потоку, зокрема пропріоцептивної чутливості, функціонуванню аналізаторних систем та вищих кіркових функцій. Методи сенсорної корекції впливають на аферентні системи, одночасно стимулюючи мотивацію до активності та важливу емоційно-вольову сферу.



Рис.3.6. Корекційно-розвиваючий навчальний комплекс «ТІМОКО»

Також фахівці використовують підвісні системи. Підвісні системи – це спеціалізовані конструкції, призначені для реабілітації ослаблених або спазмованих м'язових груп у пацієнтів з м'язовими дисфункціями. Ці порушення можуть виникати внаслідок різних неврологічних захворювань чи патологій опорно-рухового апарату, зокрема через вроджені аномалії або травми. Застосування підвісних систем сприяє відновленню м'язових функцій і поліпшенню рухової активності, що є важливим елементом комплексної реабілітації таких пацієнтів (Рис. 3.7.).



Рис. 3.7. Підвісна система

У Центрі комплексної реабілітації «Поділля» працює «Школа орієнтування у просторі та мобільності», створена спеціально для осіб з порушеннями зору (рис.3.8.). Наразі чотири учасники проходять навчання, яке фокусується на розвитку навичок орієнтування у просторі. Це включає використання білої тростини для переміщення, розвиток просторового сприйняття для орієнтації на маршрутах і в приміщеннях, а також освоєння методик фізичної підтримки під час супроводу.

Основною метою цієї Школи є навчити людей з вадами зору самостійно орієнтуватися в навколишньому середовищі, що сприяє їхній незалежності в повсякденних справах, таких як відвідування магазинів, приготування їжі,

прибирання вдома, а також візити до громадських місць, зокрема банків чи медичних закладів. У рамках навчання також вивчається шрифт Брайля. Навчання проводять кваліфіковані інструктори, які отримали спеціалізовану підготовку для роботи з людьми з вадами зору. Для занять було придбано відповідне обладнання, зокрема тростини різних розмірів, наконечники до них, а також тактильні схеми для навігації.



Рис. 3.8. Навчання орієнтуванню в просторі

Таким чином, заклади реабілітації в Україні демонструють широкий спектр послуг, які охоплюють фізичне, психологічне та соціальне відновлення. Незважаючи на певні труднощі, такі як обмежене фінансування та недостатня кількість кваліфікованого персоналу, вони відіграють важливу роль у покращенні якості життя осіб з інвалідністю та їхній інтеграції в суспільство. Спільними зусиллями закладів, держави та громади можливо досягти значних позитивних змін у цій сфері.

3.2 Напрямки та шляхи удосконалення системи реабілітаційної допомоги в Україні

Система реабілітації в Україні знаходиться на етапі формування. Війна в Україні, яка триває з 2014 року і посилилася в 2022 році після повномасштабного

вторгнення росії вплинула на стан реабілітації в країні, як з точки зору потреби в реабілітаційних послугах, так і з точки зору розвитку системи реабілітації. Війна створила нові виклики, але водночас стала каталізатором для розвитку й удосконалення різних аспектів реабілітації. Наслідки бойових дій створили в потребі в нових моделях реабілітації ветеранів, постраждалих від бойових дій і цивільних осіб, які отримали травми. Це додатково ускладнило швидку розбудову системи. Необхідно вирішити великий пласт проблем. Реформа системи реабілітації в Україні вимагатиме значного часу та зусиль. На державному рівні не існує чіткої і узгодженої стратегії розвитку сфери реабілітації, яка включатиме інтеграцію медичної і соціальної допомоги. Удосконалення системи реабілітаційної допомоги в Україні вимагає комплексного підходу, який включає покращення нормативно-правової бази, медичні, соціальні, кадрові, фінансові, технологічні, інфраструктурні аспекти, розвиток інклюзивної політики.

Необхідно поліпшувати доступ до реабілітаційних послуг. Важливо забезпечити рівний доступ до послуг реабілітації для всіх громадян, незалежно від місця їх проживання. Це передбачає розвиток реабілітаційних відділень на базі існуючих медичних закладів, а також необхідно значно розширити мережу спеціалізованих реабілітаційних центрів.

Підготовка кадрів у сфері реабілітації є одним із ключових чинників ефективності всієї системи реабілітаційної допомоги. Одним із важливих напрямів удосконалення системи реабілітації є розвиток професійних навичок кадрів, які надають реабілітаційні послуги. Велика кількість людей, які потребують реабілітаційної допомоги породжує величезну потребу в висококваліфікованих кадрах. В Україні спостерігається значний дефіцит лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, терапевтів мови та мовлення, психологів, медичних сестер.

У багатьох країнах реабілітацією займаються різні фахівці, тоді як в Україні, як зазначив професор В.Стеблюк, до нещодавнього часу спеціальність «Медична реабілітація» взагалі не існувала, хоча вона є важливою [66]. Відтак, реабілітаційні процеси переважно проводять фізіотерапевти, неврологи, травматологи та інші спеціалісти. Більшість лікарів і інструкторів лікувальної фізкультури не мають сучасних знань про функціональну анатомію та принципи відновлення. Відсутність цих знань створила у суспільстві та серед медиків стереотип про необхідність «періодичних госпіталізацій» для «реабілітації», що зосереджується, в першу чергу, на медикаментозній терапії. Це, в свою чергу, призводить до великої кількості стаціонарних ліжок, які потребують значних матеріальних та лікарських ресурсів, і формує певне навантаження, що підкріплює їх існування.

Необхідно забезпечити законодавче врегулювання, включаючи визначення протоколів реабілітації для різних захворювань і травм, а також підготовку фахівців.

Важливою є також модернізація матеріально-технічної бази реабілітаційних відділень та реабілітаційних центрів. За словами А.Турчина, заступника головного лікаря з амбулаторно-діагностичної допомоги Київської обласної клінічної лікарні, відділення повинні бути належним чином оснащені, оскільки з використанням сучасних методик пацієнти можуть почати функціонувати вже в перші дні після операцій.

У серпні 2016 року в Національний класифікатор професій були внесені нові спеціальності, такі як «Лікар фізичної та реабілітаційної медицини», «Фізичний терапевт» та «Ерготерапевт», а в листопаді того ж року затвердили кваліфікаційні характеристики цих фахівців. Це свідчить про позитивні зрушення в напрямку вдосконалення нормативної бази та запровадження міжнародної класифікації функціонування.

Однак для досягнення справжнього успіху необхідні не тільки поодинокі кроки, а й комплексні зміни. Ключовим завданням є створення єдиного органу державної влади, відповідального за координацію дій всіх міністерств у сфері реабілітації, а також розробка державної програми реабілітації та прийняття низки законів.

Не менш важливо запровадити нові освітні програми, які відповідали б міжнародним стандартам та сучасним потребам у наданні реабілітаційних послуг.

У 2015 році Міністерство охорони здоров'я України ініціювало створення робочих груп для розробки освітніх стандартів з підготовки фахівців у галузі медичної та фізичної реабілітації. Надалі Міністерство освіти і науки України створило науково-методичну комісію, яка зайнялася розробкою нових стандартів для підготовки фахівців у сфері реабілітації. Вже затверджено стандарт для бакалаврів з фізичної реабілітації, а також стандарти для магістрів-фізичних терапевтів і ерготерапевтів.

Однак, для забезпечення достатньої кількості фахівців у сфері реабілітації Україні знадобиться чимало часу. Планується, що підготовка лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини займе 10 років, включаючи 6 років для отримання медичного диплома та 4 роки в інтернатурі. Водночас, поки не буде достатньо підготовлених кадрів, пропонується перепрофілювання існуючих лікарів-невропатологів та травматологів на фахівців з фізичної та реабілітаційної медицини, з відповідною теоретичною та практичною підготовкою. Таким чином, необхідні зміни в системі освіти і підготовки кадрів допоможуть Україні підняти рівень реабілітаційної медицини до міжнародних стандартів.

Для досягнення оптимальних результатів реабілітації важливо, щоб фахівці працювали в команді. Наразі активно впроваджується модель, за якою реабілітаційні заходи організовуються командою спеціалістів, очолюваною лікарем з фізичної та реабілітаційної медицини. У цю команду, в залежності від

потреб пацієнта, можуть входити лікарі вузьких спеціальностей (кардіологи, травматологи, невропатологи), фахівці з фізичної терапії та ерготерапії, а також психологи, соціологи, педагоги та юристи, якщо це потрібно. Лікар, який безпосередньо лікує пацієнта, виконує консультативну роль.

