

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Лозовської Галини Павлівни

академічної групи 281м-21з-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Реабілітація як напрям сучасної державної політики України у сфері охорони здоров'я»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кравцова Т.В.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи магістра на тему «Реабілітація як напрям сучасної державної політики України у сфері охорони здоров'я».

110 стор., 17 табл., 16 рис, 63 джерела.

МЕДИЧНА РЕФОРМА, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЯКІСТЬ ПОСЛУГ

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у сфері реформування медичної галузі в Україні, а саме у напрямку реабілітації.

Предметом дослідження є державна політика України у сфері організації і надання послуг з відновлення фізичного і психічного здоров'я громадян.

Мета роботи полягає у розробці пропозицій щодо удосконалення сучасної державної політики України у напрямі реабілітації з урахуванням вимог європейських стандартів та міжнародного досвіду.

У першому розділі досліджуються теоретико-правові засади державної політики України із запровадження медичної реформи, покращення якості медичних послуг, етапи медичної реформи та її законодавче підґрунтя. У другому розділі окреслені поняття реабілітації, її основні принципи і завдання, історія розвитку, структура мультидисциплінарної команди, проблеми і здобутки реабілітації в Україні та Європейському Союзі. Третій розділ присвячений пошуку шляхів удосконалення державної політики України у напрямі реабілітації.

Викладені у роботі положення можуть бути використані для поліпшення здійснення управлінських заходів, спрямованих на реформування медичної галузі в Україні та вдосконалення напрямку реабілітації в Україні.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ	7
1.1. Стан та перспективи розвитку медичної галузі в Україні	7
1.2. Нормативно-правова база медичної реформи	20
1.3. Реабілітація як перспективний напрям реформи медицини	29
РОЗДІЛ 2	
РЕАБІЛІТАЦІЯ В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ	38
2.1. Теоретичні основи реабілітації.....	38
2.2. Історія розвитку реабілітації в Україні і світі	47
2.3. Здобутки і проблеми реабілітації в Україні	56
РОЗДІЛ 3	
УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В СФЕРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	65
3.1. Проблеми реабілітації в Україні у воєнний та післявоєнний період	65
3.2. Перспективні напрями удосконалення державної політики України в сфері реабілітації.....	78
3.3. Першочергові заходи щодо запровадження та розвитку реабілітаційних процесів в Україні.....	89
ВИСНОВКИ.....	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	111

ВСТУП

Реабілітація – один з найбільш перспективних напрямів у реформуванні медичної галузі України, оскільки її актуальність неможливо перебільшити. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дає таке визначення реабілітації: «Реабілітація є сукупністю заходів, покликаних забезпечити особам з порушенням функцій внаслідок захворювань, травм і природжених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть». Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на надання всебічної допомоги хворим та інвалідам для досягнення максимально можливої при цьому захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» визначає реабілітацію як комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем.

За останні 20 років принципово змінилися світові уявлення про відновлення функцій після пошкодження. Оцінювальна місія з питань реабілітації ВООЗ, яка працювала в Україні в грудні 2015 року, зробила висновок, що в нашій країні відсутня цілісна система реабілітації, як і не вибудована система професійної підготовки відповідних фахівців. Оцінювальна місія у звіті констатувала, що послуги реабілітації в Україні традиційно надаються у курортному середовищі, законодавство щодо реабілітації в Україні фрагментоване й позбавлене координації між уповноваженими міністерствами та організаціями, українське кадрове забезпечення реабілітації не досягає світових та європейських стандартів. Україна тільки останніми роками почала рух у напрямку вдосконалення системи реабілітації, але вже має певні успіхи: це співпраця з іноземними організаціями і фондами (Всесвітньою Федерацією Ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists' (WFOT), освітньою програмою Еразмус

та ін.), розширення фахових можливостей абітурієнтів на бакалаврському і магістерському рівнях в українських закладах вищої освіти з появою нових спеціальностей («Соціально-психологічна реабілітація», «Соціальна робота», «Фізична терапія», «Ерготерапія» та ін.), участь у програмі «обміну» фахівцями з метою набуття певного досвіду та ін.

Дослідженню питань реабілітації значну увагу приділяли вчені як у давні часи – С.П. Боткін, К. Гален, Геродікус, Гіппократ, Х.Ю. Гюббенет, П.І. Дьяконов, Г. Клапп, П. Лінг, П. Лесгафт, В.А. Манассеїн, М.Я. Мудров, М.І. Пирогов, І.М. Саркізов-Серазіні, М.Л. Ситенко, Г. Цандер, В.А. Штанге, так і сучасні вчені – І.В. Заблудовський, Я.Й. Камінський, В.К. Крамаренко, Р. Макензі, В.М. Мошков, Т.Р. Нікітін, В.С. Піруський, В.П. Правосудов, Ф.Й. Ріттер фон Бус, С.В. Хрушов, О.Ю. Штеренгер та ін.

Питання реабілітації висвітлюється в працях багатьох вітчизняних вчених, зокрема: В.М. Дзяка (Дніпро), В.В. Клапчука (Дніпро), О.В. Кочаровської (Київ), Г.Й. Красносельського (Київ), І.І. Крижановської (Дніпро), В.М. Максимової (Харків), І.В. Муравова (Київ), Г.В. Полєся (Київ), В.Т. Стовбуна (Київ), Т.О. Третілової (Львів), О.Ю. Штеренгерца (Одеса) та ін.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у сфері реформування медичної галузі в Україні, а саме у напрямку реабілітації.

Предметом дослідження є державна політика України у сфері організації і надання послуг з відновлення фізичного і психічного здоров'я громадян.

Мета роботи полягає у розробці пропозицій щодо удосконалення сучасної державної політики України у напрямі реабілітації з урахуванням вимог європейських стандартів та міжнародного досвіду.

Поставлена мета зумовила необхідність вирішення таких завдань:

- розкрити стан та перспективи розвитку медичної галузі в Україні;
- проаналізувати нормативно-правову базу медичної реформи;

- охарактеризувати реабілітацію як перспективний напрям реформи медицини;
- розглянути теоретичні основи реабілітації;
- проаналізувати історію розвитку реабілітації в Україні і світі;
- окреслити здобутки і проблеми реабілітації в Україні;
- дослідити проблеми реабілітації в Україні у воєнний та післявоєнний період;
- розглянути перспективні напрями удосконалення державної політики України в сфері реабілітації;
- окреслити першочергові заходи щодо запровадження та розвитку реабілітаційних процесів в Україні.

Методологічною основою роботи є сукупність методів і прийомів наукового пізнання, як загальнонаукових, так і спеціальних, що об'єднуються системним підходом до визначення сутності досліджуваних явищ та процесів.

За допомогою спеціальних методів було визначено особливості предмету дослідження відповідно до поставлених у роботі завдань. Так, застосування порівняльно-правового методу дало змогу дослідити особливості правового регулювання сфери реабілітації та запропонувати оптимальні шляхи імплементації положень в національне законодавство. Історико-правовий метод дозволив з'ясувати основні етапи реформування медичної галузі задля вдосконалення та покращення якості медичних послуг населенню. Формально-правовий метод дав змогу дослідити правовий статус органів державної влади України, уповноважених здійснювати контроль за етапами медичної реформи та оцінюванням якості наданих послуг у сфері реабілітації.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що викладені у роботі положення можуть бути використані для поліпшення здійснення управлінських заходів, спрямованих на вдосконалення сфери реабілітації як важливої складової медичної реформи в цілому.

РОЗДІЛ І

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

1.1. Стан та перспективи розвитку медичної галузі в Україні

Незважаючи на достатньо високий рівень стану медичної галузі в Україні і значні досягнення вітчизняних медиків і науковців, є напрями, які потребують покращення, а отже, глибоких суттєвих змін. Трансформація системи охорони здоров'я стосується кожного громадянина, її мета – забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг і в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у її центрі був пацієнт [1]. Система охорони здоров'я повинна бути ефективною, доступною та відповідати потребам населення України. Цього можна досягнути підвищенням якості та безпеки медичної допомоги, розширенням доступності, раціональною зайнятістю та підвищенням рівня соціального забезпечення персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також прискоренням розвитку і оптимізацією системи соціальної підтримки.

Трансформація системи охорони здоров'я відбувається поетапно (табл. 1.1), наразі, а саме з 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ.

Станом на вересень 2020 року з НСЗУ законтрактовано 3095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд. грн. за надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій. З них: 13,3 млрд. грн. виплачено закладам первинної ланки; 29,7 млрд. грн. – закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд. грн. – закладам екстреної медичної допомоги. Також 4,9 млрд. грн. виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на COVID-19, або з підозрою на нього.

З січня по вересень 2020 року чисельність українців, які підписали декларації з лікарями зросла на 1,5 млн., 30 млн. 610 тис. українців вже уклали декларації з лікарями первинної ланки. На надання населенню первинної допомоги законтрактовано 1682 надавачів, з яких 1102 – комунальні заклади охорони здоров'я, 206 – приватні, 374 – лікарі ФОП. Кількість надавачів первинної допомоги, які уклали договір з НСЗУ станом на 01.10.2020 року на 216 більше, ніж було на кінець минулого року. Причому 75% з них є приватними або лікарями ФОП [1]. Зросла також і чисельність лікарів, які надають пацієнтам первинну допомогу, з початку року їх стало більше на понад 800 осіб.

Таблиця 1.1

Етапи медичної реформи в Україні

Етапи	Заплановані зміни	Що означає	Відповідальний
Перший (квітень 2018)	Зміни в первинній ланці надання медичних послуг	Перехід від бюджетного утримання медичних закладів до закупівлі послуг. Гроші «ходять» за пацієнтом. Послуги медичних працівників первинної ланки будуть повністю безоплатними, тобто гарантованими державою.	Національна служба здоров'я України
Другий (квітень 2020)	Зміна принципів фінансування вторинної ланки	Реформа стосується отримання безоплатної медичної допомоги вузьких спеціалістів, диспансерів та багатопрофільних лікарень. НСЗУ закуповуватиме медичні послуги і платитиме за них згідно з тарифами, а пацієнти матимуть право вибирати того спеціаліста, якого вважають найкращим.	Національна служба здоров'я України
Третій (липень 2022)	Інфраструктурний	Мережу закладів охорони здоров'я в області, об'єднану в один госпітальний округ, буде поділено на госпітальний кластер, що дозволить чітко визначити, у яких лікарнях яке обладнання та у якій кількості має бути. Це спрощує доступ пацієнта до медичних послуг, покращує їх якість та дозволяє ефективно використовувати ресурси.	Національна служба здоров'я України

На даний момент первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Затвердження протоколу надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби дало лікарям інструмент, за допомогою якого пацієнти мають можливість отримати своєчасну і адекватну медичну допомогу [2]. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19. В майже 600 закладах первинної медичної допомоги було сформовано 1051 мобільну бригаду. Спеціалізовану медичну допомогу отримали понад 290 тисяч пацієнтів за пріоритетними послугами у квітні–серпні 2020 року. У Програмі медичних гарантій цього року визначено 5 пріоритетних медичних послуг, які перебувають у фокусі особливої уваги: лікування гострого мозкового інсульту; лікування гострого інфаркту міокарда; допомога при пологах; допомога у складних неонатальних випадках; інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань. На сьогодні медичними закладами отримано 2,7 млрд. грн. за надання пріоритетних послуг пацієнтам [1].

До Програми медичних гарантій також входить програма реімбурсації «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою [3]. На сьогодні пацієнти можуть отримати 264 найменування таких лікарських засобів, 85 з них на безоплатній основі. Отримати ліки пацієнти можуть в понад 8,5 тисяч аптек по всій країні. Програмою «Доступні ліки» користуються 2,4 млн. пацієнтів. За відпущені аптеками ліки з початку року НСЗУ виплачено 686,6 млн. грн. [1].

Важливою складовою трансформації медичної галузі в Україні є підвищення заробітної плати медичним працівникам. З 1 вересня 2020 року медичним працівникам підвищено заробітну плату, а саме +70% (3561 грн.) посадового окладу для лікарів та +50% (2362 грн.) для медичних сестер, +25% (1181 грн.) для молодших медичних сестер. Крім того, очевидним є

прогрес у сфері розвитку цифрових трансформацій: забезпечено доступність та стабільність роботи eHealth в режимі 24/7, утворено комітет SDLC з метою ефективного управління розробкою RoadMap (дорожню карту розробок компонентів eHealth). Крім того, зменшено адміністративне навантаження на медичних працівників (понад 25 тис. лікарів первинної медичної допомоги, понад 113 тис. лікарів-спеціалістів та понад 157 тис. сестринського персоналу) і запущено електронний медичний висновок про народження. Помітними є зміни у напрямку медичних кадрів, освіти і науки: врегульовано питання щодо відшкодування базам стажування витрат на оплату праці та нарахувань на оплату праці лікарям-інтернам першого року навчання; вжито заходів для виплати заробітної плати 3510 лікарям-інтернам 1-го року навчання, які проходять інтернатуру у 1090 базах стажування [1]. Психіатрична та туберкульозна служби України також потребували значного покращення: через значне недофінансування вони перебували під загрозою знищення. У червні 2020 року Міністерство охорони здоров'я розробило нормативну базу щодо перегляду тарифів на медичні послуги, підтримки і недопущення закриття медичних закладів та звільнення медиків. І вже з 1 липня медичні заклади отримують фінансування не нижче, ніж у 2019 році. Щодо системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню – у 2020 році розраховані відповідно до собівартості пакети медичних послуг, які включені до Програми медичних гарантій на 2021 рік.

Наскільки важливо реалізувати в повному обсязі реформу медичної галузі в Україні, свідчать наступні факти:

- українці живуть на 9 років менше, ніж громадяни ЄС (середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні – 72 роки, у країнах ЄС – 81 рік);
- близько 50% пацієнтів після перенесеного інсульту отримують первинну інвалідність, близько 12% померлих від інсульту – особи працездатного віку;

- Україна займає перше місце в Європі по поширеності катастрофічних витрат, які пов'язані зі здоров'ям і які призводять до збіднення родин пацієнтів;
- витрати на фармацевтичні товари та інші медичні товари здійснюють пацієнти, кошти яких складають 99% в загальних витратах на лікарські засоби;
- 37,6% госпіталізації в Україні здійснюються без відповідних показань;
- Україна має один з найгірших у світі показників вакцинації дітей, наприклад, рівень охоплення вакцинами від поліомієліту у 2018 році складав лише 69% [4].

Таким чином, медична реформа є дуже важливою і включає реформу фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів); забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат; ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик; оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів; впровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування [1].

Сьогодні реформа здійснюється за такими пріоритетними напрямками: медична реформа; громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби. За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на досягнення наступних пріоритетів:

- забезпечення фінансування системи охорони здоров'я;
- підвищення заробітної плати медичних працівників;

- створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги;
- розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування;
- впровадження державної оцінки медичних технологій;
- створення конкурентного середовища для медичних закладів;
- розвиток добровільного медичного страхування;
- розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- залучення приватного капіталу;
- пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток;
- розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я;
- розвиток телемедицини;
- eHealth;
- розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації;
- розвиток системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями;
- впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями,
- визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози, пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2,
- удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку,
- забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

Спираючись на Звіт Національної Служби здоров'я України (далі – Звіт) за 4-й квартал 2021 року, можна побачити значущі досягнення у

напрямку реформування галузі охорони здоров'я, яких наша країна вже досягла. Відсоток пацієнтів, які обрали свого лікаря, по Україні в цілому становить 78,5%; по деяких регіонах він ще вищий [5] (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Відсоток пацієнтів, які обрали свого лікаря: ситуація по регіонах

Область	Відсоток пацієнтів, які обрали свого лікаря, відносно загальної кількості населення області	Кількість поданих декларацій, осіб
Київська	97,1	1 737 055
Хмельницька	90,9	1 130 867
Львівська	90,4	2 257 639
Рівненська	89,9	1 32 344
Івано-Франківська	89,0	1 211 845
Житомирська	89,0	1 063 699
Полтавська	88,2	1 210 159
Сумська	87,9	925 529
Чернівецька	87,7	786 085
Тернопільська	87,5	901 453
Чернігівська	87,3	853 031
Черкаська	87,1	1 025 938
Закарпатська	86,5	1 081 931
Дніпропетровська	86,3	2 711 197
Харківська	84,8	2 232 299
Запорізька	84,2	1 403 365
Херсонська	83,8	851 871
Одеська	83,3	1 972 790
Кіровоградська	82,0	754 263
Миколаївська	80,8	895 787

Всього подано декларацій 32 640 284, серед них розподіл за статтю пацієнтів наступний – 17 864 756 жінок і 14 775 528 чоловіків. За структурою поданих декларацій наступна картина: державних – 871, ФОП – 1 170 286, приватних (без ФОП) – 1 137 179, комунальних – 30 331 948 при наявному населенню 41 588 354 особи. За віковими групами пацієнтів маємо наступний розподіл декларацій: вік пацієнтів від 0 до 5 років – 5,6%; вік пацієнтів від 6 до 17 років – 15,1%; вік пацієнтів від 18 до 39 років – 27,1%; вік пацієнтів від 40 до 64 років – 34,9%, вік 65 і більше – 17,4%.