Однак для ефективної роботи мультидисциплінарної команди необхідно визначити принципи її функціонування, повноваження та обов'язки в рамках системи реабілітації. Це включає розробку чітких процедур для складання планів реабілітації, що охоплюватимуть всі етапи лікування: від надання невідкладної допомоги до амбулаторного та санаторно-курортного етапів. Це змінить підходи до адміністрування реабілітаційної системи [67].

Ще один важливий аспект – участь родини пацієнта в процесі відновлення. Розуміння членами сім'ї їхньої ролі у виконанні медичних рекомендацій і їх активність у лікувальному процесі суттєво впливають на результати реабілітації. Сім'я повинна надавати пацієнту підтримку, терпіння та витрачати енергію на допомогу в його одужанні. Це створює перед поліклініками та сімейними лікарями завдання організувати роботу з родинами, перетворюючи їх на активних учасників процесу лікування.

Важливо інформувати їх про захворювання пацієнта та навчати методам виконання лікувальних заходів, таких як фізіотерапія або масаж. Крім того, медичним працівникам, особливо в районах, де відсутня системна реабілітація, рекомендується опанувати знання, які стосуються психологічного, професійного та фізичного супроводу пацієнтів.

Лише вирішивши ці питання, Україна зможе забезпечити конкурентоспроможність своїх фахівців з реабілітації на внутрішньому та міжнародному ринках, а також високий рівень надання реабілітаційних послуг. Якщо держава та суспільство будуть активно діяти в цих питаннях, система реабілітації в Україні зможе реформуватися найближчим часом. Для удосконалення реабілітаційної системи країни потрібно створити єдиний орган

державної влади для координації всіх відомств, а також прийняти законодавство, що регулює цю сферу. Необхідно впровадити нові освітні програми, навчальні плани та стандарти, визнані міжнародною спільнотою, а також нові моделі надання реабілітаційних послуг. Крім того, важливо модернізувати матеріально-технічну базу реабілітаційних закладів відповідно до міжнародних стандартів.

Подальші дослідження повинні бути спрямовані на об'єднання зусиль суспільства для створення нової системи реабілітації, яка забезпечить пацієнтам гідну якість реабілітаційних послуг. Вирішення питань реабілітації в Україні з точки зору державного управління вимагає комплексного і системного підходу, що охоплює законодавчі, організаційні та фінансові аспекти. Одним із ключових кроків є створення єдиного органу державного управління, відповідального за координацію діяльності всіх міністерств і відомств у сфері реабілітації. Цей орган має мати чітко визначені повноваження та функції, що дозволить забезпечити єдність підходів і узгодженість дій, а також раціонально використовувати ресурси.

Наступним важливим етапом є розробка і прийняття нових законів і підзаконних актів, які регулюватимуть порядок надання реабілітаційних послуг, встановлюватимуть стандарти їх якості та визначатимуть процедури фінансування. Законодавство повинно враховувати специфічні потреби різних груп населення, зокрема ветеранів, осіб з інвалідністю та жителів тимчасово окупованих територій, щоб забезпечити доступність і ефективність реабілітації.

Важливим компонентом є наукове забезпечення сфери реабілітації в Україні. Значна потреба в розробці новітніх методик, підходів і технологій, проведення достатньої кількості наукових досліджень. Оскільки реабілітація є міждисциплінарною галуззю, що об'єднує медичні, соціальні, педагогічні, психологічні та економічні аспекти наукового забезпечення має охоплювати всі ці напрямки для досягнення комплексного підходу до реабілітації.

Забезпечення належного фінансування системи реабілітації є ще одним важливим аспектом, адже для реалізації ефективних реабілітаційних програм необхідно забезпечити адекватне бюджетне фінансування. Державне управління повинно розробити фінансові механізми, які дозволять ефективно розподіляти кошти, гарантуючи доступність та якість послуг. Важливим є також залучення приватного сектора та міжнародних донорів для фінансування ініціатив у сфері реабілітації. Крім того, необхідно ініціювати розробку освітніх програм для підготовки фахівців у цій сфері, які відповідатимуть міжнародним стандартам. Це стосується не лише лікарів, а й терапевтів, психологів, соціальних працівників та інших спеціалістів, які братимуть участь у процесі реабілітації.

Необхідний розвиток інфраструктури реабілітаційних центрів та реабілітаційних відділень. Необхідно розширювати мережу сучасних реабілітаційних центрів, що відповідатимуть міжнародним стандартам і будуть обладнані найновітнішими технологіями для лікування та реабілітації.

Особлива увага повинна приділятися і ролі сім'ї пацієнтів у реабілітаційних процесах. Необхідно розробити програми, які навчатимуть членів родини підтримувати своїх близьких під час одужання і інформуватимуть їх про важливість активної участі в лікуванні. Завершальним етапом є встановлення механізмів моніторингу та оцінки результативності реабілітаційних програм, що дозволить виявляти проблеми на ранніх стадіях і вносити необхідні корективи в роботу системи.

Таким чином, з точки зору державного управління, ефективне вирішення питань реабілітації в Україні передбачає інтеграцію організаційних, законодавчих і фінансових змін, спрямованих на створення доступної та якісної системи реабілітаційних послуг для всього населення.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження формування системи реабілітації в Україні вказують на складність і багатогранність цієї проблематики, яка охоплює теоретичні, практичні та соціально-економічні аспекти. Загальний аналіз показав, що існуюча система реабілітації потребує вдосконалення для досягнення ефективності та доступності послуг для всіх категорій населення.

1. В рамках дослідження напрямків та шляхів удосконалення системи реабілітаційної допомоги в Україні ми визначили, що інтеграція, координація та співпраця між різними секторами є основними складовими успішної реабілітації. Необхідно налагодити чітку координацію та системну співпрацю між різними надавачами реабілітаційних послуг в сфері охорони здоров'я, соціальної політики, освіти, місцевими органами влади.

2. Необхідно створити інтегровану модель реабілітації, де медичні, соціальні та психологічні послуги будуть надаватись як єдиний комплекс, а не окремо. Це дозволить значно підвищити якість реабілітаційних послуг та враховуватиме всі аспекти життя людини. Задекларована законодавством України біопсихосоціальна модель реабілітації потребує формування реальних механізмів впровадження. Досліджуючи роль державного управління у сфері реабілітації, ми виявили, що ефективне управління є запорукою якості надання реабілітаційних послуг. Аналіз показав, що державні органи повинні активізувати свою діяльність, забезпечуючи координацію між різними установами, що надають послуги в цій сфері, щоб реалізувати інтегрований підхід до реабілітації.

3. Необхідно сформувати спроможну мережу реабілітаційних центрів та реабілітаційних відділень. А також формування спеціалізованих та опорних реабілітаційних центрів.

4. При визначенні опорних реабілітаційних центрів необхідна розробка проєктів щодо посилення їх спроможності в напрямку реновації приміщень з урахуванням принципів безбар'єрності, матеріально-технічне оснащення, навчання мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

5. Необхідна розробка чітких маршрутів пацієнтів за різних станів здоров'я (захворювання/травма) на рівні країни та в областях.

6. Спостерігається брак кількості фахівців з реабілітаційної допомоги: лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, асистентів фізичних терапевтів та ерготерапевтів, терапевтів мови та мовлення, психологів, фахівців з протезування та реабілітаційних медичних сестер. Проблеми, пов'язані з підготовкою фахівців, термінового вирішення для підвищення якості реабілітаційних послуг. Необхідне залучення закладів вищої, фахової передвищої та післядипломної освіти до підготовки кадрів. Проведення навчально-тренінгових програм з підготовки та професійного розвитку мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

7. Термінового вирішення також потребує модернізація матеріально-технічної бази реабілітаційної інфраструктури.

8. Надважливе питання доступності — створення безбар'єрного середовища, доступного транспорту.

9. Значна кількість нормативно-правових актів свідчить про відсутність цілісної системи реабілітації в Україні, яка б охоплювала всі етапи і види реабілітаційної допомоги.

Визначаючи основні проблеми та напрямки модернізації системи реабілітації в Україні, ми виявили критичні бар'єри, що перешкоджають ефективній реабілітації. Наше дослідження підкреслює важливість розробки стратегій, які сприятимуть подоланню фінансових, організаційних та інформаційних перешкод, що дозволить покращити доступ до реабілітаційних послуг.