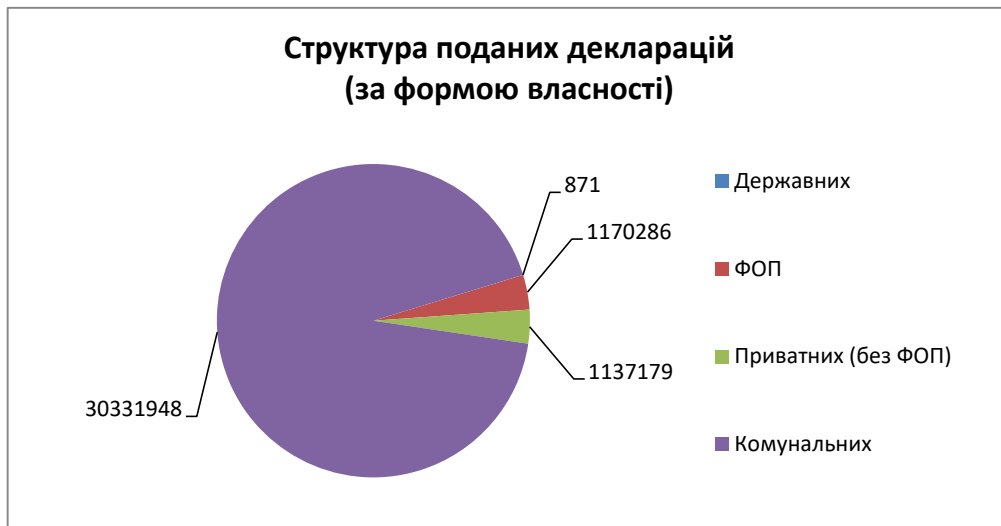


Рис. 1.1. Структура поданих декларацій (за формою власності)

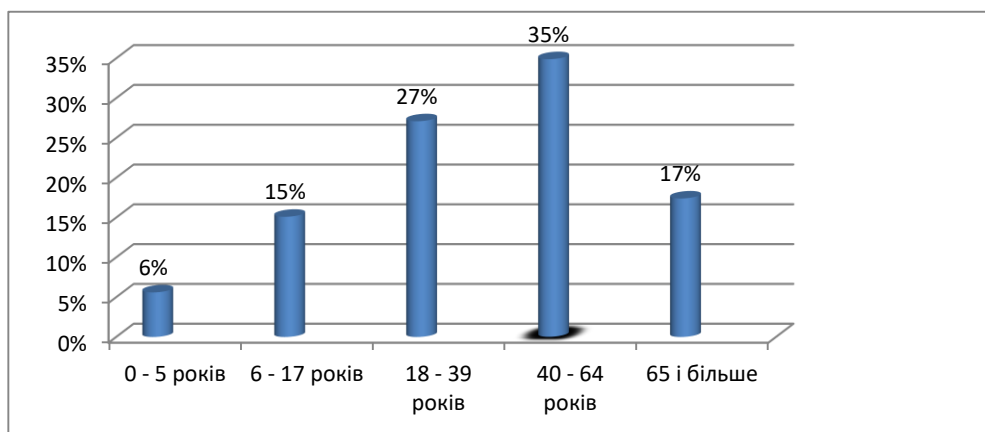


Рис. 1.2. Структура поданих декларацій (за віком)

Якщо аналізувати проліковані випадки, сума яких складає 1 639 080 412 грн. за групами послуг, то амбулаторні послуги складають 98 705 154 грн. і стаціонарні 1 540 375 259 грн. Серед амбулаторних послуг на бронхоскопію припадає 4 112 338 грн., гістроскопію – 12 351 978 грн., езофагогастродуоденоскопію – 42 736 552 грн., колоноскопію – 19 995 354 грн., мамографію – 15 178 051 грн., цистоскопію – 4 330 880 грн. Серед стаціонарних послуг розподіл виглядає наступним чином: медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках – 334 868 714 грн.,

медична допомога при гострому інфаркті міокарда – 151 109 722 грн.,
 медична допомога при гострому мозковому інсульті – 428 002 843 грн.,
 медична допомога при пологах – 626 393 980 грн. [5] (рис. 1.3 і рис. 1.4).

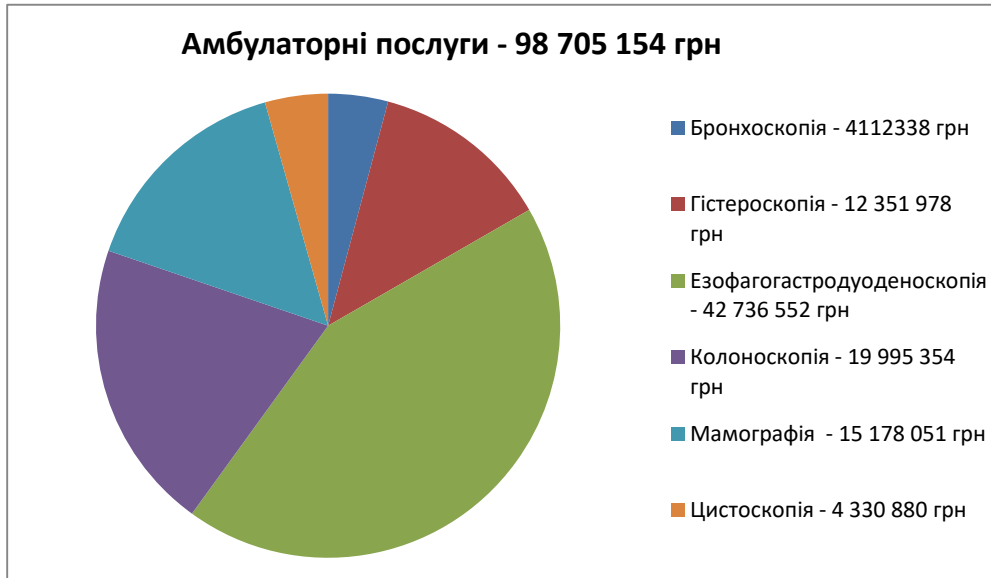


Рис. 1.3. Структура амбулаторних послуг за номенклатурою



Рис. 1.4. Структура амбулаторних послуг за нозологією захворювань

У Звіті зазначено, що за 4-й квартал 2021 року 3 364 надавачі послуг отримали 35 млрд. грн. оплати за договором, з них: 2 458 – комунальних, 595 – ФОП і 310 – приватних (без ФОП).

За напрямками роботи структура надавачів виглядає наступним чином: стаціонарні послуги загального профілю – 1 067; COVID19 – 1 743; первинна медична допомога – 2 095; амбулаторні послуги загального профілю – 1 412; екстрена медична допомога – 25; пріоритетні стаціонарні послуги – 529; онкологія – 113; медична реабілітація – 316; гемодіаліз – 106; психіатрична допомога – 175; паліативна медична допомога – 715; лікування туберкульозу – 394; ведення вагітності – 640; стоматологічна допомога – 694; пріоритетні амбулаторні послуги – 730; медична допомога особам з ВІЛ – 359 (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Напрями роботи надавачів послуг

Напрями роботи	Кількість надавачів
Стаціонарні послуги загального профілю	1 067
COVID19	1 743
Первинна медична допомога	2 095
Амбулаторні послуги загального профілю	1 412
Екстрена медична допомога	25
Пріоритетні стаціонарні послуги	529
Онкологія	113
Медична реабілітація	316
Гемодіаліз	106
Психіатрична допомога	175
Паліативна медична допомога	715
Лікування туберкульозу	394
Ведення вагітності	640
Стоматологічна допомога	694
Пріоритетні амбулаторні послуги	730
Медична допомога особам з ВІЛ	359

Стосовно Дніпропетровської області – Звітом Національної Служби здоров'я України за 4-й квартал 2021 року надані наступні дані: серед наявного населення, яке складає 3 142 035 осіб подано декларацій кількістю 2 711 197, серед яких 55,4% чоловіків і 44,6% жінок. За спеціальністю лікаря

надані декларації розподілені наступним чином: 83,9% припадає на сімейних лікарів (1 433 особи), 10,3% – на терапевтів (200 осіб) і 5,7% на педіатрів (231 особа). Проліковано 17 657 амбулаторних (на суму 11 041 811 грн.) і 8 553 стаціонарних (на суму 127 42 936 грн.) випадків. Стосовно надавачів послуг, які загалом отримали 3,137 млрд грн., то їх кількість у Дніпропетровській області дорівнює 266, з них комунальних – 172, приватних (без ФОП) – 33 і ФОП – 61. Що стосується стаціонарного лікування пацієнтів Дніпропетровської області, то випадків госпіталізацій за важкістю було (за ступенем): легких – 5 670, середнього ступеню важкості – 14 410 і важких – 2 560. Стосовно вакцинації COVID19, то кількість оплачуваних вакцинацій становила 1 224 158, серед яких на першу дозу припадає 621 362 і на другу дозу – 602 796; загальна сума склала при цьому 51,702 млн грн. Розподіл серед чоловіків і жінок при цьому склав відповідно 43,2% та 56,8%, серед вікових груп вакциновані особи розподілилися наступним чином: до 25 років – 11,8%, від 26 до 35 років – 19,6%, від 36 до 45 років – 22,6%, від 46 до 55 років – 18,7%, від 56 до 65 років – 16,3% та від 66 років і більше – 11,0%.

У Звіті зазначено, що в Дніпропетровській області є в наявності 997 аптечних закладів, які погасили 304 373 е-рецепти, згідно яких 103 132 пацієнти отримали ліки. Розподіл виплат при цьому розподілився наступним чином: комунальна форма власності – 15 871 730 грн., приватна (без ФОП) – 48 496 018 грн. Пацієнтів, яким створено електронні медичні записи, 1 611 461, зафіксовано взаємодій в електронній системі – 5 027 287, направлень – 2 166 748, обстежень – 1 123 452, діагностичних звітів – 983 824, процедур – 438 976.

Сумуючи вищенаведене, очевидними стають головні напрямки реформування в системі охорони здоров'я, а саме:

- структурна перебудова надання медичних послуг, яка включає чітке розмежування первинного, вторинного і третинного рівня;

- забезпечення пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову;
- запровадження сучасних механізмів організації медичної допомоги, як то вільний вибір лікаря первинної ланки та систему направлень на вторинний і третинний рівень;
- запровадження дієвої системи управління якістю медичної допомоги із застосуванням медичних стандартів та клінічних протоколів, що базуються на надійних наукових даних.

Дослідниками відмічається значення впровадження пілотних проєктів під час реформування системи охорони здоров'я, метою яких є апробація визначених підходів до реформ, виявлення потенційних ризиків, визначення кола заходів з нейтралізації цих ризиків, їх нейтралізація ще до розгортання їх на загальнонаціональному рівні [6].

Реалізація прийнятих нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я у зв'язку із її реформуванням дозволила змінити механізми фінансування медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», створити Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ), як замовника медичних послуг, розпочати та налагодити процес автономізації медичних закладів. Заробітна плата лікарів первинної медичної допомоги зросла майже у 4 рази. Змінилися принципи закупівлі лікарських засобів: з 2015 року державні закупівлі здійснюються із залученням спеціалізованих міжнародних організацій. Це дозволило заощадити майже 39% виділених коштів. Україна повністю забезпечена вакцинами, які необхідні відповідно до календаря щеплень. Реалізована програма «Доступні ліки»: понад 6,6 млн. українців отримали ліки за понад 28 млн. рецептами на суму 1,3 млрд. грн. Розпочався процес розбудови системи громадського здоров'я, яка закладає засади переорієнтації охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я людини. Запущено пілотний проєкт розвитку екстреної медичної

допомоги у 6 регіонах України, на що додатково виділено 1 млрд. грн. [4]. Перший етап надання медичних послуг населенню закінчено.

У подальшому заплановано продовжити нормативно-правове регулювання реформування фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, реалізацію програми розвитку сільської медицини, гарантованого пакету медичних послуг, реформи закупівель лікарських засобів та медичних виробів, розбудови системи громадського здоров'я, посилити взаємодію органів державної влади і місцевого самоврядування, розширити види медичної допомоги, якість надання медичних послуг, тощо.

Протягом 2018–2019 років відбувалося поступове впровадження заходів медичної допомоги населенню за програмою медичних гарантій, здійснювалася реалізація пілотних проектів для окремих видів медичних послуг та закладів охорони здоров'я, населених пунктів і регіонів. З січня 2020 року такі перетворення здійснювалися повноцінно на всіх ланках та на всій території України [7]. На 2019–2023 роки передбачено продовження реформування вітчизняної системи охорони здоров'я відповідно до європейських стандартів і ринкових умов. Основна увага звернена на впровадження задекларованих фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, реалізацію програми розвитку сільської медицини щодо її додаткового фінансування, гарантованого пакету медичних послуг. Передбачається завершити реформу закупівель лікарських засобів та медичних виробів, завершити розбудову системи громадського здоров'я, чіткий розподіл функцій та повноважень між КМУ, МОЗ України та інших органів влади у системі громадського здоров'я.

Але, зважаючи на об'єктивні обставини, які значною мірою завадили впровадження реформування в повному обсязі, а саме на світову епідемію COVID-19, яка внесла глобальні корективи в організацію і функціонування медицини в цілому, та повномасштабну воєнну агресію Росії проти нашої держави, можна сказати, що темп реформ помітно знизився, а деякі напрямки

взагалі «загальмувалися». Наразі акценти перенесені, в першу чергу, на надання медичної допомоги як безпосередньо військовослужбовцям, так і військовим госпіталям та іншим медичним установам, які надають такі послуги. Загальмувався напрямок створення послуг сільської медицини, оснащення лікарень обладнанням згідно кластерного принципу розподілу, розвиток українського виробництва ліків і медичного обладнання (у зв'язку з тим, що частина подібних виробництв зруйнована, а частина не може відновити логістичні ланки поставки необхідних інгредієнтів чи сировини). Таким чином, наша країна адаптується до тих умов, які є на даний час, планує та узгоджує свої першочергові дії, які направлені на збереження існування України як незалежної держави в цілому, що з розумінням і наснагою підтримують як звичайні громадяни нашої держави, так і українські підприємці.

1.2. Нормативно-правова база медичної реформи

Нормативно-правова база – це фундамент, основа для сталого, успішного розвитку галузі охорони здоров'я в будь-якій країні. Україна також не є виключенням, тому законодавці ретельно працюють над законами, згідно з якими функціонує наша медицина. Швидкий розвиток країни в цілому і медицини зокрема потребує такого ж швидкого реагування фахівців юриспруденції відносно законодавчого підґрунтя галузі, аби нагальні потреби могли задовольнятися швидко і у відповідності до Законів України. Незважаючи на загалом позитивні тенденції реформування законодавства у сфері охорони здоров'я, виникають деякі проблеми у його трансформації, які потребують негайного вирішення на законодавчому рівні.

На сьогоднішній день правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від

інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби» та іншими законодавчими актами [1].

Так, стаття 49 Конституції України гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я, а суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень такого здоров'я і збереження генофонду народу України. Держава забезпечує пріоритетність охорони здоров'я в своїй діяльності, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. Разом з тим, до теперішнього часу остаточно не сформована єдина послідовна програма реформування системи охорони здоров'я. Якщо відновлювати події, які передували формуванню сучасної нормативно-правової бази, то можна відзначити 7 грудня 2000 р., коли Указом Президента України було затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, яка спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному

громадянинові України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя. Нажаль, на той час вона так і не була втілена в життя, а заклики щодо реформування так і залишились закликами. Питання, що були тоді підняті Основами законодавства України про охорону здоров'я також не знайшли свого логічного завершення [3].

На сьогодні існує багато колізій та проблем в сфері. Наприклад, статтею 49 Конституції України передбачено, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Відповідно до Рішення Конституційного Суду України за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002р. № 10-рп/2002 встановлено, що положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Також набуває широкого розголосу проблема із запровадження медичного страхування. Так, вказаним вище Рішенням Конституційного Суду України визначено, що частина перша статті 49 Конституції України закріплює право кожного на медичне страхування, тобто не обов'язкове, а добровільне медичне страхування громадян. Стосовно державного медичного страхування, то його запровадження не суперечитиме конституційному припису «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» лише у тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть організації, установи, підприємства, інші господарюючі суб'єкти, які займаються

підприємницькою діяльністю, державні фонди тощо. Стягнення таких платежів (внесків) з громадян у системі державного медичного страхування не відповідатиме вказаному конституційному положенню, оскільки буде однією з форм оплати за надання їм допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Разом з тим, поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом. Крім того, Основами законодавства України про охорону здоров'я передбачено, що кожен пацієнт має право вільного вибору лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, що є передумовою інституту сімейних лікарів.

Підсумовуючи вищенаведене, очевидною є необхідність єдиної довгострокової Державної програми реформування галузі охорони здоров'я, що передбачає:

- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;
- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, обмеження реклами алкоголю, тютюну й інших шкідливих для здоров'я речовин, тощо [3].