Таким чином, результати нашого дослідження підтверджують важливість комплексного підходу до формування єдиної системи реабілітації в Україні. Реалізація рекомендацій, сформульованих у процесі виконання поставлених завдань, може суттєво підвищити ефективність реабілітаційних програм, забезпечити інтеграцію осіб з інвалідністю в суспільство та сприяти розвитку соціальної справедливості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. Державне управління змінами у сфері охорони здоров'я України: нормативно-правовий аспект. *Актуальні проблеми державного управління*. 2020. Вип. 3. С. 30-33.
2. Ажажа М.А. Державне регулювання інвестицій в людський капітал як фактор інтелектуального розвитку суспільства: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2018. 19 с.
3. Академічний тлумачний словник. Словник української мови: в 11 томах. Т. 3. 2021. Стор. 428. URL: <http://sum.in.ua/p/3/428/2>
4. Алексєєва І.М. Загальний стан організації законодавства з охорони здоров'я населення України. *Запорозж. мед. журн.* 2020. № 2. С. 178-182.
5. Альянс громадського здоров'я. *Статистика захворювань*. URL: <http://aph.org.ua/uk/resursy/statystyka>
6. Англо-український словник / М.Л. Подвезько, М.І. Балла: Вид. «Радянська школа». Київ. 2019. 663 с.
7. Андрусевич Н., Хомякова О. «Екологічна складова програм політичних партій, що беруть участь у місцевих виборах в Україні у 2015 році. Аналітичний документ. Ресурсно – аналітичний центр «Суспільство і довкілля». URL: <http://www.rac.org.ua/uploads/content/206/files/localelections>
8. Антонов С.В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2020. 20 с.
9. Антонова О.Є., Поліщук Н.М. Здоров'язберігаюча компетентність особистості як наукова проблема (аналіз поняття). *Вища освіта у медсестринстві: проблеми і перспективи: зб. статей всеукраїнської науково-практичної конференції*. 10-11 листопада 2011. Житомир: Полісся, 2021. С. 27-31.

10. Арзянцева Д.А. Проблеми реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Університетські наукові записки*. 2022. № 2. С. 280-286.
11. Беликова И.В. Прогнозування економічної ефективності від впровадження єдиної інформаційної системи в охороні здоров'я. *Світ медицини та біології*. 2023. № 4(42). С. 13-15.
12. Бобришева О.В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету. Сер. : Економіка*. 2024. Т. 22. Вип. 8(2). С. 12-18.
13. Булеца С.Б. Право фізичної особи на життя та здоров'я як об'єкт цивільно-правової регламентації: порівняльно-правовий аналіз регулювання в Україні, Угорській, Словацькій та Чеській республіках: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00. Одеса, 2020. 22 с.
14. Бунецький Л.Л. Інституційний дизайн сучасної української політики: криза ідентичності та конфлікт інтересів. *Вісник СевНТУ. Сер.: Політологія*. 2023. Вип. 145. С. 115-121.
15. Бутенко О.А. Формування державної інноваційної політики. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 1. С. 21-24.
16. Бутирська І.В. Політичні чинники соціальної відповідальності бізнесу в умовах глобалізації. *Панорама політологічних студій*. 2023. Вип. 10. С. 122-130.
17. Вайнілович Н.А. Чинники формування мотивації людини до здійснення волонтерської діяльності. *Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут»*. *Політологія. Соціологія. Право*. 2022. № 2. С. 53-59.
18. Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін Р., Солоненко І., Яременко О. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу

життя. URL: <http://www.health.gov.ua/publ/conf.nsf/09e0043b46a8b8e7c2256d8e006>

19. Вашев О.Є. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління*. 2024. Вип. 4. С. 197-204.

20. Ващенко О. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі. *Здоров'я та фізична культура*. 2020. № 8. С. 1-6.

21. Вживати, доживати чи жити: Що відбувається у закладах для людей похилого віку в Україні. Секретаріат Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Підготовлено прес-службою Уповноваженого ВР з прав людини. URL: <http://www.ombudsman.gov.ua/ua/all-news/pr/1616-me-vizhivati-dozhivati-chi-zhiti-scho-vidbuvayetsya-u-zakladax-dlya-lyude/>

22. Визначено головні загрози здоров'ю людства найближчих років. *Суспільно-правовий портал «Ракурс»*. URL: <http://ua.racurs.ua/news/44037-vyznacheno-golovni-zagrozy-zdorov-u-luds-tva-nayblyjchyhrokiv>

23. Вилгін Є.А. Основні принципи формування державної інноваційної політики. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 16. С. 145-148.

24. Вишневська О.А. Місце та роль суб'єктів і об'єктів соціальної політики в її статистичному забезпеченні. URL: http://www.academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Avtoreferat/137594db-4eec-3a3-82fe-ab417730b61e.pdf

25. Відбувся VII Міжнародний медичний форум «Інновації в медицині – здоров'я нації». URL: <http://as-ukr.org/vidbuvsya-vii-mizhnarodnijmedichnij-forum>

26. Відомості про суб'єктів підприємницької діяльності – фізичних осіб, які займаються народною медициною (цілительством) та містяться в реєстрі спеціальних дозволів на зайняття народною медициною (цілительством)

МОЗ України. МОЗ України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_folkmedicine

27. Вовк С.М. Організація сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в умовах трансформаційного періоду країни. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2020. № 2. С. 8-12.

28. Войнаровський М. М. Зарубіжний досвід управління юридичними службами та його застосування в Україні. *Університетські наукові записки*. 2020. № 3 (35). С. 135-141.

29. Волошин О.І. Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я в галузі народної медицини 2014-2023: ретроспективна оцінка діяльності науковців Буковинського державного медичного університету та перспективи досліджень у цьому напрямку на Буковині / О.І. Волошин, Т.М. Бойчук, О.І. Іващук, І.Ф. Мешишен, Б.П. Сенюк, В.Л. Васюк, Л.О. Волошина, Н.М. Малкович. *Буковинський медичний вісник*. 2023. Т. 19. № 2. С. 230-235.

30. ВООЗ назвала нову загрозу людству. URL: <http://ukrhealth.net/vooznazvala-novu-zagrozu-lyudstvu733/>

31. Вороненко Ю.В. Інноваційні форми післядипломної підготовки організаторів охорони здоров'я в Україні: перший досвід. *Сучасні медичні технології*. 2023. № 2. С. 27-29.

32. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 224. № 1. С.39-46.

33. Вороненко Ю.В. Принципи і напрями нормотворчості України у сфері охорони здоров'я. *Ліки України*. 2023. № 3. С. 58-59.

34. Всесвітня організація охорони здоров'я рейтингу систем охорони здоров'я в 2000. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Portugal

35. Гайдаєв Ю.О. Державна політика у галузі охорони здоров'я. *Укр. мед. часоп.* 2020. № 4. С. 4-8.

36. Зарецька Н. Реформа реабілітації в Україні не повинна залишитись інвалідом. URL: www.m.dt.ua/reforma-reabilitaciyi-v-ukrayini-ne-povinna-zalishitis-invalidom

37. Міністерство охорони здоров'я. Концепція Державної цільової програми «Медична реабілітація» на 2011-2015 роки. URL: www.old.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100404_0.html

38. Півторак О. У Києві відкрили Центр реабілітації поранених в АТО URL: <http://www.spilno.tv/uk/Blogs>.

39. Потіха А. Учасникам АТО забезпечать адаптацію та пільгові пенсійні виплати. URL: www.rda.if.ua/n/soczahistgovua/2014/12/01/5075/view.

40. Потіха А. Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників АТО. URL: www.nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article.

41. Профтехосвіта. Проведено круглий стіл з питань соціальної, професійної адаптації та психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. URL: www.proftekhosvita.org.ua/uk/news/details/6688.

42. Реабілітація в Україні. Реабілітація поранених бійців в Україні буде проводитись спільними зусиллями. URL: www.ukraine.setimes.com/uk/articles/uwi/features.

43. Сисоєнко І. Системі реабілітації в Україні бути. Українська Правда. (2016, 18 березня). URL: www.pravda.com.ua/columns/2016/03/18/7102574/.