Прийняття зазначених нормативних актів зумовить системність та послідовність в сфері охорони здоров'я, та сприятиме зміцненню загального стану здоров'я населення. Тенденції, які притаманні системним і

послідовним змінам у сфері охорони здоров'я, можна окреслити наступним чином:

- зміна концепції фінансування закладів охорони здоров'я – перехід від утримання закладів охорони здоров'я до державних закупівель медичних послуг;

- діджиталізація сфери охорони здоров'я, що характеризується створенням державних електронних реєстрів та інтернет-сервісів, які є частиною електронної системи охорони здоров'я (e-Health); це створює технічний базис проведення реформи, є зручним інструментарієм побудови правовідносин у сфері охорони здоров'я, зокрема між пацієнтами та медичними працівниками;

- удосконалення системи трансплантації анатомічних матеріалів людини, що характеризується створенням державної електронної системи трансплантації, спеціальних установ і запровадження посад фахівців з питань трансплантації – трансплант-координаторів, а також спрощенням юридичної регламентації надання згоди донора на трансплантацію;

- зміна вимог до професійних компетентностей керівних працівників закладів охорони здоров'я, що характеризується поділом посади керівника закладу охорони здоров'я на посаду директора (генерального директора) та медичного директора, підвищеними вимогами до правових компетентностей керівників закладів охорони здоров'я;

- підвищення впливу громадськості у сфері охорони здоров'я, що полягає в наданні громадським активістам і громадським організаціям більшого обсягу можливостей щодо участі в ухваленні управлінських рішень, зокрема через спостережні та опікунські ради, конкурсні комісії тощо;

- спроба запровадження лікарського самоврядування, органи якого ухвалювали б рішення про допуск до медичної професії, опікувалися питаннями безперервного професійного розвитку медичних працівників,

захищали права медичних працівників і здійснювали б дисциплінарне провадження щодо професійних правопорушень медичних працівників;

– підвищення доступності пацієнтам лікарських засобів і компонентів крові, що характеризується спрощенням порядку реєстрації генеричних лікарських засобів, можливості закупівель лікарських засобів без їх реєстрації в Україні за рішенням Кабінету Міністрів України, удосконалення процедури заборони вивезення з України крові та її компонентів, спрощення процедури державних закупівель лікарських засобів;

– посилення антикорупційних вимог до закладів охорони здоров'я через зміну їх організаційно-правової форми з бюджетних установ на казенні або комунальні некомерційні підприємства, зокрема розширення кола суб'єктів декларування з-поміж працівників закладів охорони здоров'я [4].

Аніщенко М.А. у своїй науковій праці «Основні тенденції сучасного реформування законодавства України у сфері охорони здоров'я. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики» запропонував такі зміни до законодавства в рамках описаних тенденцій:

– зміни фінансування охорони здоров'я не мають супроводжуватися скороченням мережі медичних закладів, скороченням штату медичних працівників, що негативно позначається на доступності медичної допомоги пацієнтам;

– відносини співпраці між закладами медичної освіти, медичними науковими установами та закладами охорони здоров'я щодо спільної діяльності з організації лікувальної, навчальної та лікувальної роботи, що є гарантією практичної складової освітнього та наукового процесу, пройшли повз увагу сучасної трансформації охорони здоров'я та потребують негайного унормування, адже підготовка висококваліфікованих медичних кадрів і запровадження наукових медичних технологій у медичну практику є загальнодержавною справою;

– діджиталізація охорони здоров'я поки що не торкається правових аспектів співпраці лікарів і пацієнтів, зокрема питань надання інформованої

згоди за допомогою електронного документообігу, засобів відеотелекомунікаційного зв'язку та його відеофіксації, однак нині в цьому є нагальна потреба;

– лікарське самоврядування, виходячи з рівня розвитку сучасної медичної освіти, не має передбачати ухвалення рішень його органами про доступ до медичної професії [4].

Досліджуючи трансформацію охорони здоров'я, М. Аніщенко зазначив на численні зміни у законодавстві, у тому числі: зміна концепції фінансування закладів охорони здоров'я; перехід від утримання закладів охорони здоров'я до державних закупівель медичних послуг; діджиталізація сфери охорони здоров'я; зміна вимог до професійних компетентностей керівних працівників закладів охорони здоров'я; підвищення впливу громадськості у сфері охорони здоров'я, їх участі в ухваленні управлінських рішень, зокрема через спостережні та опікунські ради, конкурсні комісії тощо; спроба запровадження лікарського самоврядування; посилення антикорупційних вимог до закладів охорони здоров'я через зміну їх організаційно-правової форми з бюджетних установ на казенні або комунальні некомерційні підприємства, зокрема розширення кола суб'єктів декларування з-поміж працівників закладів охорони здоров'я.

Подальше реформування державної політики у сфері охорони здоров'я передбачає доповнення законодавчих актів з метою уточнення окремих повноважень органів державної влади і місцевого самоврядування, видів медичної допомоги, якості надання медичних послуг, тощо. Для прикладу приведемо ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 20.12.2019 р. № 421-ІХ [8]. Він встановлює внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я від 26.01.1993 р. № 2427-VIII про розширення повноважень органів місцевого самоврядування у сфері організації матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення комунальних закладів охорони здоров'я, сприяння їх розвитку та планів

розвитку госпітальних округів, співробітництва територіальних громад з цих питань, реорганізації закладів охорони здоров'я. Ним внесені зміни до ЗУ «Про екстрену медичну допомогу» (підвищено стандарти оплати праці водіїв бригад екстреної медичної допомоги до рівня медичних працівників) та «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів». Крім того, цим законом скасовано встановлене відповідно до приписів ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII обмеження для державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що є надавачами послуг за програмою медичних гарантій, обсягу платних медичних послуг у 20% від обсягу всіх наданих послуг [9]; відкладено реалізацію державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій за усіма видами медичної допомоги до 1.04.2020 року.

Надалі здійснюється відпрацювання надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Для цього розроблена програма медичних гарантій, з визначенням конкретного переліку безкоштовних послуг і ліків на всіх рівнях медичної допомоги. Розроблені галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я: протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19), затверджений наказом МОЗ України від 02.04.2020 р. № 762 [2], Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу, затверджений наказом МОЗ України від 26.01.2018р. № 148 [10], Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, затверджений наказом МОЗ України від 28.02.2020 р. № 586 [11]. Зазначеним Порядком встановлені особливості здійснення направлення: ініціатор направлення приймає таке рішення на підставі оцінки стану здоров'я пацієнта, наявності медичних показань для

отримання відповідних послуг, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та з урахуванням порядків надання медичної допомоги відповідного виду. Направлення здійснюється для забезпечення отримання пацієнтом медичних послуг в амбулаторних або стаціонарних умовах, медичних послуг, що надаються виїзними бригадами, проведення лабораторних, інструментальних або функціональних досліджень. Порядком встановлюються підстави отримання такого направлення, особливості організації медичного обслуговування за направленням, випадки, за яких медичні послуги за направленням не видаються.

З 01.04.2020 р. почала реалізовуватися Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Програма медичних гарантій включає пакети медичних послуг, пов'язані із наданням за принципом екстериторіальності:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- медичної реабілітації;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Надання медичної допомоги може бути платним і безоплатним.

Таким чином, нормативно-правова база медичної реформи є тим фундаментом і основою, на яких базуються не тільки конкретні дії в напрямку реформування медичної галузі, але й визначаються нові напрямки, які покращують і удосконалюють вже напрацьовані набутки.

1.3. Реабілітація як перспективний напрям реформи медицини

Реабілітація – один з найбільш перспективних напрямів у реформуванні медичної галузі України, оскільки її актуальність неможливо перебільшити. Проблеми розвитку системи реабілітації в Україні накопичувалися десятиліттями, вирішувати ж їх доводиться у стислі терміни – таку вимогу висуває життя. Термін «реабілітація» походить від латинських слів «re-» (відновлення) і «habilis» (здатність), тобто «rehabilis» – відновлення здатності (властивостей). Всесвітня організація здоров'я (ВООЗ) дає таке визначення реабілітації: «Реабілітація є сукупністю заходів, покликаних забезпечити особам з порушенням функцій внаслідок захворювань, травм і природжених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть». Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на надання всебічної допомоги хворим та інвалідам для досягнення максимально можливої при цьому захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності [12].

Актуальність реформування напрямку реабілітації є тим вкрай необхідним рушійним чинником, який має на меті вдосконалити систему реабілітації в найбільш короткі терміни, оскільки загальний стан здоров'я населення України потребує повномасштабного, планомірного, системного покращення. Це підтверджується статистичними даними, які ми можемо бачити у відкритих джерелах. За даними статистики, у нас нараховується близько 3 млн. інвалідів і 12 млн. пенсіонерів та хворих із хронічним перебігом захворювання. Серцево-судинні і судинно-мозкові захворювання зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. Щорічно в Україні реєструється близько 107 тисяч інсультів, 50 тисяч випадків інфаркту міокарда, 4 тисячі набутих вад серця та народжується більш як 3,5 тисячі дітей із вродженими вадами серця. Показник смертності при судинних захворюваннях головного мозку за

останні 15 років збільшився на 18,2 % і складає на сьогодні 223,1 осіб на 100 тис. населення [13].

Зростання кількості захворювань, що призводять до зменшення тривалості життя, смертності, інвалідності, травматизму, а також невідповідні до законодавства умови праці, проживання в екологічно небезпечних зонах є об'єктивними факторами, що потребують рішучих послідовних кроків, спрямованих на збереження здоров'я населення і покращення показників тривалості життя. Це вимагає проведення комплексу заходів з медичної реабілітації для підтримки на необхідному рівні якості життя пацієнтів з хронічним перебігом захворювань, осіб після перенесених хвороб, інвалідів, дітей-інвалідів, осіб похилого і старечого віку. Особливої уваги потребує організація системи медичної реабілітації в сільській місцевості, оскільки доступність необхідних спеціалістів та обладнання належного рівня є критично низькою [14]. Відсутність якісної професійної підготовки сформувала у населення та лікарів стереотип необхідності «періодичних госпіталізацій» для «реабілітації» з проведенням, насамперед, медикаментозної терапії. Це спричиняє існування великої кількості стаціонарних ліжок, що потребують матеріальних та лікарських ресурсів, і відповідно, завантаження, як доказу доцільності їх існування. Усі заходи із назвою «реабілітація» фактично також мають «ритуальний» характер: застосування медикаментів, що не мають ніякого впливу на відновлення функцій; використання фізичних вправ без формування конкретних, обмежених у часі реабілітаційних цілей; «пересування» хворого «по етапах» реабілітації, що, фактично, повторюють дії попереднього етапу; циклічне повторення використання вищезазначених етапних дій при фактичній безперспективності подальшого відновлення [13].

За останні 20 років принципово змінилися світові уявлення про відновлення функцій після пошкодження. Оцінювальна місія з питань реабілітації ВООЗ, яка працювала в Україні в грудні 2015 року, зробила висновок, що в нашій країні відсутня цілісна система реабілітації, як і не

вибудована система професійної підготовки відповідних фахівців [12]. Оцінювальна місія у звіті констатувала, що послуги реабілітації в Україні традиційно надаються у курортному середовищі, а законодавство щодо реабілітації в Україні фрагментоване й позбавлене координації між уповноваженими міністерствами та організаціями. Крім того, спеціалісти ВООЗ дійшли висновку, що українське кадрове забезпечення реабілітації не досягає світових та європейських стандартів. Наприклад, у 35-мільйонній Канаді є 25 тисяч фізичних терапевтів і 9 тисяч ерготерапевтів, то в Україні – в сотні разів менше [9]. Що стосується статистичних даних, то захворюваність в Україні можна відслідкувати по відкритим даним, які надає держава при посередництві відповідних державних або громадських організацій. Наприклад, офіційні причини смерті населення станом за січень-серпень 2020 року виглядають наступним чином (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Причини смертності населення України за січень-серпень 2020 року

Назва захворювання	Кількість, осіб
Серцево-судинні захворювання	256474
Злоякісні пухлини	51353
Зовнішні чинники	18455
Хвороби системи травлення	15259
Грип та пневмонія	4026
Хвороби нервової системи	2837
COVID-19	2565
Туберкульоз	2052
СНІД	2019
Хвороби нирок і сечового міхура	1731
Цукровий діабет	1337
Розлад психіки та поведінкової реакції	662

Дані щодо кількості померлих в Україні за 2020 рік перевищили показники як мінімум попередніх п'яти років. Ці дані оприлюднив Держстат і їх вже взялися аналізувати експерти в різних галузях. Вже є офіційні дані і щодо причин смертності. Така причина як хвороба COVID-19 далеко не в лідерах. Втім, чи можна довіряти статистиці та в чому причини таких даних? В Україні у 2020 році померли 616 840 людей. Це більше, ніж у 2019 році, на

6,1% за повідомленням Держстату, при цьому народжуваність зменшилася. Основні демографічні показники виглядають наступним чином (табл. 1.5).

Таблиця 1.5

Основні демографічні показники населення України за 2019-2020 роки

Основні демографічні показники	2020 рік, осіб	2019 рік, осіб
Чисельність наявного населення на кінець року	41588354	41902416
Середня чисельність наявного населення	41745385	42027809
Чисельність постійного населення на кінець року	41418717	41732779
Середня чисельність постійного населення	41575748	41858172
Загальний приріст, скорочення (-) населення	-314062	-250785
Природний приріст, скорочення (-) населення	-323378	-272297
Кількість живонароджених	293457	308817
Кількість померлих,	616835	581114
з них дітей віком до 1-го року	1988	2189
Міграційний приріст, скорочення (-) населення	9316	21512

Фахівці пояснюють такі сумні показники не тільки впливом захворюваності на COVID-19, але й іншими чинниками. Наприклад, Людмила Мухарська, лікар-епідеміолог, заслужений лікар України, в інтерв'ю Ользі Комаровій для радіо «Свобода» бачить ще одну причину зростання смертності: «Люди, під час карантинних заходів не могли повноцінно звертатися за медичною допомогою, оскільки були обмежені і навіть скасовані планові операції, планові відвідування своїх лікарів людьми, які мають хронічні захворювання. Якщо потрібно було пройти обстеження, то людина не могла це зробити, бо лікарні і поліклініки не працювали. Люди не могли отримувати своєчасну допомогу, що також є однією з причин смертності», – наголошує вона [15].

Не дуже оптимістичною виглядає ситуація з серцево-судинними захворюваннями в Україні. Якщо порівняти рівень захворюваності хворобами серця і судин з тотожним рівнем по цих захворюваннях у деяких

сусідніх країнах, то, згідно даних Громадського центру здоров'я, ситуація виглядає наступним чином (рис. 1.5).

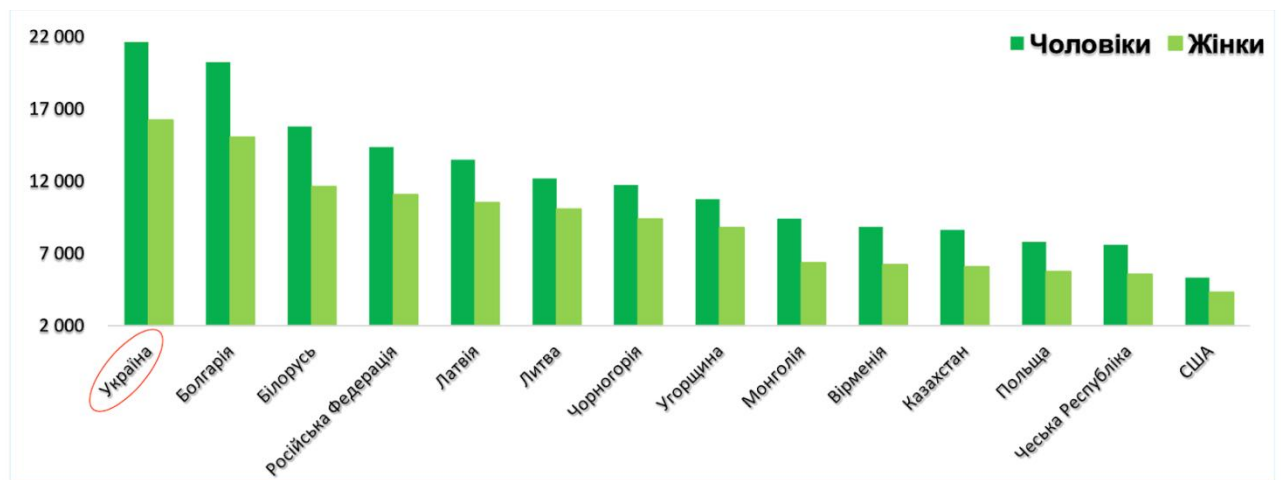


Рис. 1.5. Кількість серцево-судинних захворювань (чоловіки/жінки)

Аналізуючи статистичні дані, очевидним є факт, що виявлення випадків серцево-судинних захворювань майже подвоїлося з 271 мільйона в 1990 році до 523 мільйонів у 2019 році, а кількість смертей від серцево-судинних захворювань неухильно збільшувалася з 12,1 мільйона в 1990 році до 18,6 мільйона у 2019 році. У національному масштабі смертність від серцево-судинних захворювань за останні 29 років зросла майже на 8%: до 449 376 у 2019 році і складає 64.3% від загальної кількості смертей, тоді як у 1990 році зафіксували 350 605 смертей від серцево-судинних захворювань, що склало 56.5% відповідно [16]. Потрібно пам'ятати, що потреба таких хворих у реабілітації є дуже високою, особливо це стосується групи осіб після інфарктів, гіпертонічних кризів та інших критичних для здоров'я станів, які загрожують життю людини. Окрім серцево-судинних захворювань, звертає на себе увагу високий рівень захворюваності на туберкульоз, що наочно видно в наступній таблиці (табл. 1.6).

Це захворювання є дуже небезпечним як для життя осіб, які захворіли, так і для життя оточуючих; крім того, навіть в ситуації, коли людина вилікувалась або її стан кваліфікується як стадія ремісії, вона обов'язково

потребує цілої низки реабілітаційних заходів, що вкотре доводить нагальність потреби реформування саме напрямку реабілітації.

Таблиця 1.6

Захворюваність на туберкульоз в Україні, включно з новими випадками та рецидивами, за 2020 рік по областях (на контрольованій Україною території), осіб на 100 тис. населення

Область	Осіб на 100 тис. населення	Область	Осіб на 100 тис. населення
Одеська	91,8	Чернігівська	44,0
Дніпропетровська	63,2	Сумська	41,9
Херсонська	59,6	Черкаська	40,7
Донецька	56,5	Хмельницька	37,2
Кіровоградська	55,5	Полтавська	36,5
Запорізька	53,2	Рівненська	36,4
Закарпатська	51,6	Харківська	35,2
Волинська	48,5	Вінницька	33,9
Луганська	47,8	Івано-Франківська	29,2
Миколаївська	47,8	м. Київ	28,0
Київська	47,4	Чернівецька	22,8
Житомирська	44,4	Тернопільська	21,6
Львівська	44,0	УКРАЇНА	42,2

Переглядаючи дані, наведені у звіті «Інфекційна захворюваність населення України» по Ф.№ 1 за 6 місяців 2022–2021 рр. показники інфекційних захворювань (згідно даних Центру громадського здоров'я) можна зробити на дуже оптимістичні висновки: більше ніж на 70% зріс рівень захворюваності на бактеріологічно підтверджений шигельоз, більше ніж на 60% – ротавірусний ентерит, більше ніж на 40% – інші кишкові хвороби, зросла захворюваність на грип, хронічний гепатит, і т.д.

Що стосується коронавірусної інфекції – в Україні інфекція Covid-19 (пневмонія нового типу) вперше була діагностована 3 березня 2020 року в Чернівцях, а 13 березня вже був зафіксований перший летальний випадок; на 27.07.2022 року в Україні статистично нараховується **5014929** інфікованих, з них померлих – 108605 (табл. 1.7 і табл. 1.8) [17].

Таблиця 1.7

Загальн статистика щодо Covid-19

Показник	Кількість, осіб	Відсоток
Населення, всього	41 130 000	100
Всього інфіковано	5 014 929	12,2
Летальні випадки	108 605	2,2
Ті, хто одужав	4 880 967	97,3
Зараз хворіють	25 357	0,5

Таблиця 1.8

Статистика щодо Covid-19 по областях

Регіон	Населення (тис)	Інфікованих, осіб	Інфікованих, %
Україна загалом	41130,4	5 014 929	012,19
Вінницька	1507,7	153965	010,21
Волинська	1020,8	142206	013,93
Дніпропетровська	3093,2	319171	010,32
Донецька	4056,4	222794	005,49
Житомирська	1177,6	198261	016,84
Закарпатська	1243,7	116515	009,37
Запорізька	1636,3	227984	013,93
Івано-Франківська	1350,6	185573	013,74
Київська	1795,5	243025	013,53
Кіровоградська	902,3	47284	005,24
Луганська	2101,7	80676	003,84
Львівська	2476,1	307547	012,42
Миколаївська	1090,5	156458	014,35
Одеська	2349,7	331929	014,13
Полтавська	1350,6	199299	014,76
Рівненська	1140,9	175663	015,40
Сумська	1034,4	186176	018,00
Тернопільська	1021,0	149090	014,60
Харківські	2596,3	307426	011,84
Херсонська	1000,4	110186	011,01
Хмельницька	1227,5	211466	017,23
Черкаська	1159,2	178674	015,41
Чернівецька	889,9	155406	017,46
Чернігівська	957,7	127853	013,35
м. Київ	2950,7	480302	016,28

Хворі на COVID-19, або ті особи, що вже здолали хворобу – усі потребують реабілітаційних заходів, направлених на відновлення функцій організму після перенесеного захворювання, тому розвиток та реформування

напрямку реабілітації вкотре стає надзвичайно актуальним і нагальним завданням, що потребує наполегливої праці і системності змін.

Не треба також забувати про достатньо велику чисельність пенсіонерів та інвалідів, які також потребують розвинутої системи реабілітації, оскільки залишаються однією з найбільш вразливих верств населення. Згідно з статистикою, наданою аналітичним порталом «Слово і Діло» на 26 жовтня 2021 року, кількість пенсіонерів становила 10,6 млн. осіб, з яких тільки 3 млн. працюють. Якщо аналізувати зростання або зменшення кількості пенсіонерів, то за роки незалежності України очевидною є тенденція до зменшення: від 14,5 млн. пенсіонерів у 1994 році до 14,1 млн. у 2005 році; 13,8 млн. у 2008 році; 10,9 млн. у 2019 році і 10,6 млн. у 2021 році [18]. Стосовно чисельності інвалідів, то за даними Благодійного фонду «Сила віри» їх кількість збільшується: якщо наприкінці 80-х років загальне число осіб з інвалідністю становило близько 3% всього населення, то на сьогодні це вже близько 6% населення України. Станом на початок цього року загальне число осіб з інвалідністю в Україні склало 2 млн. 600 тис. осіб, у тому числі понад 240 тис. осіб з інвалідністю 1-ї групи, понад 900 тис. осіб з інвалідністю 2-ї групи й більш ніж 1,3 млн. осіб 3-ї групи, дітей з інвалідністю понад 156 тис. [17]. Згідно висновків експертів ВООЗ, на даний час у світі у одного з десяти осіб є одно чи декілька функціональних порушень, які в майбутньому спричиняють настання інвалідності. У віці 60 років 35% осіб мають стійкі функціональні порушення, які не дозволяють виконувати їм свої соціальні функції в повному обсязі, у віці 70 років цей показник зростає до 50%, а у 80 років порушення мають 100% осіб [19]. Відповідно, реабілітація є дуже важливим та перспективним напрямом розвитку системи охорони здоров'я не тільки в нашій країні, але і в світі.

Підсумовуючи вищезазначене, можна зробити висновок щодо очевидної нагальності і важливості реформування напрямку реабілітації – на жаль, з набуттям незалежності в Україні не був сформований його сталий плановий розвиток. Світовий підхід до реабілітації здійснюється відповідно

до міжнародної класифікації функціонування, на жаль, в Україні вона не була прийнята. Дуже важливим фактором є наявність достатньої кількості професійних кадрів, яких так не вистачає Україні. Як зазначив голова комісії з реабілітації постраждалих в АТО Всеукраїнського товариства фізичної та реабілітаційної медицини професор В. Стеблюк, донедавна в Україні спеціальність «Медична реабілітація» взагалі не існувала, хоча така наукова спеціальність є. Тому в нашій країні реабілітацією займалися фізіотерапевти, неврологи, травматологи і всі «дотичні» фахівці. Лікарі та інструктори лікувальної фізкультури у своїй більшості фактично не володіють сучасними знаннями щодо функціональної анатомії та принципів відновлення функцій. Для реформування системи реабілітаційної медицини в Україні потрібні кардинальні зміни не тільки в організації лікувально-відновлювального процесу, але і в навчанні спеціалістів відповідного профілю, в організації реабілітаційних центрів та наповненні їх спеціалізованим обладнанням.

Окремого вирішення потребує законодавче врегулювання питань реабілітації: «Спочатку має бути законодавча база: визначення протоколів реабілітації пацієнтів при тих чи інших захворюваннях, травмах, операціях; підготовка фахівців – це справа не одного року, поки налагодиться система навчання. Також основне – це матеріальна база. Відділення реабілітації має бути відповідно оснащене», – зазначив заступник головного лікаря з амбулаторно-діагностичної допомоги Київської обласної клінічної лікарні Андрій Турчин.

Реабілітаційні послуги мають надаватися міждисциплінарною командою, щоб відповідати потребам людини. До участі в таких командах підключають і членів сім'ї, і вчителів (якщо послуги стосуються дитини), і доглядачів, й інших працівників громад за потреби [20].

РОЗДІЛ 2

РЕАБІЛІТАЦІЯ В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ

2.1. Теоретичні основи реабілітації

Визначень щодо значення терміну «реабілітація» існує дуже багато. Наприклад, ВООЗ ще у 1967 році дала визначення, що реабілітація – це допомога хворому в досягненні максимальної фізичної, психічної та економічної повноцінності, на яку він може бути здатний у межах наявного у нього захворювання [21]. На погляд Лянного Ю.О., реабілітація – це складний багатофакторний процес, який включає в себе різноманітні, тісно пов'язані і взаємодоповнюючі види, серед яких виділяють медичну, фізичну, психологічну, соціальну, професійну, економічну, педагогічну, спортивну, побутову, технічну, оздоровчу та правову реабілітацію [10]. За думкою Магльованого А. із співавторами, що у 2005 році у Львові видали підручник «Основи фізичної реабілітації», термін «реабілітація» означає функціональне і соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, яке здійснюється проведенням комплексних медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути хворих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану [22].

Якщо узагальнити думки різних авторів, то коротко можна сказати, що реабілітація – це відновлення здоров'я, функціонального стану і працездатності організму, порушених хворобами, травмами або іншими (фізичними, хімічними, соціальними і т.д.) чинниками. Тобто реабілітація є процесом, спрямованим на надання всебічної допомоги хворим та інвалідам для досягнення максимально можливої при цьому захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Очевидно, що реабілітація – це соціально-медична проблема, яка має кілька аспектів:

медичний, психологічний, соціально-економічний, морально-етичний, науково-методичний, педагогічний, професійний, соціально-побутовий та інші – залежно від думки авторів досліджень або наукових робіт [22, 23, 24, 25]. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», опублікований у Відомостях Верховної Ради № 8 за 2021 рік, визначає реабілітацію як комплекс заходів, яких потребує особа, що зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем [26].

Дуже важливим є дотримання основних принципів реабілітації: раннього початку реабілітаційних заходів (що допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення і у випадку розвитку інвалідності боротися з нею на перших етапах лікування); безперервності реабілітаційних заходів (що є запорукою скорочення часу на лікування, зниження рівня інвалідності і витрат як на відновне лікування, так і на довготривале матеріальне утримання інвалідів); комплексність реабілітаційних заходів (співпраця психолога, педагога, юриста і т.д.); індивідуальність та етапність реабілітаційних заходів (складання індивідуальної програми для кожного хворого з урахуванням загального стану, особливостей перебігу хвороби, особливості хворого, його віку, статі, професії і т.д.); реабілітація у колективі (формує у пацієнта почуття члену колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний з наслідками захворювання, добре ставлення оточуючих надихає і надає впевненості у своїх силах); повернення хворого чи інваліда до активної праці (робить людину матеріально незалежною, морально задоволеною, психічно стійкою, дозволяє стати активним учасником громадського життя) (рис. 2.1).

Самсон О.І., Коломоєць М.Ю. називають медичну реабілітацію «тотальним лікуванням», а більшість фахівців її ототожнюють із «відновлювальним лікуванням». Як зазначає Пархотік І.І., це можна пояснити тим, що у більшості випадків нелегко розмежувати реабілітаційні та власне медичні лікувальні заходи, оскільки лікування і реабілітація є

нерозривними частинами єдиного процесу. Нікітіна М.М. вказує на сполучення цих двох процесів і застосовує загальний термін «реабілітаційна терапія» [10].

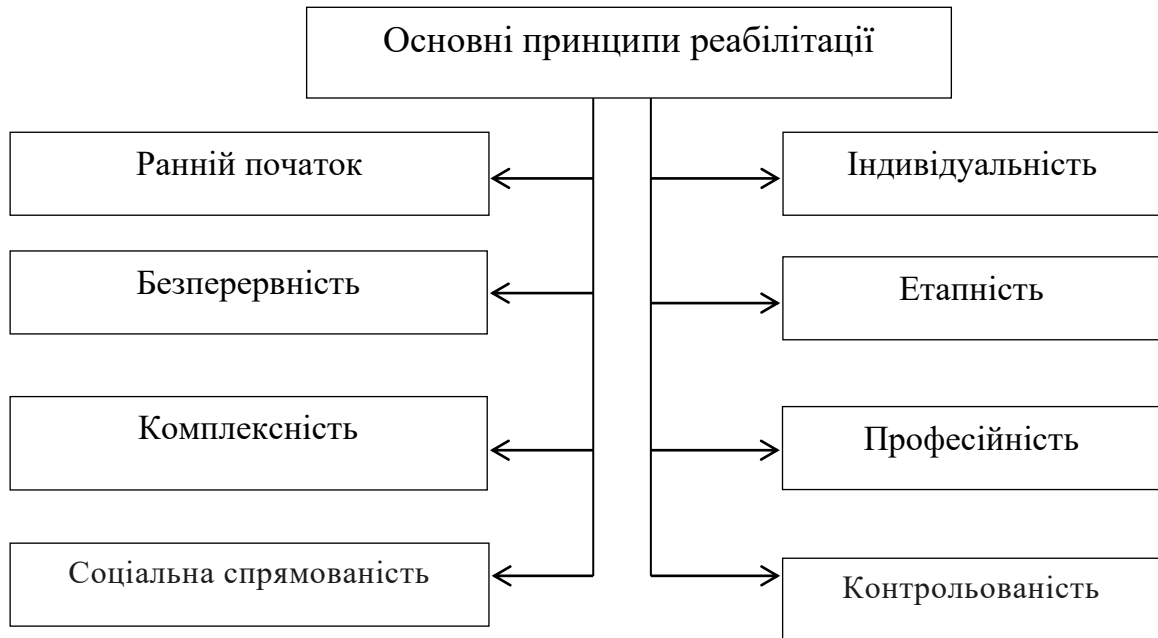


Рис. 2.1. Основні принципи реабілітації

Медична реабілітація – основний вид реабілітаційного процесу, провідними методами якого є відновна терапія і реконструктивна хірургія з наступним (в разі необхідності) протезуванням. Відновна терапія здійснюється, насамперед, за допомогою медикаментозного лікування, фізичної активації (ЛФК, масаж, фізіотерапія, працетерапія тощо), психологічних методів (групова та індивідуальна психотерапія, автотренінг тощо). Реконструктивною хірургією займаються спеціалізовані медичні заклади та підприємства, завданням яких, в першу чергу, є не тільки задовольнити функціональні потреби людини, яка цього потребує, але й виконати цю роботу на високому професійному рівні і у відповідності до передових технологій світу. Завданнями медичної реабілітації є відновлення здоров'я; усунення патологічного процесу; попередження ускладнень та рецидивів; відновлення або часткова чи повна компенсація втрачених функцій; підготовка до побутових та виробничих навантажень;

попередження або сповільнення подальшого розвитку патологічних процесів, які можуть призвести до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, тобто проведення вторинної профілактики захворювань; попередження виникнення стійкої втрати працездатності (інвалідності) (рис. 2.2).