44. Стеблюк В. Медична реабілітація в Україні: потрібне повне перезавантаження? URL: vz.kiev.ua/medichna-reabilitaciya-v-ukra%D1%97ni-potribne-povne-perezavantazhennya.

45. Чернігівська Обласна державна адміністрація. (2015, 29 січня) У Центрі психологічної реабілітації і лікування учасників АТО запрацювала

Служба психологічно-соціального відновлення. URL:
<http://www.naiu.org.ua/live/u-tsentri-psyholohichnoji-reabilitatsiji>.

46. Чопак О. (2014, 21 жовтня). Проблеми адаптації та реабілітації тих, хто побував в АТО. Карпатський Об'єктив. URL: www.patskijobjektiv.com/problemi-adaptacii.

47. Лурін І.А., Галушка А.М., Кіх А.Ю. Основні завдання та заходи медичної реабілітації в системі медичного забезпечення Збройних сил України. *Військова медицина України*. 2020. № 3-4. Том 17. С. 11-23.

48. Михайловська О.В. Формування стратегічних векторів розвитку сфери охорони здоров'я України. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2013. № 10. С.144–149.

49. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародна діяльність у 2009 році. Європейська інтеграція. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/interact_2009.html

50. Міністерство охорони здоров'я. Цільові програми та заходи. Концепції. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_programs

51. Місержи С.Д. Модернізація системи охорони здоров'я в Україні: пошуки шляхів. *Гілея: науковий вісник*. 2015. Вип. 96. С. 315-319.

52. Модернізація України: пріоритети реформ. «Зеркало недели. Украина» № 14, 09.04.2010. URL: http://gazeta.zn.ua/SCIENCE/modernizatsiya_ukrayini_prioriteti_reform.l

53. Мороз М.І. Державна політика охорони здоров'я в Україні та основні засади її практичної реалізації. *Наукові праці МАУП*. 2022. Вип. 4. С. 58-61.

54. Москаленко В.Ф. Актуальні напрями вдосконалення законодавства про охорону здоров'я Україна. *Здоров'я нації*. 2022. № 2-3. С. 168-170.

55. Москаленко В.Ф. Стан та формування нормативно-правової бази охорони здоров'я України (1992-1999 рр.). *Проблеми екології та медицини*. 2020. № 1. С. 3-11.
56. Москаленко О.В. Концептуальні підходи до формування наукової та інноваційної політики України. *Право та інновації*. 2024. № 3. С. 90-96.
57. Надута Г.М. Участь громадських організацій у перебудові системи охорони здоров'я в аспекті євроінтеграції України. *Теорія та практика державного управління*. 2019. Вип. 1. С. 459-464.
58. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. URL: http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf
59. Яремчук О.В., Берлінець І.А. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації в процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13.
60. Ancón cuenta con un nuevo y moderno centro de salud. URL: <http://www.salud.gob.ec/ancon-cuenta-con-un-nuevo-y-moderno-centro-de-salud/>
61. Andorra: Healthcare System. URL: <http://www.best-country.com/europe/andorra/medicine>
62. Andorran Health Insurance. URL: <https://www.pacificprime.com/country/europe/andorra-health-insurance-pacific-prime-international/>
63. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2022, 14(5).
64. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018. № 54. P. 125-321. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29565101>.

65. Rehabilitation 2030: A Call for Action / World Health Organization. URL: <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030-call-for-action/en/>.

66. Social care. Ministry of Health and Social Affairs. Sweden. URL: [https://translate.google.com.ua/translate?hl=ru&sl=en&u=http://www.government.se/government-of-sweden/ministry-of-health-and-socialaffairs /&prev=](https://translate.google.com.ua/translate?hl=ru&sl=en&u=http://www.government.se/government-of-sweden/ministry-of-health-and-socialaffairs/&prev=)

67. Spivak M. Problems of understanding and application of term «to save healthy» are in a political science environment// British Journal of Science and Education, London, 2022, № 1. P. 771-777.

68. Spivak M. Values of policy of health protection. Proceedings of the International Academic Congress «Fundamental and Applied Studies in the Pacific and Atlantic Oceanic Countries». (Japan, Tokyo, 25 October 2020). *Volume I. «Tokyo University Press»*, 2020. P. 356-360.

69. Spivak M.V. Public transformations and threats to the health of humanity. *Austrian Journal of Humanities and Social Sciences*. № 11-12 2014 (November-December), Austria, Vienna, 2020. P. 156-159.

70. Sports events in Monaco. Gouvernement Princier de Monaco. URL: <http://en.gouv.mc/Policy-Practice/Sport/Sports-events>

71. Vatican committed to universal health care coverage. The National Catholic Reporter Publishing Company. URL: <https://www.ncronline.org/news/politics/vatican-committed-universal-health-care-coverage>

72. Vigilancia Epidemiológica Año 2020. URL: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html

73. Visite officielle de la ministre des Outre-mer en Martinique. URL: <http://www.martinique.pref.gouv.fr/Actus-Services/Visite-officielle-de-laministre-des-Outre-mer-en-Martinique>

74. Vivamos libres de mosquitos. URL: <http://www.msal.gob.ar/vivamoslibresdemosquitos/>

75. Vorsorgeuntersuchung. URL: <http://www.bmgf.gv.at/>

76. Welsh Network of Healthy School Schemes. URL: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/page/82249>
77. What is Health Canada's Goal?. URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/ahcasc/index-eng.php>
78. World Health Organization. Peru. URL: <http://www.who.int/workforcealliance/countries/per/en/>
79. WHO – AIMS Report on Mental Health System in British Virgin Islands. Report of the Assessment on the Mental Health System in the British Virgin Islands using the WHO Assessment Instrument for Mental Health systems. British Virgin Islands 2021. 31 p.
80. WHO – AIMS Report on Mental Health System in St. Maarten, WHO and Ministry of Public Health Social Development and Labour, Philipsburg St. Maarten, 2023. 31 p.
81. XXX International Conference at Vatican City: speech of Dr Konstanty Radziwiłł, Polish Minister of Health Comments Off on XXX International Conference at Vatican City. URL: <http://www.cpme.eu/xxx-internationalconference-at-vatican-city-speech-of-dr-konstanty-radziwill-polishminister-of-health/>
82. Zoonosis nacion. Programa Nacional de control de enfermedades zoonoticas. Buenos Aires – Republica Argentina URL: <http://www.msal.gob.ar/zoonosis/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Семикрокова модель соціального супроводу при працевлаштуванні та на робочому місці

Крок 1. Встановіть контакт, зробіть оцінку потреб, ділових і професійних якостей

Крок 2. Розробіть індивідуальний план

Крок 3. Спільно здійсніть підбір та пошук роботи

Крок 4. Адвокаційний

Крок 5. Підтримайте на робочому місці

Крок 6. Підтримуйте стільки, скільки необхідно для успіху

Крок 7. Завершіть супровід та підведіть підсумки

Працевлаштування людини з інвалідністю неможливо здійснити простим лінійним способом. Він вимагає одночасного виконання кількох завдань. Але цей різноспрямований процес можна розкласти на сім кроків. Не існує чітко визначених часових меж кожного з них. Все залежить від індивідуальних потреб, мотивації, функціональних можливостей людини з інвалідністю, а також від роботодавця, співробітників, сім'ї, найближчого оточення. Для успішної зайнятості людині з інвалідністю не завжди необхідно проходити всі етапи. Кожен крок може стати завершальним.

Крок 1. Встановіть контакт, зробіть оцінку потреб, ділових та професійних якостей.

Налагодження контакту

Встановлення контакту - важлива передумова для налагодження подальшої взаємодії між людиною з інвалідністю та фахівцем із супроводу.

Фахівець із супроводу знайомиться, пояснює свою роль та функції в процесі працевлаштування, інформує про соціальний супровід, його мету, завдання та умови співпраці. При цьому використовує базові навички консультування (активне слухання, спостереження невербальних проявів, ставлення запитань, підсумовування, переповідання та повторення слів клієнта, віддзеркалення його/її почуттів). Створює доброзичливу атмосферу для подальшої роботи.

Фахівцю із супроводу необхідно уникати формалізації спілкування (не «тікати» від контакту очі в очі, не використовувати складну професійну термінологію, яка може бути незрозуміла для людини з інвалідністю).



Загалом, завдання цього етапу - встановити довірливі стосунки.