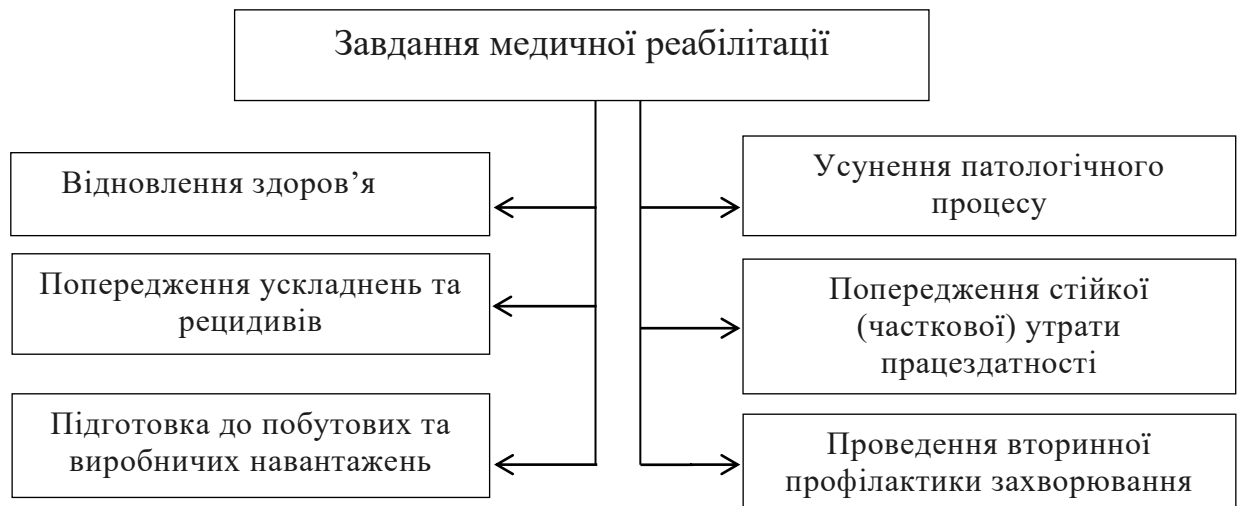


Рис. 2.2. Завдання медичної реабілітації

Безпосередньо фізична (немедикаментозна) реабілітація є складовою медичної реабілітації і включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення фізичної працездатності хворих з тимчасовою або стійкою втратою працездатності. Роль засобів фізичної реабілітації підвищується в процесі переходу хворого від першого до наступних періодів лікування. Спектр засобів фізичної реабілітації є дуже широким: це охоронний режим; лікувальне харчування; фізіотерапія, природні фізичні чинники, загартування, лікувальна фізична культура, кінезотерапія, масаж, механотерапія, тракційна терапія, мануальна терапія, працетерапія; рефлексотерапія, фітотерапія, гомеопатична терапія, ароматерапія; психотерапія: загальна та спеціальна психотерапія, психотерапевтичні заходи, біоетика, музикотерапія, вокалотерапія, танцетерапія, християнська етика; профілактика захворювань, медико-гігієнічне навчання, здоровий спосіб життя тощо [21] (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Основні засоби фізичної реабілітації

Втілення цих засобів сприяє мобілізації резервних сил організму; активізації захисних і пристосувальних механізмів; опередженню ускладнень та рецидивів захворювання; прискоренню відновлення функції різних органів та систем; скороченню термінів клінічного та функціонального відновлення; тренуванню та загартовуванню організму; відновленню працездатності.

Психологічна реабілітація передбачає проведення реабілітаційних заходів, спрямованих на корекцію психологічного стану хворого, формування його позитивного ставлення до лікування та лікарських рекомендацій, навчання психогігієнічних навичок, орієнтації щодо повернення до активної життєдіяльності на рівні, адекватному його здібностям і можливостям. При цьому особливо важливим є період після

виписування із стаціонару – процес адаптації до зміненого становища в сім'ї, суспільстві, колі спілкування, сфері професійної діяльності. Найчастіше використовують групову та індивідуальну психотерапію, автогенне тренування, поведінкову терапію. Крім цього, психологічна медичного персоналу, близьких родичів, співробітників, аналогічних хворих, які залежать від психологічної реакції пацієнта на хворобу, тому потрібно долучати все коло осіб, що оточують хворого. Соціально-психологічні аспекти реабілітації передбачають вирішення таких питань, як відновлення особистих якостей і здібностей хворого для його взаємодії з соціальним оточенням, а також психокорекцію установок хворого до виконання обов'язків громадянина, члена суспільства, колективу, сім'ї.

У психологічній реабілітації важливе місце займає педагогічний аспект реабілітації – процес отримання освіти, професійного перенавчання, а також заняття за програмами так званих шкіл для хворих та їх родичів, спрямованих на те, щоб викласти суть захворювання, факторів ризику, зробити хворих та їх родичів свідомими і активними учасниками процесу реабілітації, що сприятиме скорішому відновленню хворого [23].

Реабілітація хворого розглядає людину в єдності з природою і соціальним середовищем, тобто як складову екосоціальної системи. Ми розуміємо, що здоров'я чи хвороба людини залежать не тільки від біологічних змін в організмі, але і від суспільних умов. Хвороба змінює звичайний спосіб життя людини, в неї тимчасово чи постійно втрачаються можливості працювати, ускладнюються взаємостосунки, матеріальне становище, порушується процес культурного та духовного спілкування. Хворий страждає від болю, знижується фізична активність та працездатність, його турбують можливі наслідки хвороби, інколи він не в змозі обслужити себе самостійно і потребує догляду. Тому соціальна реабілітація – дуже важливий напрям реабілітації в цілому і передбачає державно-суспільні дії, спрямовані на повернення людини до суспільнокорисної праці; правовий захист; матеріальний захист щодо її існування; відновлення соціального

статусу особи шляхом організації активного способу життя, відновлення ослаблених чи втрачених соціальних зв'язків, створення морально-психологічного комфорту в сім'ї, на роботі, забезпечення культурних потреб людини, відпочинку, занять спортом; при необхідності – розвиток навичок щодо обслуговування; вирішення матеріальних питань (житло, транспорт, телефонний зв'язок); перенавчання, працевлаштування хворих в спеціалізованих закладах, вдома (у разі необхідності); надання різних видів соціальної допомоги (протезування, забезпечення засобами переміщення, робочими пристосуваннями, організація санаторно-курортного лікування тощо); юридичний захист хворого. Ці завдання вирішуються медичними закладами разом з органами соціального забезпечення [22].

Професійна реабілітація – це відновлення нормальних відносин хворого з суспільством, передусім, пов'язане з відновленням його працездатності. Основним методом професійної реабілітації є працетерапія, активний метод відновлення втрачених функцій. Професійна реабілітація передбачає професійну підготовку особи, яка перенесла захворювання до трудової діяльності та її працевлаштування. Відновлення працездатності може передбачати повернення до попередньої роботи (адаптація); перекваліфікацію на тому ж підприємстві (реадаптація); навчання новій професії при стійкій втраті працездатності (перекваліфікація). Реалізація цього завдання залежить від характеру та перебігу хвороби, функціонального стану хворого, його фізичної спроможності, професії, кваліфікації, стажу роботи, посади, умов праці, бажання працювати. Потрібно зацікавити хворого безпосереднім процесом та результатами праці, відволікти його від думок про своє захворювання, зберегти залишкову функцію органів та систем, підвищити працездатність для подальшого життя. Таким чином, засобами соціально-трудової реабілітації хворого є звільнення від роботи за листком тимчасової непрацездатності, своєчасне обстеження і призначення групи інвалідності при стійкій втраті працездатності, покращення умов праці, виключення впливу професійних шкідливих факторів, навчання,

перенавчання, працевлаштування, використання залишкової працездатності хворого шляхом створення спеціальних умов праці на виробництві чи в домашніх умовах.

Якщо розглядати систему реабілітації більш детально, то ранній початок застосовується (при відсутності протипоказань) з метою прискорення видужання хворого, для профілактики різних дегенеративних процесів і виникнення ускладнень, зумовлених тривалим перебуванням хворого в ліжку. Разом з тим, реабілітаційні заходи не рекомендується застосовувати при тяжкому стані хворого, високій температурі, вираженій інтоксикації, вираженій серцево-судинній і легеневій недостатності хворого, різкому пригніченні адаптаційних і компенсаторних механізмів.

Комплексність використання усіх доступних методів передбачає застосування максимальної кількості показаних хворому реабілітаційних засобів, у їх розумному поєднанні. Призначені засоби реабілітації повинні бути доступні хворому як за матеріальним оснащенням, так і не мати протипоказань за урахуванням стану здоров'я хворого.

Індивідуалізація програми реабілітації враховує не тільки причини, які вимагають застосування реабілітаційних заходів, а також індивідуальні особливості хворого: його функціональні можливості, руховий досвід, вік, стать, професію тощо.

Етапність процесу реабілітації передбачає послідовне проходження хворим відповідних етапів реабілітації: від початку виникнення захворювання до кінцевого його наслідку. Кожен з етапів вимагає своїх завдань, методів і засобів для їх вирішення.

Безперервність і наступництво важливе як в межах одного етапу, так і при переведенні до наступних етапів. Процес реабілітації кожного наступного етапу залежить від використаних засобів і наслідків їх застосування на попередньому. На стаціонарному етапі реабілітації переважає медикаментозна терапія, на наступних – її частка зменшується, переважають немедикаментозні методи лікування.

Соціальна спрямованість реабілітаційних заходів є оптимальним кінцевим етапом реабілітації і передбачає повне відновлення здоров'я і повернення хворого до попередньої професійної діяльності.

Використання методів контролю адекватності навантажень і ефективності реабілітації необхідне задля досягнення успіху, а саме дуже важливим є облік характеру і особливостей відновлення порушених при тому чи іншому захворюванні функцій. Для призначення адекватного комплексного диференційованого відновного лікування необхідна правильна оцінка стану хворого за рядом параметрів, які характеризують те чи інше захворювання. Ефективність реабілітації оцінюється за динамікою останніх.

Методи діагностики і контролю поділяються на наступні види:

- медична діагностика – здійснюється лікарем і включає опитування, анамнез, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, клінічні методи і дані лабораторних методів дослідження;
- функціональна діагностика;
- психодіагностика (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Класифікація методів діагностики і контролю

Таким чином, основа реабілітації включає в себе дуже багато різнонаправлених чинників, що у своїй сукупності призводять до відновлення організму хворого вцілому. Тобто реабілітація є складним багатофакторним процесом, який містить медичну, фізичну, психологічну, соціальну, професійну, економічну, педагогічну, спортивну, побутову, технічну, оздоровчу та правову основи. Тільки комплексний підхід і безперервність застосування усіх складових гарантують досягнення саме тих

цілей та результатів, які заплановані командою лікарів та супутніх фахівців, і принесуть хворому максимальне відновлення та адаптацію до життя в суспільстві.

2.2. Історія розвитку реабілітації в Україні і світі

Реабілітація як надійний, перевірений століттями метод відновлення здоров'я людини застосовувалася ще у стародавні часи – у рукописах, написаних в Китаї та Індії ще за 3000–2000 років до нашої ери, викладені техніки використання масажу, дихальних вправ, пасивних рухів під час захворювань внутрішніх органів людини або її опорно-рухового апарату. В стародавній Греції вони розглядались як обов'язковий компонент профілактично-лікувальної медицини. Творцем медичної гімнастики вважають Геродікуса (484–425 рр. до н.е.), який лікував хворих дозованими пішохідними прогулянками, бігом, гімнастикою, масажем. Видатний лікар Гіппократ (459–377 рр. до н.е.), якого називають батьком медицини, докладно описав дію фізичних вправ, методику застосування їх під час захворювань легень, серця, обміну речовин, у хірургії, почав використовувати масаж як лікувальний засіб. У системі фізичного виховання греків зароджується спортивний масаж. Римська медицина також внесла вагомий доробок у вдосконалення методики лікувальної гімнастики та масажу і поширення їх застосування. Лікар Целій призначав фізичні вправи і масаж при паралічах, використовуючи апарати, які стали прообразом блокових апаратів у механотерапії. Відомий лікар школи гладіаторів Гален (131–210 рр. н.е.) виклав методику лікувальної гімнастики у поєднанні з масажем при захворюваннях і травмах м'язової системи, заклав основи динамічної анатомії, вперше ввів працетерапію. Римляни широко використовували водолікування, будуючи комфортабельні лазні (терми) з басейнами та ваннами. В VI сторіччі, у Китаї вперше у світі був створений державний медичний інститут, у якому студентам, як обов'язкова

дисципліна, викладався лікувальний масаж. В усіх провінціях держави існували лікарсько-гімнастичні школи, де готували лікарів-«таосе», які використовували масаж та лікарську гімнастику.

В наступних сторіччях, у зв'язку із загальним занепадом природознавчих наук, відомостей про застосування фізичних вправ у лікарській практиці немає. І тільки в XI сторіччі найвизначніший лікар і філософ Сходу Абу-Алі Ібн Сіна (Авіценна, 980–1037 рр.) знову почав вивчати вплив фізичних вправ на здоров'я людини. Він класифікував їх з медичної точки зору, наполягав на застосуванні їх людьми різного віку і довів, що особа, яка займається фізичними вправами, дотримується гігієнічних вимог стосовно харчування та сну і загартована, не потребує ніякого лікування. Епоха Відродження характерна розвитком біологічних наук. Серед чисельних робіт того часу відзначається трактат італійського вченого Меркуріалюса «Мистецтво гімнастики», у якому він розглядав фізичні вправи як частину медицини і поділяв гімнастику на три види: істинну (лікувальну), військову і неправдиву (атлетичну). Він поглибив уявлення про лікувальну дію масажу, описав нові прийоми. У XVIII сторіччі видаються значні роботи Фуллера «Медична гімнастика» (1750), Ф. Гофмана «Трактат з ортопедії» (1771) і Ж. Тіссо «Медична та хірургічна гімнастика» (1780). Останньому належить відомий вислів: «Рух, як такий, здатний своєю дією замінити будь-який засіб, але усі лікувальні засоби світу не здатні замінити дію руху» [22].

XIX сторіччя відзначилось становленням шведської системи лікарської гімнастики П. Лінга (1776–1839), який заснував у 1813 р. в Стокгольмі перший в Європі інститут гімнастики і масажу, де готувались педагоги фізичного виховання та медики-керівники з лікарської гімнастики. Змістом системи було лікування захворювань, переважно опорно-рухового апарату, з допомогою суворо обмежених, дозованих рухів. Однак за механістичний, вузько біологічний, одноманітний характер рухів, за невикористання природних вправ спорту та ігор, особливо під час лікування дітей, її суттєво

критикував П.Ф. Лесгафт (1837–1909), який є засновником наукової системи фізичного виховання та динамічної анатомії. У 1905 році в Петербурзі він організував курси керівників фізичного виховання. Це був перший російський навчальний заклад, у якому готувались кадри викладачів фізичної культури, а після 1917 р. на основі курсів був створений інститут фізичної культури, що носить його ім'я. Цей напрям швидко розвивався – перший кабінет лікувальної гімнастики був відкритий Манділені у 1830 р. у Москві, а в 1838 р. розпочалась підготовка фахівців з лікарської гімнастики в заснованому ним Ортопедичному інституті. Вагомий внесок у розвиток реабілітації, а саме в розробку і обґрунтування лікарської гімнастики, масажу, працетерапії та водолікування зробили засновники терапевтичної та хірургічної шкіл М.Я. Мудров, М.І. Пирогов та їх послідовники: С.П.Боткін, В.А. Манасеїн, П.І. Дьяконов та ін. У 1870 р. в Петербурзі було засноване перше в Європі лікарсько-гімнастичне товариство, а у 1878 році – перша на континенті поліклініка для лікування поранених солдат лікувальною гімнастикою. У 1887р. у Петроградському інституті підвищення кваліфікації лікарів відкривається курс, а згодом і кафедра фізичних методів лікування та нелікарської терапії, яку очолив проф. В.А. Штанге – видатний вчений, автор відомої функціональної проби з затримкою дихання. М.К. Барсов у Москві створює масажно-гімнастичний інститут і започатковує курси з масажу, а в Одесі Ф. Гребнер – інститут механотерапії і лікарської гімнастики.

Наприкінці XIX і на початку XX сторіччя в Європі з'являються системи гімнастики, які застосовувались для лікування багатьох різноманітних захворювань. Швед Бранд у 1864 р. запропонував систему лікувальної гімнастики та масажу для лікування гінекологічних захворювань. Мюнхенський професор Ертель (1881) розробив метод лікування хвороб серцево-судинної системи шляхом сходження у гірській місцевості (теренкур), а швейцарець Френкель у 1889 р. – компенсаційну гімнастику для лікування захворювань нервової системи. Видатний російський хірург П.І. Дьяконов вперше у світі впровадив у 1896 р. методику ранніх рухів та

раннього вставання після операцій. У 1903 році А.О. Щербак розробив методику сегментарно-рефлекторного масажу. Зінгер і Гофбауер (1910) застосували лікувальну гімнастику під час захворювань дихальної системи, а Клапп (1927) розробив методику коригувальних вправ при викривленнях хребта. На початку ХХ сторіччя як медична наука формується фізіотерапія, і в 1905 р. у Франції в Льєже відбувся медичний конгрес фізіотерапевтів. У медицині до осіб із фізичними обмеженнями термін «реабілітація» почали вживати з 1918 р., коли в Нью-Йорку організували Інститут Червоного Хреста для інвалідів [27].

В Україні лікарі Харківського медико-механічного інституту А.Н. Гейманович, В.Д. Чаклін, Ф.В. Лукашевич та ін. під керівництвом М.І. Ситенко, ґрунтуючись на досвіді лікування фізичними вправами разом з фізіотерапією та працетерапією, спираючись на застосуванні цих методик на 3892 хворих з промисловими та військовими травмами протягом 1910–1916 рр. започаткували методику сучасного лікування травм фізичними методами. У 1921 р. М.І. Ситенко у Харкові відкрив перший у країні дитячий ортопедичний профілакторій, де широко використовувались фізичні методи лікування. Вагомий внесок в теорію і практику відновлюючих методів лікування внесли український професор В.К. Крамаренко, який видав «Посібник з масажу і лікарської гімнастики» у 1911 р., та співпрацівники інституту фізичних методів лікування у Севастополі. Інститут був заснований земством у 1914 р., і головним завданням його було лікування інвалідів Першої світової війни. В той же час і в Англії теж вирішувалось питання відновлення здоров'я та працездатності інвалідів Першої світової війни. Для цього створили спеціальні ортопедичні шпиталі, в яких провідним методом лікування була працетерапія. Подібні лікувальні заклади виникають також у Франції і США. Заслуговує на увагу досвід американця Макензі, котрий, застосовуючи спорт і лікувальну гімнастику, повертав для продовження військової служби до 50 % інвалідів, які підлягали звільненню з армії. Методи лікування у названих медичних закладах та Харківському

медико-механічному інституті заклали основу сучасної системи відновного лікування [22].