Оцінка потреб, ділових та професійних якостей

На цьому етапі фахівець збирає інформацію про людину з інвалідністю для оцінки її потреб, вивчає ситуацію, ділові та професійні якості. Отримані дані слугують основою для розробки індивідуального плану. За ним фахівець із супроводу працюватиме з людиною з інвалідністю, щоб допомогти знайти роботу та успішно її виконувати. Фахівець із супроводу аналізує документи: індивідуальну програму реабілітації, медичні висновки, документи про освіту. Проводить інтерв'ювання. Аналізує професійний потенціал: кваліфікація, досвід роботи, особисті якості. Визначає рівень мотивації людини з інвалідністю. Її бачення ситуації та очікування. Вивчає особисті обставини людини з інвалідністю, бар'єри на шляху до працевлаштування. Спостерігає за особливостями поведінки людини з інвалідністю. За потреби залучає інших фахівців для оцінки запитів (медичного працівника, психолога та ін.). Якщо потрібно, окрім інтерв'ювання, до оцінки потреб долучаються батьки, сім'я, найближче оточення. Адже саме вони можуть знати найважливіші деталі про людину. Все, що траплялося з нею у минулому, які були на це реакції, висновки, які перспективи людина бачить перед собою зараз. Вивчення ситуації, оцінка потреб та професійна діагностика здійснюється від 5 до 7 робочих днів. Повторна оцінка потреб та виявлення перешкод у працевлаштуванні відбувається через 3 тижні від початку здійснення супроводу.

Інформація, яку необхідно збирати під час інтерв'ювання та оформлення карти визначення оцінювання індивідуальних потреб:

- ❖ *освіта, професія, кваліфікація;*
- ❖ *попередній досвід роботи, трудові навички;*
- ❖ *причини безробіття та тривалість;*
- ❖ *чи здійснювався самостійний пошук роботи (причини відмови роботодавця у працевлаштуванні);*
- ❖ *група інвалідності, особливості нозології, протипоказання щодо умов та характеру праці;*
- ❖ *обмеженість життєдіяльності (до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, контролю поведінки, до трудової діяльності тощо);*
- ❖ *сім'я та оточення (наявність неповнолітніх дітей, хто може супроводжувати безробітну особу з інвалідністю на робоче місце, підтримка членів родини та оточення тощо);*
- ❖ *транспортне забезпечення від місця проживання;*
- ❖ *наявність спеціальних засобів для орієнтування, пересування, спілкування та обміну інформації;*
- ❖ *прийнятний графік роботи, умови та характер праці, необхідність в додаткових перервах;*
- ❖ *професійні прагнення, побажання та уявлення про підходящу роботу і оплату праці;*
- ❖ *потреба в додаткових послугах (психолог, перекладач жестової мови, юрист);*
- ❖ *потреба стажування на робочому місці;*
- ❖ *потреба в додатковому навчанні, техніках пошуку роботи, навичках самопрезентації, проходження співбесіди, підготовки резюме;*
- ❖ *обставини, що перешкоджають у працевлаштуванні;*

Приклади запитань для збору інформації:

- *Розкажіть, будь ласка, про себе, вашу освіту, трудові навички та попередній досвід роботи.*
- *З ким Ви проживаєте? Хто з членів родини може допомагати Вам дістатись на роботу?*
- *Які вакансії вас цікавлять, а які ні?*
- *Чи шукали роботу самостійно (причини відмови роботодавця у працевлаштуванні)?*
- *Розкажіть про Ваші мотиви працевлаштування?*

Крок 2. Складіть індивідуальний план.

За результатами оцінки фахівець із супроводу складає індивідуальний план. У ньому фіксує: мету, завдання, заходи для досягнення мети, необхідні ресурси, виконавців, терміни виконання.

Від індивідуальних потреб, професійних здібностей людини з інвалідністю, та ситуації на робочому місці залежить рівень, обсяги та форми підтримки.

План розробляється на основі висновків, в тому числі членів мультидисциплінарної команди (за наявності варто врахувати висновки батьків, сім'ї, найближчого оточення), професійної діагностики людини з інвалідністю, її потреб, потенціалу, мотивації, очікувань, з урахуванням бар'єрів до працевлаштування та ситуації на ринку праці.

План має дати відповідь на питання:

- * Чого людина з інвалідністю хоче досягти? Вона хоче спробувати себе в різних роботах чи отримати професію?
- * Як людина з інвалідністю збирається досягти своєї цілі? Які дії має зробити?
- * Кого з інших фахівців необхідно залучити в процесі супроводу?
- * Хто несе відповідальність за кожен етап роботи?
- * В які терміни здійснюються заходи?

План фіксується у двох примірниках. Один зберігається у людини з інвалідністю, інший в особовій справі. План підписує фахівець із супроводу та людина з інвалідністю. Його варто періодично переглядати за потреби вносити корективи.

Крок 3. Спільно здійсніть підбір та пошук роботи.

Мета цього кроку підібрати роботу відповідно до функціональних можливостей людини з інвалідністю.

Під час здійснення супроводу при працевлаштуванні для підбору роботи потрібно орієнтуватися на:

- * індивідуальні особливості людини з інвалідністю, її бажання та можливості.
- * індивідуальну програму реабілітації

- * індивідуальні схильності та здібності людини з інвалідністю;
- * рекомендації фахівців мультидисциплінарної команди;
- * готовності та можливості роботодавця адаптувати, у разі потреби, робоче місце для людини з інвалідністю;
- * санітарно-гігієнічні умови;
- * прийнятний ступінь нервово-психічного напруження;
- * прийнятне фізичне навантаження;
- * інтелектуальне навантаження;
- * час роботи та відпочинку;
- * специфічні та небезпечні умови праці;
- * психофізіологічні чинники;
- * форму організації праці;
- * рівень заробітної плати;
- * транспортну доступність місця роботи.

До підбору роботи в деяких випадках можуть бути долучені батьки. Чи є у цьому необхідність визначає фахівець із супроводу.

Причини для залучення сім'ї:

- зібрати більше інформації про людину з інвалідністю, якщо вона не може її надати, або надає недостовірну;
- для додаткової оцінки спроможності людини з інвалідністю працювати на підібраній роботі;
- розробка маршруту від будинку до місця роботи;
- залучення батьків до супроводу людини з інвалідністю до робочого місця;
- допомога в підготовці необхідних документів до працевлаштування;
- батьки, сім'я можуть повідомляти в телефонному режимі чи під час зустрічей про зміни в психофізичному стані людини з інвалідністю після проходження співбесід чи стажування.

Рациональне працевлаштування людини з інвалідністю означає:

- відповідність умов праці функціональним можливостям людини з інвалідністю;
- відповідність професійних якостей людини до її особистісних якостей, бажань та цілей;

- готовність людини з інвалідністю вчитись новому;
- відповідність змісту виконуваної роботи до професійної підготовки і навичок (освіти, професії, досвіду роботи).

Підбираючи роботу для людини з інвалідністю, доцільно розглянути основні фактори, що можуть бути важливі для трудової діяльності. Вони варіативні, оскільки, наприклад, для офісної роботи немає сенсу з'ясовувати максимальне фізичне навантаження.

Вид роботи, до якої придатна людина з інвалідністю, може визначатись залежно від типу порушення: розумове, фізичне, сенсорне, порушення психічного здоров'я або поєднання декількох видів. Проте порушення відіграють не таку важливу роль, як знання, вміння й здібності людини з інвалідністю.



Медичні висновки – не вирок. Потрібно відштовхуватися від реальної здатності людини працювати.

Пошук роботи буде успішнішим, якщо скласти чіткий план, а сам процес розбити на зрозумілі етапи. Кожен з цих етапів вирішує певну задачу або групу завдань, лише після цього йде наступний крок.

Кроки пошуку роботи:

1. Визначення цілі пошуку роботи (яку вакансію шукаємо, на які умови погоджуємось, яку заробітну плату очікуємо).
2. Збір інформації про вакансії та підприємства.

Джерела інформації про вакансії:

- ✓ бази даних роботодавців з якими фахівець уже розпочав співпрацю;
- ✓ Центри зайнятості (відвідування самостійно або з людиною з інвалідністю різноманітних заходів: круглі столи, ярмарки вакансій, конференції, семінари, тренінги та інше, які організовують Центри зайнятості населення);
- ✓ соціальні мережі: Profeo.com.ua; Facebook; Instagram, тощо.
- ✓ кадрові агенства;
- ✓ знайомі, друзі, рідні;
- ✓ відділи кадрів підприємств та установ;

- ✓ оголошення в газетах та журналах, реклама на телебаченні та радіо, на вулицях міста;
- ✓ оголошення на сайтах з пошуку роботи в Україні (Work.ua; Rabota.ua; Jobs.ua; Trud.gov.ua; Worknew.info;)

Крім того, роботодавці самостійно шукають персонал або у зв'язку з необхідністю виконання нормативу. Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю може рекомендувати роботодавців, до яких може звернутися людина.

3. Фахівець з супроводу допомагає людині з інвалідністю написати, розмістити та надіслати резюме на сайти працевлаштування.
4. Надає поради щодо успішного проходження співбесіди. Співбесіда з роботодавцем - важливий етап. Від нього залежить успіх працевлаштування. Якщо потрібно, можна влаштувати «тестовий» варіант співбесіди. Фахівець із супроводу також може репрезентувати інтереси людини з інвалідністю під час співбесіди.
5. Фахівець готує людину до початку роботи. Розповідає як показати свої найкращі сторони. Пояснює людині з інвалідністю, яку користь вона може принести організації.

Під час спілкування з роботодавцем, фахівець інформує про переваги працевлаштування людей з інвалідністю:

- організація отримує більш відповідальних працівників, які цінують свою роботу;
- організація уникає штрафних санкцій за невиконання нормативу робочих місць, призначених для працевлаштування людей з інвалідністю;
- організація отримує дотації на створення робочого місця для працівника з інвалідністю, на заробітну плату людини з інвалідністю тощо;
- організація отримує можливість навчити працівника з інвалідністю за рахунок соціальних фондів;
- організація отримує пільги щодо сплати зборів на соціальне страхування: для підприємств, установ і організацій, де працюють люди з інвалідністю, збір на

обов'язкове державне пенсійне страхування визначається окремо за ставкою 4% від об'єкта оподаткування для працюючих людей з інвалідністю та за ставкою 33,2% від об'єкта оподаткування для інших працівників такого підприємства;

- роботодавець формує імідж свого підприємства чи організації, як соціально відповідального бізнесу.

Крок 4. Адвокаційний

Адвокаційний крок (представництво інтересів) потрібен, якщо фахівець впевнений, що людина з інвалідністю не зможе обійтися без його підтримки під час контакту з роботодавцем.

Адвокаційний крок – це спільна робота людини з інвалідністю і фахівця. Він не виконує роботу замість свого клієнта, а лише сприяє налагодженню взаємодії з роботодавцем.

Якщо співбесіда пройшла успішно, наступний крок фахівця провести аудит інклюзивності робочого місця та середовища. Після аудиту стає зрозуміло:

- чи робоче місце підходить для людини з інвалідністю;
- чи необхідно розумно пристосувати робоче місце;
- чи потрібно створити спеціальні умови.

Враховуючи особливості клієнта потрібно узгодити графік роботи (за потреби зробити його гнучкішим) і функціональні обов'язки.

Можливі варіанти адаптації графіку роботи:

- скорочення тривалості робочого дня (робота неповний робочий день);
- підлаштування графіку роботи під розпорядок роботи громадського транспорту;
- продовження перерв на 10-15 хвилин;
- надання додаткових перерв для прийому ліків;

Можливі варіанти адаптації робочого середовища:

- створення відповідних санітарно-гігієнічних умов (облаштування туалетів, приміщень відпочинку та харчування);
- облаштування пандусів;
- встановлення необхідних опор та кріплень;
- переоблаштування робочого місця.



Досвід свідчить, що для організації умов роботи працівників з інвалідністю не потрібні значні кошти. У більшості випадків необхідне лише розумне пристосування.

Доступність побутових приміщень.

Фахівець попередньо досліджує доступність побутових приміщень, які майбутній працівник буде відвідувати. Оглядає туалет, кімнату для споживання їжі, роздягальню. Якщо бачить перешкоди, обговорює з роботодавцем можливі способи їх усунення, пропонує різні варіанти розумного пристосування.

Наприклад:

- розширення дверного пройому;
- встановлення пандусів та поручнів;
- облаштування доступного місця для особистих речей.

Крок 5. Підтримайте на робочому місці.

Головна ціль цього кроку – підтримати працівника з інвалідністю в адаптації на робочому місці та допомогти виконувати свої функціональні обов'язки згідно вимог організації. Посприяти, щоб його приймали, як члена трудового колективу. Цей крок починається з моменту влаштування людини з інвалідністю на роботу або початку стажування на робочому місці. Його тривалість визначається індивідуально, залежить від особливостей працівника з інвалідністю та його потреб.

Фахівець із супроводу визначає, який саме рівень підтримки необхідний працівнику, роботодавцеві, співробітникам. Від цього залежить планування роботи фахівця із супроводу (кількість зустрічей із працівником, кількість телефонних дзвінків роботодавцю), а також залучення інших спеціалістів.

Більшості людей з інвалідністю підтримка необхідна лише для того, щоб розпочати свою трудову діяльність. Саме тому, часто, супровід завершується вже після цього кроку. Фахівцю із супроводу необхідно провести зустріч зі співробітниками, розповісти про функціональні порушення людини з інвалідністю та їх вплив на виконання конкретної роботи. Обговорити різні аспекти включення людини з інвалідністю в робочий процес та залучення до колективу.

У разі потреби поспілкуватись із найближчим оточенням людини, узгодити можливу допомогу з боку рідних та близьких:

- Супровід до місця роботи та зустріч після неї;
- Вчасно планувати ранок;
- Давати їжу з собою;

Фахівець із супроводу разом з клієнтом вивчає робочі завдання, допомагає у побудові стосунків з колегами. Визначає періодичність зустрічей і дзвінків.

Крок 6. Підтримуйте стільки часу, скільки необхідно для успіху. (не залишити за метр до фінішу)

Фахівець із супроводу може бути прекрасним спеціалістом, який правильно організує усі процеси, зробить все залежне від нього, щоб м'яко ввести людину з інвалідністю у робоче середовище, передбачить можливі перешкоди, зрозуміє, як плавно їх обійти. Але, вкотре наголошуємо, що існують індивідуальні особливості клієнта. Одній людині потрібен день, щоб освоїти роботу, іншій на аналогічні завдання знадобиться тиждень. Тут важливо не здатися передчасно. Бути з людиною аж до її «маленької перемоги», до моменту, коли вона не боїтиметься і братиме повну відповідальність за кожну дію на себе, відчує впевненість, що зможе розібратися самостійно з усіма перепонами.

Зазвичай тривалішої підтримки потребують люди з інтелектуальними або з психічними порушеннями. Цим категоріям необхідний триваліший період для адаптації на робочому місці, щоб усвідомити, як виконувати завдання, звикнути до нових умов. Тому супровід на цьому етапі може ще тривати. Враховуючи особливість людини, фахівець із супроводу може попросити роботодавця закріпити наставника за працівником з інвалідністю. І додатково заручитися компетенціями таких спеціалістів:

- інструктора з трудової адаптації;

- соціального робітника;
- ерготерапевта.

Вони, опираючись на власні знання, допоможуть знайти кращі підходи, методики, щоб людина з інвалідністю виконувала робочі завдання. Відпрацюють блок-схеми, картки, візуальні зображення. Якщо до команди приєднується соціальний робітник, то він може більше часу приділити супроводженню по маршруту від дому до роботи. Інструктор з трудової адаптації зможе більше часу підтримувати людину у виконанні її робочих завдань та функцій. Ерготерапевт зможе знайти розумне рішення щодо пристосування робочого місця до людини з інвалідністю.

Інколи виникають ситуації, в яких працівнику важко адаптуватися на робочому місці. Умовно поділимо їх на три типи:

- труднощі виконання робочих завдань чи обов'язків;
- труднощі взаємодії з колективом;
- труднощі спілкування з керівництвом;

Фахівець із супроводу визначає стратегію подолання труднощів, що виникають на робочому місці. Насамперед концентрує увагу на тому, щоб отримати зворотній зв'язок від усіх зацікавлених сторін: працівника з інвалідністю, співробітників, роботодавця. Фахівець із супроводу разом із наставником аналізує прогрес у виконанні робочих завдань.