У післявоєнні роки розширилось застосування лікувальної фізичної культури під час таких захворювань як інфаркт міокарду, оперативних втручаннях на серці, легенях, судинах, мозку, опіковій хворобі. У 1950 р. створюються лікарсько-фізкультурні диспансери. Теорія збагачується працями професорів В.М. Мошкова, С.М. Іванова, В.Є. Васильєвої, С.М. Попова, С.В. Хрушова, Д.А. Винокурова, О.Г. Дембо, В.К. Добровольського, В.П. Правосудова, А.Є.Штеренгерца (Одеса), В.М. Максимової (Харків), Т.О. Третілової (Львів), О.В. Кочаровської, В.Т. Стовбуна, Г.Й. Красносельського (Київ). Останній заснував аспірантуру з лікувальної фізичної культури і лікарського контролю у Київському медінституті, очолив створене у 1959р. в Україні науково-методичне товариство з лікарського контролю та лікувальної фізичної культури. Професор Г.Й. Красносельський підготував багато науковців з цього фаху. Найяскравішими серед них є організатор Київського науково-дослідного інституту медичних проблем фізичної культури проф. І.В. Мурашов та Заслужений працівник вищої школи України проф. Г.В. Полесья. Під її керівництвом було підготовлено близько тридцяти кандидатів наук з лікувальної фізичної культури у Київському інституті фізичної культури.

«Травматична епідемія», якою за образним висловом М.І. Пирогова є війна, породила після Другої світової війни небувалу в історії людства кількість інвалідів, яких треба було не лише лікувати, а й відновлювати до праці чи самообслуговування, і тим самим не викреслювати їх з життя суспільства, за яке вони віддали здоров'я. Ці обставини призвели до створення нового напрямку у відновному процесі – реабілітації, яка крім власне медичних методів, використовувала суспільні та соціально-економічні заходи.

Сам термін «реабілітація» вперше застосував Ф.Й. Ріттер фон Бус у 1903 р. стосовно до відновлення здоров'я та пристосування до життя осіб з

фізичними каліцтвами. У 1950 році питання реабілітації розглядається в Організації Об'єднаних Націй (ООН). У 1958 році відбулось перше засідання Комітету експертів Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) з медичної реабілітації, на якому було наголошено про необхідність застосування реабілітації для зменшення негативних фізичних, психічних і соціальних захворювань. У США, Англії, Франції, Канаді та колишніх НДР і ПНР організуються реабілітаційні центри, де з лікарями і спеціалістами з лікувальної фізичної культури та фізіотерапевтами працюють психологи, інструктори з професійної підготовки, педагоги, соціологи, юристи. Реабілітація відчутно скоротила терміни лікування, сприяла поверненню хворих до активного життя, зменшила кількість і розміри допомог у зв'язку з інвалідністю, в результаті відновлення працездатності частини хворих.

Реабілітація набула всесвітнього визнання, і в 1960 р. утворилась міжнародна організація з реабілітації інвалідів, яка охопила біля 60 країн з усіх континентів. Вона співпрацює з ООН, ВООЗ, Всесвітньою організацією праці (ВОП). Реабілітацію починають викладати у вищих медичних закладах. Варшавська медична академія одна з перших у світі відкрила в 1961 р. кафедру і клініку реабілітації. Спеціалістів-реабілітологів середньої ланки стали готувати в Англії, Данії та інших країнах. У республіках колишнього СРСР, у тому числі і в Україні, було чимало зроблено з відновного лікування, організації роботи та допомоги інвалідам і немічним. Робота велась на державному рівні під безпосереднім керівництвом Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення. Профільні науково-дослідні інститути розробляли питання експертизи працездатності і організації праці інвалідів, протезування та протезобудування. У Києві був відкритий унікальний академічний інститут геронтології, найавторитетніший заклад у світі з вивчення проблем старіння та лікування осіб похилого та старечого віку. Для інвалідів війни і праці були створені шпиталі, школи для дітей-калік, будинки-інтернати, спеціалізовані санаторії, протезні заводи, готувались кадри для роботи в цих закладах. Держава навчала і надавала посильну

роботу сліпим, глухонімих та іншим особам з вродженими чи набутими дефектами. У 1966 році приймається рішення про організацію великих відновних центрів для лікування хворих з травматолого-ортопедичними, нейрохірургічними та неврологічними захворюваннями. Під Києвом у 1970 році відкривається спеціалізований санаторій для реабілітації хворих, прооперованих на серце, де через 15–30 днів після операції проводився 30–50 денний курс відновного лікування. Станом на перше січня 1989 року реабілітацію в ньому пройшло 19827 хворих і позитивний результат був досягнутий у 93,7 відсотків [22].

В Україні в 1971 році відбувся пленум товариства терапевтів республіки, присвячений питанням реабілітації хворих з серцево-судинними захворюваннями. Академік ММ Амосов та проф. Я А Вендет (1969) після операцій на серці, проф. В.М. Дзяк (1970) при серцево-судинній патології, проф. Г.В. Карепов (1985) при травмах спинного мозку – розробляють методи реабілітації цих хворих. Напрацьовуються санаторні засоби реабілітації у санаторіях України. У Києві в 1969 році відкривається науково-дослідний Інститут медичних проблем фізичної культури, який проіснував до 1986 року, а в 1993 році відновлений та реорганізований у Державний науково-дослідний Інститут проблем фізичної культури і спорту. У Київському Інституті удосконалення лікарів відкривається кафедра фізичної реабілітації і мануальної терапії (зав проф. Л.Є. Пелех), а в областях – реабілітаційні лікарні, центри та відділення. Уже з 1991 року законом «Про основи соціальної захищеності інвалідів» питання реабілітації інвалідів в Україні почало вирішуватись на законодавчому рівні. Постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.1992 року було затверджено «Положення про медико-соціальну експертизу. У положенні зазначено, що «медико-соціальна експертиза виявляє компенсаторно-адаптаційні можливості осіб, реалізація яких сприятиме функціональній, соціальній, психологічній реабілітації інваліда». Положенням введені посади спеціаліста з медико-соціальної реабілітації до складу міських, міжрайонних, районних медико-соціальних

експертних комісій, а також Кримської та центральних міських комісій міст Києва та Севастополя. Важливим документом, у якому набула подальшого розвитку концепція реабілітації інвалідів, є Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.92 р. № 83 [28].

Важливим заходом для подальшого розвитку лікувальної фізичної культури, в цілому реабілітації в Україні, підготовки висококваліфікованих фахівців було створення в 1994 році спеціалізованої Ради з захисту докторських дисертацій (проф. В.В. Клапчук) у Дніпропетровській державній медичній академії і заснування журналу «Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія». В 1992 році створюється Національний комітет спорту Інвалідів України, а через рік в усіх областях нашої країни було організовано центри інваспорту, де мають можливість тренуватися 9,1 тисячі спортсменів-інвалідів 27-ма видами спорту. У 1996 році команда спортсменів-інвалідів України вперше взяла участь у X Параолімпійських Іграх в Атланті та здобула одну золоту, чотири срібних та три бронзових медалі. Це свідчить про високу ефективність роботи спеціалістів, що здійснювали реабілітацію, талант тренерів і мужність спортсменів, які подолали вкорінені стереотипи про нездатність інвалідів займатися спортом. У 1994 році в Українському державному університеті фізичного виховання і спорту та фізкультурних інститутах України, кафедри лікувальної фізичної культури і лікарського контролю реорганізуються в кафедри фізичної реабілітації, де здійснюється навчання студентів з цієї дисципліни. Це зроблено з метою вдосконалення системи освіти з фізичного виховання і спорту, приведення її у відповідність до міжнародних стандартів освіти та класифікатора спеціальностей, сучасних потреб суспільства у спеціалістах з фізичної реабілітації та інваспорту. У 1997 р у Львівському інституті фізичної культури розробляється кваліфікаційна характеристика професії «Фахівець фізичної реабілітації». Через рік до класифікатора спеціальностей в Україні було внесено запис «Фахівець з фізичної реабілітації». Таким

чином, фахівець з фізичної реабілітації з вищою фізкультурною освітою набув державного статусу [22]. За останні роки в Україні почали функціонувати такі заклади фізичної реабілітації як Центр фізичної реабілітації INNOVO, Центр фізичної реабілітації «Формула руху», Навчально-реабілітаційний центр «Джерело», Дитячий реабілітаційний центр «Сонячне світло», реабілітаційний центр «Еліта» та інші. З 2007 року почала діяти Українська асоціація фахівців фізичної реабілітації. У вересні 2007 року зусиллями Львівської Асоціації фахівців фізичної реабілітації було проведено установчі збори Української Асоціації фахівців фізичної реабілітації (УАФФР), на яких були присутні представники осередків із 15 областей України. У квітні 2008 року Львівська обласна та Українська Асоціації фахівців фізичної реабілітації спільно провели перші загальні збори УАФФР, у роботі яких узяли участь делегати з 14 областей України та численні гості (33 особи). Збори ухвалили наступне: розробити стандарти професійної діяльності фахівців фізичної реабілітації України; подати звернення до міністерств із проханням долучитися Асоціації ФФР до розробки нормативно-правових документів реабілітації в Україні; опрацювати проект етичного кодексу, внести пропозиції і поправки, та розглянути його на наступних зборах. З метою подальшого розвитку УАФФР вступила до Всеукраїнського громадського соціально-політичного об'єднання «Національна асамблея інвалідів України», яке гуртує громадські організації, членами яких є інваліди, узгоджує дії та консолідує їхні зусилля, спрямовані на поліпшення становища інвалідів в Україні. Асоціація також має намір стати повноправним членом Світової конфедерації фізіотерапії із метою заручитися підтримкою професійної спільноти для формування та становлення професії фахівця фізичної реабілітації в Україні [29].

2.3. Здобутки і проблеми реабілітації в Україні

Реабілітація в Україні розвивається і поглиблюється, всупереч об'єктивним обставинам, які впливають не найбільш сприятливим чином не тільки на розвиток самої реабілітації, але і на стан нашої країни загалом – епідемія світового рівня COVID-19, широкомасштабна війна, яку розв'язала Російська Федерація проти України. Але прогрес бере своє, незважаючи на складнощі. Підтвердженням тому є Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю, яка відбулася 23–24 вересня 2021 року в Тернопільському національному медичному університеті імені І. Горбачевського і мала назву «Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги». У науковому зібранні взяли участь провідні фахівці з різних куточків України та світу, зокрема з Києва, Львова, Краматорська, Вінниці, Чернівців, Івано-Франківська, Дніпра, Полтави, Сум та з міст Познань і Біла Підляска (Польща) [30].

Професор Ігор Місула детально проаналізував роль програми Еразмус+ у запровадженні європейських стандартів підготовки магістрів фізичної терапії в Україні і зазначив, що сьогодні в Україні здійснюється реформування системи реабілітації, яка вимагає якісної підготовки високопрофесійних кадрів. Програма Європейського Союзу Еразмус+ «Innovative Rehabilitation Education – Introduction of new master degree programs in Ukraine 2018-2021» РЕНАВ дає можливість забезпечити вирішення цієї проблеми. На цій конференції були також розглянуті здобутки і проблеми реформування реабілітації в Україні в цілому, проблеми нейрореабілітації, реабілітації пацієнтів з COVID-19, допомога дітям з церебральними паралічами, пацієнтам з суглобовим синдромом, інфарктом міокарду, онкохворим та ін. Крім того, доповідь зробив директор Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» професор Олег Панченко, в якій докладно проаналізував

клінічну реабілітацію в умовах інформаційно-психологічної війни і звернув увагу слухачів на те, що ковідна пандемія, вимушена ізоляція, військовий конфлікт, складна економіко-політична ситуація поставили перед наявною системою реабілітаційних послуг нові завдання щодо надання медичної, психологічної та соціальної допомоги, направленої на зміцнення стресостійкості та підвищення якості життєдіяльності громадян [30].

Значний вклад у загальну справу розвитку та реформування реабілітації вносять вищі учбові заклади України, які пропонують абітурієнтам освіту в напрямку реабілітації на бакалаврському і магістерському рівнях по таких спеціальностях, як, наприклад, «Соціально-психологічна реабілітація», «Соціальна робота», «Фізична терапія», «Ерготерапія» та ін. Наприклад, Національний університет фізичного виховання і спорту України керується фаховими компетенціями відповідно до сучасних вимог, які сформовані згідно рекомендацій «Policy Statements» від World Confederation for Physical Therapy (WCPT) та «Мінімальними Стандартами Освіти Ерготерапевтів» від Всесвітньої Федерації Ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists' (WFOT) Minimum Standards for Education of Occupational Therapists) і у тісному партнерстві з програмою Еразмус+ «Інноваційна реабілітаційна освіта – впровадження нових магістерських програм в Україні (REHAB)». Діють програми кредитної мобільності, що дає змогу студентам отримувати знання від іноземних лекторів та здійснювати навчальні практичні поїздки для обміну досвідом. Всі ці заходи сприяють отриманню студентами знань світового рівня та можливості виступати кваліфікованими фахівцями напряму «реабілітація», надаючи якісні і професійні послуги суспільству України [31].

Держава безупинно продовжує працювати в напрямку покращення стану реабілітації в Україні. 19 січня 2022 року Кабінет Міністрів України Постановою № 31 і у відповідності до частини четвертої статті 25 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» затвердив порядок здійснення реабілітаційних заходів особам з інвалідністю, а саме систему

медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, якими здійснюється комплексна реабілітація отримувачів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, заходів з реабілітації у сфері охорони здоров'я [32]. Для отримання послуг отримувачу або його законному представнику необхідно звернутись до органу сільської, селищної, міської ради відповідної територіальної громади або центру надання адміністративних послуг (в містах обласного значення слід звернутися до територіального управління соціального захисту населення) та подати заяву про отримання комплексних реабілітаційних послуг (за формою, затвердженою Мінсоцполітики і розміщеною на офіційному сайті Верховної ради України) [33]. Отримувачі мають право вільного вибору закладу для проходження реабілітації із числа державних закладів, комунальних закладів, реабілітаційних закладів приватної форми власності (крім закладів, розташованих у населених пунктах, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження). Переліки послуг, що надаються за рахунок бюджетних коштів особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю з порушенням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю з інтелектуальними та психічними порушеннями, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю по слуху та/або по зору, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю з порушенням внутрішніх органів, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю з онкологічними захворюваннями, визначено в додатках 1-6 до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686. Держава безперервно оновлює та розміщує на своїх офіційних сторінках перелік реабілітаційних установ і закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації – наприклад, на сайті Фонду соціального захисту осіб з

інвалідністю [34]. Фонд соціального страхування України на своїх сторінках надає інформацію про перелік санаторно-курортних закладів у розрізі профілів медичної реабілітації [35]. Реабілітаційні установи залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони здійснюють, бувають таких типів реабілітації: медичної, медико-соціальної, соціальної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної і змішаного типу.

Не зважаючи на воєнні дії на території України, та погіршення соціально-побутових умов дітей із труднощами в розвитку, осіб з інвалідністю, особливо внутрішньо переміщених осіб, держава продовжує своє піклування, особливу увагу приділяючи дітям, що обумовлено Порядком використання коштів, передбачених у державному бюджеті і затверджено згідно постанові Кабінету Міністрів України від 27.03.2019 № 309. Якщо стисло розглянути систему реабілітаційних закладів для дітей та молоді з інвалідністю, то вона складається з:

- органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів;
- реабілітаційних установ для молоді з інвалідністю, дітей-інвалідів незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- будинків дитини – дошкільних навчальних закладів для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку віком до 4 років;
- спеціальних та санаторних дошкільних навчальних закладів (ясла-садки) компенсуючого типу для дітей віком від 2 до 7–8 років, які потребують корекції фізичного та розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації;
- дошкільних навчальних закладів (ясла-садки) комбінованого типу для дітей віком від 2 місяців до 6–7 років, у складі яких можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їх розумового, психологічного, фізичного розвитку;

- дошкільних навчальних закладів (центри розвитку дитини) системи освіти, в яких забезпечуються фізичний, розумовий і психологічний розвиток, корекція психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші навчальні заклади чи виховуються вдома;
- спеціальних загальноосвітніх шкіл (школи-інтернати), це загальноосвітні навчальні заклади системи освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та розумового розвитку;
- загальноосвітніх санаторних шкіл (школи-інтернати), це загальноосвітні навчальні заклади I-III ступенів з відповідним профілем системи освіти для дітей, які потребують тривалого лікування;
- навчальних закладів, які належать до сфери управління центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування та реалізують державну політику у сферах трудових відносин, соціального захисту населення;
- установ соціального обслуговування інвалідів, дітей-інвалідів;
- санаторно-курортних установ, які належать до сфери управління центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування та реалізують державну політику у сферах трудових відносин, соціального захисту населення;
- протезно-ортопедичних підприємств;
- установ культури, санаторно-курортних та оздоровчих закладів громадських організацій інвалідів;
- академічних та галузевих науково-дослідних, науково-методичних установ, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації інвалідів.