Крок 7. Завершіть супровід та підведіть підсумки.

Отримавши відгуки від колег по роботі, роботодавця, членів сім'ї фахівець із супроводу приймає рішення поставити крапку і завершує співпрацю з клієнтом. Він аналізує результати власної діяльності, проводить анкетування, з'ясовує, наскільки отримувач послуги задоволений співпрацею, визначає рівень задоволеності якістю роботи роботодавця, визначає цілі для професійного зростання. Фахівець із супроводу підводить підсумки своєї роботи та проводить самооцінювання. Чи були досягнуті поставлені цілі?

Додаток Б

Структура програми «Школа самостійного проживання»

Структура навчальної програми з розвитку та підтримки навичок самостійного проживання має вигляд таблиці, що складається з 4 колонок.

В 1-й колонці подано нумерацію розділів за порядком, які містять навчальні теми, практичні роботи та екскурсії; в 2-й колонці міститься орієнтовна кількість годин на вивчення розділу та виконання практичних робіт; в 3-й міститься зміст навчального корекційно-розвиткових занять; 4-й колонці містить спрямованість корекційно-розвиткової роботи.

№ з/п	Орієнтовна к-сть год.	Зміст корекційно-розвиткових занять	Спрямованість корекційно-розвиткової роботи
1	1 – 2 год.	Вступ. Знайомство з приміщенням транзитної тренувальної квартири. Дотримання загальних правил безпеки та санітарно гігієнічних вимог самостійного або проживання в групі. Дотримання правил безпеки під час повітряної тривоги. <i>Практичні роботи</i> Вміст тривожної валізи.	Формувати уявлення про приміщення учбової тренувальної квартири та їх цільове призначення й територію реабілітаційної установи. Формувати навички самоорганізації та самоконтролю.
2	3 – 8 год.	Особиста гігієна. Правила особистої гігієни. Гігієна тіла, обличчя, порожнини рота, гігієна волосся.	Розширення уявлень з правил особистої гігієни та необхідність їх дотримання. Конкретизувати уявлення про призначення предметів та

		Засоби особистої гігієни. Ранкові та вечірні гігієнічні процедури. Необхідність дотримуватись правил особистої гігієни. <i>Практичні роботи</i> Складання алгоритмів ранкового та вечірнього туалету. Здійснення відбору засобів гігієни відповідно до їхнього призначення. Визначення типу волосся. Виконання ранкового туалету: миття рук, обличчя, шиї, вух, чищення зубів, причісування волосся. Виконання вечірнього туалету.	засобів особистої гігієни та способів користування ними.
3	6 – 10 год.	Одяг та взуття. Святковий, повсякденний та домашній одяг. Дотримання порядку в шафі для одягу. Сезонний одяг. Готування до зберігання сезонного одягу. Побутова хімія. Засоби для прання речей: сипучі, рідкі, для ручного прання та машинки автомат. Правила догляду за	Формування організаційних умінь навчально-практичної діяльності. Формування практичних умінь добирати одяг та взуття відповідно до сезону, власного стилю та святкової події; прати, сушити, прасувати та готувати до сезонного зберігання одягу та взуття; добирати засоби для догляду за одягом та взуттям.

		одягом та взуттям. <i>Практичні роботи</i> Побудова власного стилю одягу. Підбір одягу відповідно до події. Сортування брудного одягу для прання відповідно до кольору та виду тканини. Прання одягу в пральній машині на відповідному режимі. Ручне прання. Розрізнення засобів для прання. Визначення необхідної кількості засобу для прання. Відпрацювання алгоритму дій запуску пральної машини, вимикання, вивантаження та розвішування речей. Прасування одягу. Режими прасування одягу. Складання одягу. Чищення одягу та взуття відповідно до матеріалів, з яких його виготовлено.	Розвиток уваги в процесі обстеження одягу. Збагачення словникового запасу слів, що позначають назви засобів для прання одягу та чищення взуття.
4	25 – 50 год.	Організація харчування. Види продуктів харчування. Раціональне харчування. Продукти, які рекомендовані	Збагачення та уточнення уявлень про продукти харчування, їх різноманітність, харчову користь; кухонні речі та їх цільове

	вживати для підтримки здорового способу життя. Кухонна техніка. Правила експлуатації кухонної техніки і догляду за нею. Кухонний та столовий посуд. Його призначення. Миючі засоби та приладдя для миття посуду. Кухонний рушник та догляд за ним. Термін вживання продуктів. Правила зберігання різних видів продуктів. Ознаки зіпсованої їжі. Приготування їжі. Санітарно-гігієнічні вимоги до обробки продуктів харчування. Сервірування столу до сніданку, чаювання, обіду, вечері та святкового столу. Правила поведінки за столом. <i>Практичні роботи</i> Складання меню відповідно до продуктів, які є в холодильнику. Складання списку продуктів необхідних покупок для походу в магазин.	призначення; правила експлуатації кухонної техніки і догляду за нею; миючі засоби та приладдя для миття посуду; терміни вживання продуктів та ознаки зіпсованої їжі; санітарно-гігієнічні вимоги до процесу приготування їжі. Формування діяльності на основі визначення послідовності приготування: сніданку; чаювання; обіду; вечері. Формування практичних умінь приготування їжі. Розвиток умінь орієнтуватись в часі на приготування страв. Збагачення словникового запасу назвами технологічних операцій з приготування страв. Виховання естетичних смаків при сервіруванні столу та оформленні страв.
--	--	--

		Приготування страви за рецептом. Чищення і миття кухонної техніки та посуду. Приготування сніданку, обіду та вечері. Пошук необхідного відео рецепту. Запис рецепту. Змінення рецепту, щоб приготувати страву для більшої чи меншої кількості людей. Планування меню на тиждень із поживних страв.	
5	7 – 10 год.	Утримання помешкання. Адреса проживання. Гігієна житла. Прибирання житлових приміщень. Періодичність прибирання: рутинне та генеральне. Види прибирання: сухе та вологе. Призначення та використання гумових рукавичок, ганчірки для підлоги, віника. Миття вікон та дзеркал. Миючі засоби (для миття підлоги, меблів, скляних поверхонь, раковини, ванни та унітазу).	Уточнення та розширення знання про види та способи прибирання; правила користування необхідним інвентарем для прибирання (гумові рукавиці, губки, віник, відро, швабра); послідовність сухого та вологого прибирання; обслуговування урни для сміття. Збагачення словникового запасу назвами засобів для прибирання та їх призначення. Формування практичних умінь догляду за помешканням.

	Призначення та обслуговування урни для сміття. Застеляння ліжка та частота зміни постільної білизни. Розміщення речей на їхні місця. Правильне використання ящиків і шафи для зберігання речей. Економія енергії та води. Запобігання засмічення раковини. Кімнатні рослини та догляд за ними. Домашня аптечка та її вміст. <i>Практичні роботи</i> Прибирання житлового приміщення з використанням відповідних миючих засобів та інвентарю (підмітання підлоги, миття підлоги, розміщення речей на їх звичні місця, вологе прибирання поверхонь, миття дзеркала та вікон). Генеральне прибирання: кухні, ванної кімнати, житлової кімнати. Зміна постільної білизни. Щоденна підтримка	Виховувати самостійність при прибиранні та змінні постільної білизни. Виховання любові до природи. Розширення знань про вміст домашньої аптечки.
--	---	---

		чистоти помешкання. Чищення засміченої раковини. Підготовка води для поливу кімнатної рослини. Полив кімнатної рослини. Видалення пилу з кімнатної рослини. Вміст домашньої аптечки. Вимірювання температури.	
6	6 – 15 год.	Фінансова грамотність. Форми грошей у обігу. Банкноти, монети, які знаходяться обігу. Склад числа. Безготівкові кошти. Функції грошей, їх роль в економіці та житті людини. Різниця між товаром та послугою. Потреби та можливості. Розумні потреби. Планування покупки. Надходження. Поняття і види надходження сім'ї. Бюджет сім'ї. Основні статті витрат (харчування, утримання житла, придбання одягу та взуття, культурні потреби, здоров'я, допомога родині). Доходи і розходи.	Розвиток пам'яті шляхом відпрацювання навичок підрахунку грошей. Розширення уявлень про електронні способи оплати за товар та послуги (використання мобільного додатку); визначення способів заощадження грошей на покупках; користування банкоматом; способи звернення в банка. Розвиток уміння раціонально розподіляти бюджет сім'ї, обґрунтувати витрати. Збагачення словникового запасу назвами економічних термінів.

		Фінансові цілі за строками та пріоритетами. Фінансові цілі та визначенню плану дій для їх досягнення. Заощадження. Банки і банківські послуги. Можливі способи платежів із використанням готівки, безготівкових коштів. Форми зайнятості, поняття і види винагороди за працю. <i>Словникова робота</i> (аванс, банкнота, банкомат, дорогий, дешевий, багатий, бідний, дохід, зарплата, потреба, сімейний бюджет, економний, транжира (марнотратник), послуга, товар, послуга, сімейний бюджет, пріоритет, заощадження). <i>Практичні роботи</i> Відпрацювання навичок користування грошима. Складання та ведення бюджету. Визначення способів заощадження грошей на покупках. Використання мобільного додатку банку.	Виховання самостійності користування грошима, планування та здійснення покупок. Виховання ощадливого та відповідального ставлення до грошей.
--	--	---	--

		Користування банкоматом. Звернення в банк.	
7	6 – 10 год.	Транспорт, побудова маршруту. Види транспорту. Поїзд, електричка, автобус, тролейбус, маршрутне таксі, метро, служба перевезення та ін. Правила поведінки в громадському транспорті. Правила дорожнього руху. Важливість безпеки та ремені безпеки при проїзді в авто. Орієнтовна вартість користування кожним видом громадського транспорту. Документи про пільговий проїзд. Графік руху. Мобільні додатки з графіком руху громадського транспорту. Придбання квитків та посадка на приміські поїзди. Мобільні додатки з придбання квитків. Поведінка у незнайомій, непередбачуваній ситуації (якщо загубився). Найбільш раціональний маршрут. Звернення до перехожих за допомогою	Розвиток пам'яті шляхом закріплення видів та відповідних назв міського транспорту. Формування просторової орієнтації шляхом виконання практичних завдань. Уточнення знань про значення дорожніх знаків. Формування практичних вмінь користуватись мобільними додатками: графіком руху громадського транспорту, придбання квитків за допомогою мобільного додатку. Формування вмінь виходу з кризових ситуацій. Виховання культури поведінки на зупинках, в громадському транспорті та в разі звернення за допомогою до прохожих.

		у випадку, якщо забув номер автобуса. <i>Практичні роботи</i> Використання мобільних додатків з графіком руху громадського транспорту. Використання мобільних додатків з придбання квитків. Планування альтернативного маршруту громадського транспорту у разі, якщо регулярний маршрут не працює. Побудова маршруту до магазину, аптеки, лікарні, банку, залізничного вокзалу, ринку, парку та ін.	
8	6 – 12 год.	Планування та здійснення покупок. Види магазинів, їх призначення. Відділи товарів у магазинів, асортимент товарів, їх можлива вартість. Види упаковок. Розфасовка та виміри (грами, кілограми, літри) різних видів товарів. Спеціалізовані магазини. Супермаркет. Види розрахунків за товар	Розширення уявлень про види магазинів, відповідні відділи в них, асортимент товарів та обслуговуючий персонал в магазині. Розвиток мовлення на прикладі спілкування з працівниками в магазині під час вибору товарів та здійсненні оплати за них. Формування практичних умінь підраховувати вартість покупок, планування покупок, здійснення порівняння вартості

		(готівка та безготівкова оплата). Обслуговуючий персонал (продавці, касири, консультанти та ін.) Ринок, розташування продукції. <i>Практичні роботи</i> Вправи на підрахунок вартості покупок. Планування покупок відповідно до приготування запланованої страви. Планування покупок відповідно до тижневого меню та не перевищувати бюджет на продукти харчування. Здійснювати порівняння вартості товарів у різних магазинах. Здійснення покупки у магазині, аптеці та сплата за них касиру.	товарів та здійснювати самостійно покупки в різних магазинах. Виховання ощадливого ставлення до грошей. Виховання уміння співвідносити бажання і потреби зі своїми можливостями.
9	5 – 8 год.	Засоби зв'язку. Телефон, мобільний зв'язок. Номера телефонів екстрених служб. Інтернет, безпека в інтернеті. Електронна пошта. Види поштових відправлень.	Розширення уявлення функціональними можливостями інтернету та безпеки в ньому. Розвиток письмового мовлення в процесі написання адреси проживання, листування електронною поштою та іншими месенжерами в

		Посилка. Відправлення та отримання посилки. Користування поштою. <i>Практичні роботи</i> Написання адреси на конверті. Вправи з користування телефоном, популярними мобільними додатками та соціальними мережами. <i>Екскурсія</i> Поїздка до найближчого відділення пошти та поштовою.	мережі інтернет. Формування практичних умінь користуватись інтернетом, електронною поштою, номерами телефонів екстрених служб, мобільними додатками та поштовим поштою.
10	8 – 20 год.	Організація дозвілля. Варіанти організації дозвілля (активне та пасивне). Хоббі. Моніторинг погоди для організації дозвілля на природі. Дозвілля в груповій формі. Сімейне дозвілля. Сімейні традиції. <i>Практичні роботи</i> Планування власного дозвілля з плануванням на тиждень. Відпрацювання вміння	Розвиток наочно-дійового мислення на основі підбору варіантів організації дозвілля. Розвиток діалогічного мовлення, комунікаційних та соціально-адаптивних навичок. Виховання любові до сімейних традицій. Розширення та збагачення уявлень про культуру спілкування у товаристві друзів і знайомих. Розвиток мислення та мовлення на основі збагачення словника назвами практичних

		розраховувати години зайнятості. Відвідування кінотеатру, планетарію, парку, музею та ін.	дій та об'єктів. Формування практичних умінь планування власного дозвілля.
11	4 – 8 год.	Сім'я. Сімейні стосунки. Дружба. Любов. Кохання. Шлюб. Сім'я. Взаємодопомога між членами сім'ї. Правила й відмінності поведінки в різних стосунках. Планування власної сім'ї. <i>Практичні роботи</i> Вправи на визначення шкідливих та небезпечних стосунків. Створення моделі майбутньої сім'ї. <i>Бесіда з медичним працівником на тему статевого виховання.</i>	Розширення уявлення про поняття: дружба, любов, кохання, шлюб, сім'я та загальноприйняті правила спілкування в різних соціальних ролях. Формування логічного мислення шляхом встановлення причинно-наслідкових зв'язків в процесі з'ясування та аналізу різних ситуацій. Активізація комунікації в сім'ї. Формування навичок співпраці у сім'ї. Виховання поваги до членів родини та необхідності у виконанні відповідних обов'язків у сім'ї.
12	4 – 6 год.	*Види послуг та діяльності державних організацій. Органи місцевого самоврядування. Їхні функції та відділи. Види послуг. Правила	Розширення знань про функціональність відділень в органах місцевого самоврядування. Формування навичок зняття показників з лічильників.

		користування послугами. Підприємства, що надають житлово-комунальні послуги (водо-, газо-, та електропостачання, опалення, вивезення побутових відходів, утримання будинків і прибудинкових територій, ремонт будинків, комунікацій). Оплата послуг через термінали. Основні персональні документи. Документи, що посвідчують особу. Правила обережного користування. <i>Практичні роботи</i> Зняття показників лічильників. Підрахунок загальної вартості комунальних послуг. <i>Екскурсія</i> Поїздка до органу місцевого самоврядування.	Розвиток усного мовлення при спілкуванні з працівниками органів місцевого самоврядування та підприємств, що надають житлово-комунальні послуги. Виховання бережливого ставлення та відповідальності до власних персональних документів.
13	4 – 6 год.	*Працевлаштування. Способи пошуку роботи. Необхідні документи для	Розширити уявлення про способи пошуку роботи Формування внутрішнього

	працевлаштування. Перший робочий день. Права і обов'язки працівника. <i>Практичні роботи</i> Написання резюме. Реєстрація на сайтах з пошуку роботи. Вправи з пошуку роботи на обрану професію. Вправа «Співбесіда». <i>Екскурсія</i> Поїздка в центр зайнятості.	переконавання, впевненості стосовно досягнення мети працевлаштування. Розвиток ділового мовлення при виконанні вправ презентації себе та проходження співбесіди. Виховування грамотності в оформленні резюме. Виховання культури спілкування під час проходження співбесіди.
--	--	--