В інтерв'ю «Українській Правді» від 05 червня 2022 року Національна служба здоров'я України дала додаткові пояснення, що входить до переліку безкоштовних послуг реабілітації, а саме, що у програму медичних гарантій входять реабілітаційні послуги для дорослих і дітей з ураженням опорно-рухового апарату та нервової системи і складаються з проведення

первинного обстеження мультидисциплінарною реабілітаційною командою за міжнародними стандартами; встановлення діагнозу та складання індивідуального плану лікування; реабілітацію та моніторинг стану пацієнта; виконання лабораторних та інструментальних досліджень (аналізи крові, сечі, тощо) безпосередньо в закладі; консультації відповідних фахівців (невропатолога, ЛОРа тощо); оцінювання болю та своєчасне знеболення ненаркотичними препаратами на всіх етапах допомоги; психологічний супровід пацієнтів, що отримали травмування, зокрема, внаслідок воєнних дій; навчання рідних догляду за пацієнтом; у разі надання допомоги в стаціонарі пацієнтам також надається харчування та цілодобовий медсестринський нагляд (рис. 2.5).

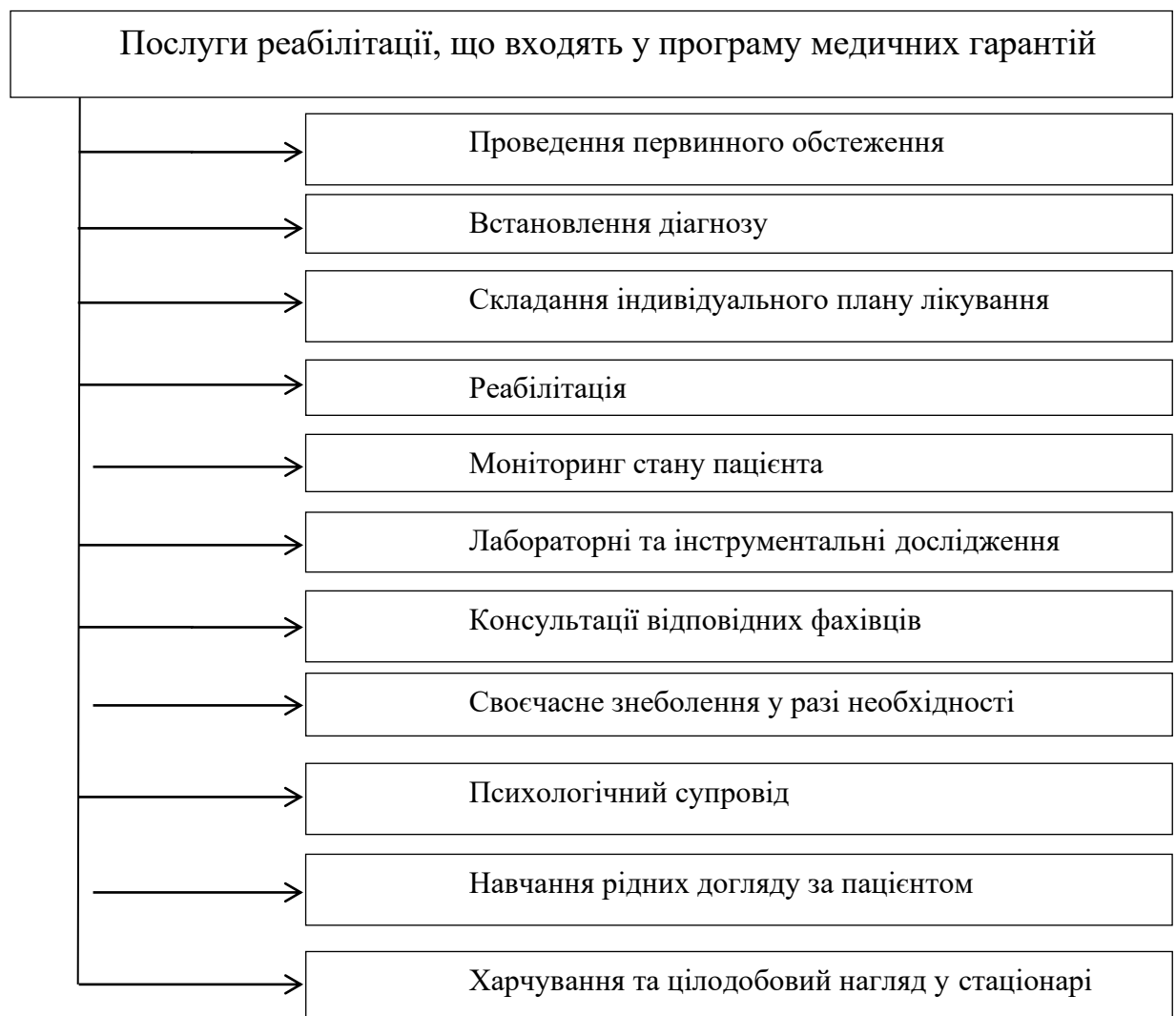


Рис. 2.5. Програма медичних гарантій: реабілітаційні послуги

Стосовно проблем, які існують в системі реабілітації України в наш час, то наразі виникли виклики, зумовлені страшною навалою Російської Федерації по всіх рубежах східної та південної частин нашої країни. Повномасштабна війна спричинила збільшення в рази військовопов'язаних з пораненнями різного ступеню важкості, отриманими під час ведення ними бойових дій, які крім фізичної та соціально-побутової реабілітації не в меншій мірі потребують психологічного відновлення. Психологічної реабілітації також потребує і цивільне населення, яке не постраждало фізично, але зазнало важких психологічних перевантажень, що вкрай негативно відображається на загальному стані здоров'я, набутті стресових розладів, порушенні соціальної адаптації та ін. Тому першочерговим і дуже важливим кроком є складання мультидисциплінарною командою індивідуального реабілітаційного плану, що містить загальні мету та завдання реабілітації з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення, визначення переліку необхідних реабілітаційних заходів, кількісних потреб у фахівцях з реабілітації, потреб у реабілітаційному та іншому обладнанні, можливих потреб у продовженні надання реабілітаційної допомоги в іншому реабілітаційному закладі відповідно до рівня функціональних обмежень, а також можливостей, побажань, очікувань і прагнень особи, яка потребує реабілітації. Після затвердження індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець з реабілітації в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає власну програму терапії, реалізує та оцінює її ефективність. З складовими саме психологічної допомоги в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, до якої належать лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації та асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів, можна ознайомитися в Законі України від 03.12.2020 № 1053-IX та розглянути й оцінити їх на запропонованій нижче схемі (рис. 2.6).

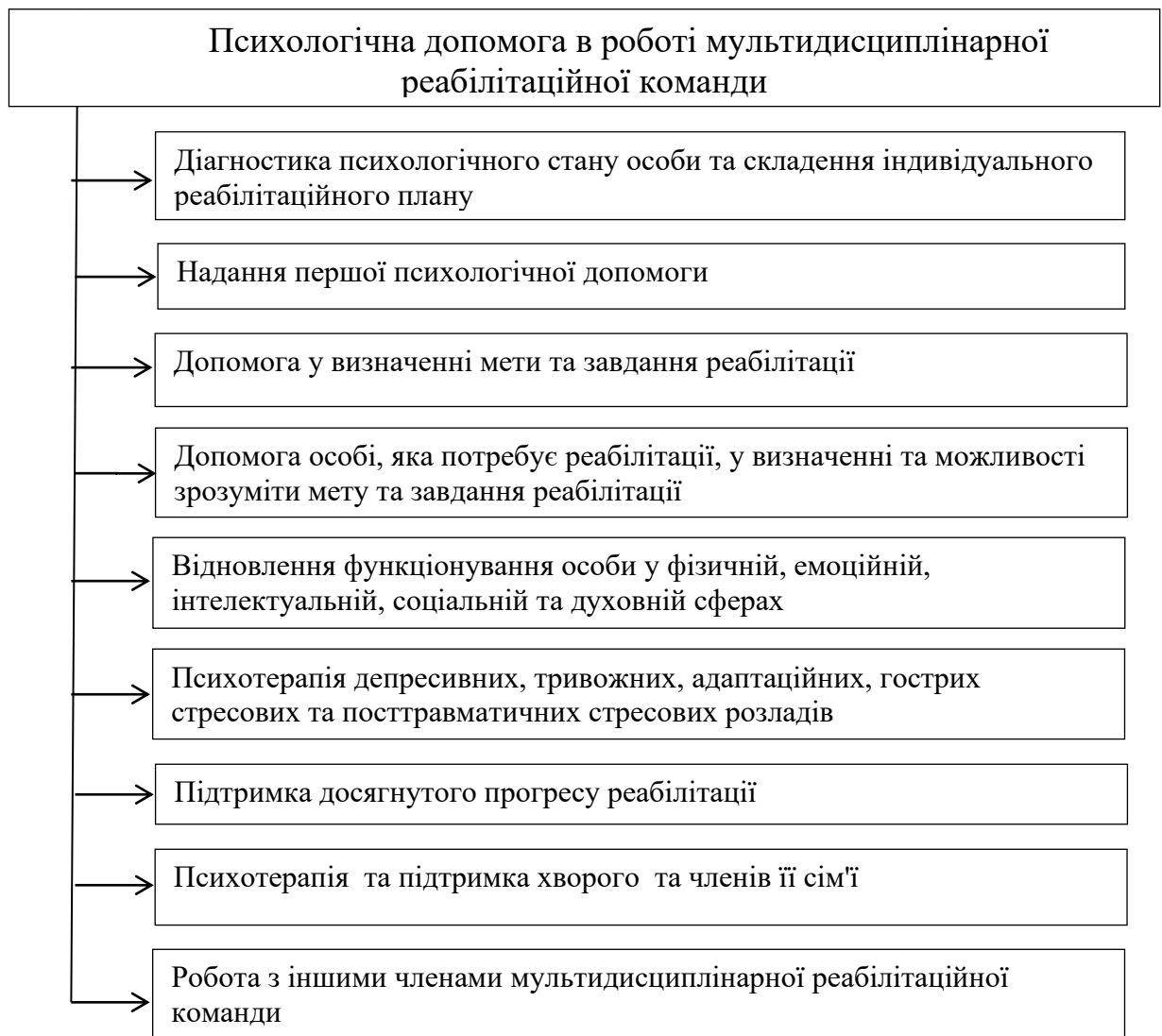


Рис. 2.6. Складові психологічної допомоги в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди

У відповідь на виклики сьогодення в Україні приймаються додаткові нормативно-правові акти [36, 19, 37, 38, 39], розробляються і впроваджуються нові ініціативи та створюються благодійні проекти, наприклад, благодійний проєкт для реабілітації постраждалих від війни «Понад усе», проєкт «Важливо, як ніколи» та ін. За ініціативою першої леді України Олени Зеленської Міністерство охорони здоров'я разом із національними та міжнародними експертами впроваджує в українську систему охорони здоров'я Міжнародну класифікацію функціонування (МКФ) як національний

класифікатор. МОЗ разом із Національною службою здоров'я України (ДП «Електронне здоров'я») за підтримки експертів, що є представниками професійних реабілітаційних спільнот, займається розробкою програмного забезпечення, що дасть змогу запровадити МКФ та електронний документ «Індивідуальний реабілітаційний план» у центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я. За словами радника – уповноваженої Президента України з питань безбар'єрності Тетяни Ломакіної, коли людина проходить через кризовий стан, наприклад інсульт або важке травмування, її відновлення має починатися з перших годин. Вона сказала: «Ми маємо вимірювати не те, що втрачено, а потенціал для відновлення. Тобто ми дивимося на людину з погляду того, що вона може зараз та зможе з часом. Це революційна відмінність від того, як ми дивилися раніше на реабілітацію та інвалідність загалом. І МКФ – це саме такий інструмент, який дасть нам змогу бачити не втрачені можливості, а перспективу та забезпечувати всі можливості для цієї перспективи. Саме тому запровадження МКФ таке важливе сьогодні для переходу до сучасного й прогресивного погляду на реабілітацію, що давно практикується в усьому світі» [18].

Підсумовуючи вищенаведене, можна стверджувати, що Україна на даний час має як суттєві досягнення у сфері реабілітації, так і великі виклики, що потребують послідовних зусиль задля їх подолання, відповідного фінансування, забезпечення достатньою кількістю фахівців належного рівня, вдосконалення нормативно-правової бази тощо. Одним із важливих напрямів в системі реабілітації, яким повинна опікуватися держава, є формування в суспільстві правильного ставлення до осіб з обмеженими можливостями, починаючи з цілеспрямованого виховання малечі у дитячих садках, школах, інших закладах освіти і закінчуючи забезпеченням для таких осіб вільного доступу у будь-яку державну установу (або інший заклад – магазин, аптеку, кінотеатр тощо), надання в повному обсязі відновлювальними заходами та засобами, тощо.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ В СФЕРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1. Проблеми реабілітації в Україні у воєнний та післявоєнний період

Розвиток українського суспільства відбувається в складних соціально-економічних умовах, які впливають не лише на рівень життя, а й на психічне здоров'я і емоційний стан його громадян. В результаті проведення на території України антитерористичної операції, яка за своєю масштабністю та людськими втратами прирівнюється до справжньої війни, а згодом і повномасштабного наступу Російської Федерації, виникла ситуація постійної напруги, тривоги і фрустрації. Складність цієї ситуації спричинена тим, що воїни не завжди встигають адаптуватись психологічно та емоційно до умов нечесної загарбницької війни, насилля та смерті. Ці та інші чинники, як і сама ситуація війни, призвели до того, що більшість бійців, котрі знаходяться у зоні повномасштабних бойових дій або повертаються додому, отримують на передовій травматичний стрес, який безпосередньо впливає на особистість військовослужбовців, ускладнює, а іноді унеможлиблює, здійснення нормальної життєдіяльності. Щодо картини загальної захворюваності військовослужбовців, то вона відрізняється в залежності від оціночних критеріїв. Статистичні дані щодо первинних звернень військовослужбовців за контрактом, їх летальності та звільнення з лав Збройних Сил України (дані 2020 року) відрізняються за структурою, що можна побачити у наведених нижче табл. 3.1 – табл. 3.3 [40].

Як бачимо, розлади психіки та поведінки стоять на першому місці в структурі звільнень з військової служби, що вимагає цільової уваги до даної проблеми. Це, в свою чергу, призвело до того, що в суспільстві постала нагальна проблема діагностики, корекції та психологічної допомоги бійцям,

що пережили емоційні потрясіння та характеризуються яскраво вираженими ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – порушення психічного стану, що може розвинутися після травматичної події [41]. Були розроблені моделі оптимізації надання психіатричної допомоги учасникам бойових дій на етапах медичної евакуації [42], що відображено на рис. 3.1.

Таблиця 3.1

**Структура первинних звернень військовослужбовців ЗС України
за контрактом у 2020 р.**

Клас	Абс.	%
Хвороби органів дихання	55 792	41
Хвороби органів травлення	15 357	11
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	11 364	9
Хвороби системи кровообігу	10 214	8
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	9 518	7
Інші	32 441	24

Таблиця 3.2

**Структура летальності серед військовослужбовців ЗС України
за контрактом у 2020 р.**

Клас	Абс.	%
Хвороби системи кровообігу	68	42
Травми, отруєння тощо	52	32
Хвороби органів травлення	12	7
Новоутворення	12	7
Інші	20	12

Таблиця 3.3

**Структура звільнень з військової служби за станом здоров'я
військовослужбовців ЗС України за контрактом у 2020 р.**

Клас	Абс.	%
Розлади психіки та поведінки	245	22
Хвороби системи кровообігу	205	18
Травми, отруєння тощо	160	14
Інші	508	46



Рис. 3.1. Модель оптимізації системи надання психіатричної допомоги учасникам бойових дій на етапах медичної евакуації

Діяльність військовослужбовців в умовах ведення бойових дій характеризується впливом на психіку різних стресових факторів. Військовослужбовці під час бою відчувають фізіологічний, емоційний і соціальний стрес. Виникнення різного роду психологічних проблем і розладів зумовлене тим, що військовослужбовці перебувають в ситуації, яка безпосередньо загрожує їхньому життю, вони опосередковано переживають смерть та поранення товаришів, психологічна напруга підтримується постійними негативними очікуваннями. Окрім того, військовослужбовці в умовах ведення бойових дій знаходяться в стані психічної депривації, що викликана неможливістю довгий час задовольнити важливі життєві потреби (зміна цивільного життя на воєнне, розлука з близькими тощо). Стан фрустрації може виникнути при зіткненні з об'єктивними непереборними труднощами (наприклад, неможливістю одержати перемогу над супротивником з об'єктивних причин: його кращої технічної оснащеності, рівня підготовки, тощо) або суб'єктивними переживаннями (наприклад, з приводу неможливості побороти ворога, оскільки керівництво не віддає відповідних наказів, та ін.). Для допомоги нашим воїнам українські медики розробили маршрутну карту медико-психологічного обстеження та реабілітації військовослужбовців, зображену на рис. 3.2.

Тривалість впливу, а також психотравмуючий характер цих стресорів призводить до виникнення таких змін у психіці військовослужбовців, які знижують ефективність їх діяльності як в умовах ведення бойових дій, так і мають негативний прояв у мирних умовах, це підтверджує змістовне і глибоке дослідження В. І. Цимбалюка (монографія «Досвід охорони ментального здоров'я та медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах гібридної війни», Київ, 2020). За даними галузевої статистичної звітності за формою 2/МЕД та звітів Центральної військово-лікарської комісії були проаналізовані показники загальної захворюваності військовослужбовців ЗС України з приводу розладів психіки та поведінки (клас V) у динаміці багаторічного спостереження за 2004–2013 роки [42].

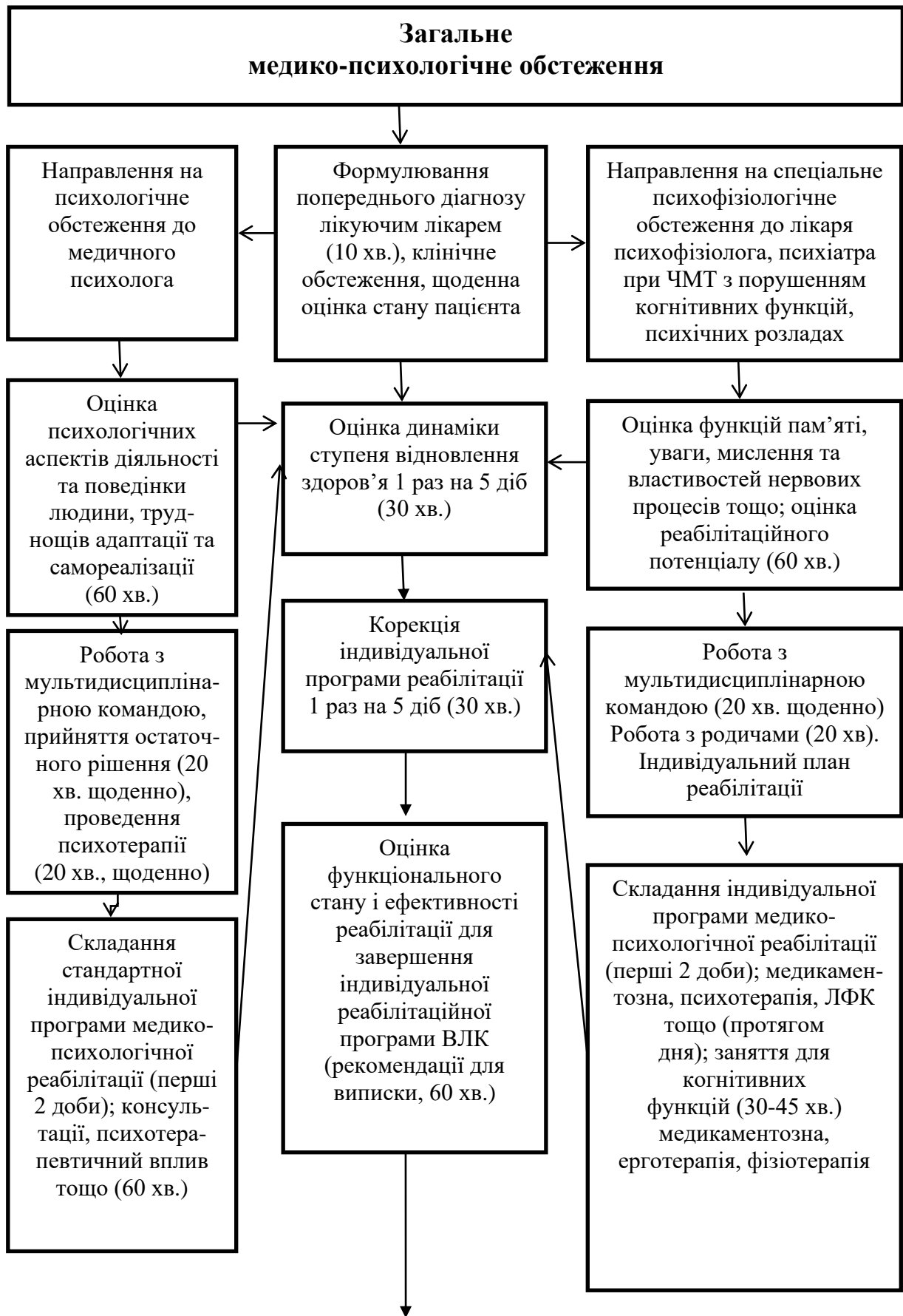


Рис. 3.2. Маршрутна карта медико-психологічного обстеження та реабілітації військовослужбовців

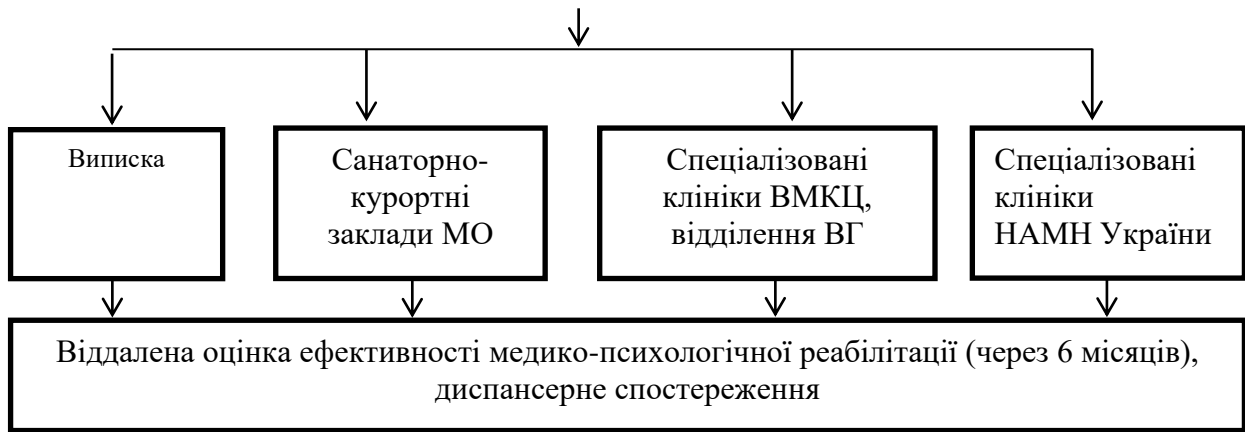


Рис. 3.2 (продовження). Маршрутна карта медико-психологічного обстеження та реабілітації військовослужбовців

У регулярних підрозділах української армії найбільш показове зростання захворюваності з приводу розладів психіки та поведінки відбувалося у період з 2004 по 2007 роки з максимальними значеннями у 2007 році (офіцери – 11,4 ‰, військовослужбовці за контрактом – 7,8 ‰, військовослужбовці строкової служби – 21,8 ‰). У наступні роки захворюваність військовослужбовців строкової служби по V класу хвороб мала тенденцію до зниження з найменшим показником за досліджуваний період у 2011 році – 8,8 ‰ (кількісне та якісне (нозологія хвороби) відображення дивись в табл. 3.4 і табл. 3.5).

У середньому за досліджуваний десятирічний період найвищі показники захворюваності з приводу розладів психіки та поведінки закономірно мали військовослужбовці строкової служби ($14,55 \pm 1,46$ ‰), на другому місці знаходилися офіцери ($6,98 \pm 0,94$ ‰), найнижчу захворюваність мали військовослужбовці за контрактом ($5,86 \pm 0,61$ ‰). Захворюваність на розлади психіки та поведінки у всіх категорій військовослужбовців представлена в основному за рахунок невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів. Найбільше ця патологія переважає у офіцерів – 88,4 % ($6,17 \pm 0,89$ ‰), у військовослужбовців за контрактом вона становить 76,8 % ($4,74 \pm 0,52$ ‰), у військовослужбовців строкової служби – 63,2 % ($9,20 \pm 1,07$ ‰) [42].

Загальна захворюваність офіцерів ЗС України по класу розладів психіки та поведінки в динаміці багаторічного спостереження за період 2004-2013 років (‰)

Найменування хвороб	Код МКХ 10	2004р	2005р	2006р	2007р	2008р	2009р	2010р	2011р	2012р	2013р	Середнє
Клас V Розлади психіки та поведінки	F00-F99	5,6	4,4	9,7	11,4	9,2	11,0	4,9	4,8	4,0	4,9	6,98±0,94
у т.ч: Розлади психіки	F00-F39	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2	0,4	0,1	0,2	0,3	0,2	0,25±0,03
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	F40-F48	5,2	4,1	8,8	10,7	8,2	9,5	4,5	3,5	3,4	3,8	6,17±0,89
Інші синдроми, розлади особисто-соціальної поведінки	F50-F99	0,2	0,1	0,5	0,4	0,8	1,1	0,3	1,1	0,3	0,9	0,56±0,12

Зважаючи на той факт, що багато військовослужбовців виявляються фізично і психологічно неспроможними самостійно повернутися в систему соціальних зв'язків і норм мирного часу, виникає потреба в організації спеціальних умов та заходів з метою психологічного повернення учасників військових конфліктів до мирного життя. В умовах постійного зростання числа учасників бойових дій проведення комплексу заходів з відновлювального лікування і подальшої соціальної інтеграції ветеранів антитерористичної операції і воїнів, що брали участь у повномасштабній війні, є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики держави. Такий процес дослідники називають соціально-психологічною реабілітацією, що є різновидом психологічної допомоги.

Розумінню сутності соціально-психологічної реабілітації сприяє аналіз такого поняття як «соціально-психологічна реадaptaція», який являє собою організований процес поступового психологічного повернення учасників

бойових дій з війни і безконфліктного, нетравмуючого «вбудовування» їх в систему соціальних зв'язків і відносин мирного часу [41].

Таблиця 3.5

Структура V класу хвороб, з приводу яких військовослужбовці були визнані ВЛК непридатними (обмежено придатними) до військової служби за станом здоров'я за період 2008-2013рр, %

Найменування хвороб	Код МКХ 10	2008р	2009р	2010р	2011р	2012р	2013р	середнє
Органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади	F00-F99	0	2,6	4,5	4,5	2,5	4,2	3,0±0,7
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	F10-F19	8	7,9	8,9	10,4	14,6	6,2	9,3±1,2
Шизофренія, шизотипові та маячні розлади, розлади настрою (афективні)	F20-F39	14	21,1	4,4	20,9	12,2	2,1	12,5±3,3
Невротичні пов'язані зі стресом і соматоформні розлади	F40-F48	56	47,4	62,2	43,3	43,9	66,7	53,3±4,0
Поведінкові синдроми, розлади особистості та емоцій	F50-F69 F80-F99	20	18,4	17,8	19,4	24,4	20,8	20,1±1,0
Розумова відсталість	F70-F79	2,0	2,6	2,2	1,5	2,4	0	1,8±0,4
Розлади психіки та поведінки, усього за клас:	F00-F99	100	100	100	100	100	100	100

Що стосується реабілітації, то більшість дослідників розуміють її як систему державних соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження

тимчасової або стійкої втрати працездатності та на якнайшвидше повернення хворих та інвалідів в суспільство і до суспільно корисної праці.

У межах посттравматичної патології більшість авторів виділяють три основні групи симптомів:

- надмірне збудження (вегетативна лабільність, порушення сну, тривога, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною подією);
- періодичні напади депресивного настрою (притупленість почуттів, відчай, усвідомлення безвиході);
- риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, нервові тремтіння).

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділені характерні для ПТСР стани: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне «відчуття провини за те, що залишився живим», флешбек-синдром («непереносні» події, що насильно втручаються у свідомість), прояви «комбатантної» психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками), синдром прогресуючої астенії (спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою). Ці стани мають певну динаміку, зокрема – посттравматична симптоматика з віком може не лише не слабшати, а й ставати усе більше вираженою [43].

Так, В. Шанін за важкістю класифікує такі бойові психосоматичні травми:

- легкого ступеня, що проявляються у надмірній дратівливості, замкнутості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності;
- середнього ступеня, які характеризуються легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією,

підвищеною чутливістю до шумів, сильним страхом, втратою почуття реальності дій, що відбуваються;

– тяжкого ступеня, що проявляються у порушенні слуху, зору, координації рухів [57].

Л. Китаєв-Смик розробив типологію учасників бойових дій відповідно до ступеня вираженості наслідків впливу травматичних подій:

1. «Зламани». Головна їх особливість – страх. Для цих військовослужбовців страх припинив бути острахом, переляком, жахом, він став мукою, тугою, болем душі і болючою вагою в тілі. Страх діє на них гнітюче і у сновидіннях вони змушені пізнавати весь жах смерті, своїх злочинів, що найчастіше знаходить свій прояв у кошмарах. «Зламаним» військовослужбовцям минуле, мирне життя здається далеким, ніби його і не було, тому що його не можна порівняти з жахом боїв. Думок про майбутнє у них немає, вони його бояться, так як попереду лише смерть. Намагаючись не думати про неї, ці люди позбавляють себе уявлень про майбутнє. У такого військовослужбовця обличчя «вбитого горем» через зниження тонусу лицьових м'язів. Через ослаблення тонусу м'язів тіла виникає зовнішній прояв «смутку»: пониклі плечі, сутула спина, невпевнений крок. Перед поверненням додому до мирного життя «зламани» повинні пройти соціально-психологічну реабілітацію. Але навіть після реабілітації (і особливо, якщо її не було) «зламани в боях» повертаються з тягарем війни. Їх стан психологи (і психіатри) у міських поліклініках діагностують як: невроз, невротичний стан, реактивна депресія. Ці болючі повоєнні стани виліковуються набагато важче, ніж з такими ж назвами хвороби «мирного» походження».

2. «Пустотливі» – ще один тип військовослужбовців з неблагополучними психологічними змінами. Вони схильні постійно жартувати, як правило, недоречно. Їх жарти частіше є необразливими, часто еротичними, нецензурними. Жарти, як правило, стосуються лише їх, вони не вникаючи в зміст запитань, не відповідають серйозно на них.

Прикриваючись іронічністю, вони уникають травмуючих тем про їхнє минуле і майбутнє. Недоречна жартівливість таких людей не веселить і не підбадьорює, а дратує оточуючих, в результаті чого на них перестають звертати увагу. Психологи називають цей вид стресової поведінки реактивною інфантилізацією.

У бойовій обстановці «пустотливі» ведуть себе не розумно, вони не здатні ні оцінити небезпеку, ні сховатися від неї, що є проявом хворобливого стану. У безпечній обстановці, в госпіталі «пустотливість» швидко зникає, поведінка стає нормальною. Однак, повернувшись з війни до мирного життя, цей тип військовослужбовців деякий час виявляє психологічну слабкість в життєвих стресових ситуаціях: іноді може знову виникати надмірна жартівливість, або, навпаки, похмурість. Суїциїдальна поведінка у людей цього типу малоймовірна, але можлива.

3. «Оскаженілі». За період ведення воєнних дій вони стали відрізнятися стійкою злостивістю, неадекватним проявом агресії по відношенню до інших солдатів, до старших за званням, до місцевих беззбройних жителів та полонених. Злість, витісняючи страх, позбавляє «оскаженілих» обережності в умовах ведення бойових дій. Гнів мобілізує фізичні сили, концентрує увагу на противника, зменшує чутливість до болю.

Повернувшись до мирного життя, вони досить швидко звільняються від постійної озлобленості. Але раптовий гнів може вибухати у них у будь-якій стресовій, нервовоперенапружувачій обстановці. Після таких спалахів вони відчують каяття, що може призвести до накопичення психічної депресії і через неї до суїциду (самогубства) [44].

Саме бійці, які перебувають у тривожно-депресивному стані, переживають сомато-вегетативні порушення, серед яких найбільш характерними симптомами є вазомоторна лабільність, що проявляється у вигляді почервоніння або блідості обличчя, знижена або підвищена пітливість кінцівок, неприємні відчуття в області серця або нестача повітря, запаморочення, відчуття «втрати ґрунту під ногами». Порушення сну

характеризуються тривалим періодом засинання, коли особи з ПТСР не можуть позбутися неприємних і тривожних думок, частими пробудженнями серед ночі. У цьому випадку мають місце і деякі прояви порушення поведінки, які можна було б визначити як агресивно-гіперстенічні. Однак у повсякденному житті така «гіперстенічність» виявляється малопродуктивною і призводить до конфліктів та загального неспокою, що заважає у пошуку реальних можливостей уникнення та розв'язання складних життєвих ситуацій. Отже, посттравматичний синдром, що є наслідком перебування військовослужбовців в умовах бойових дій, суттєво впливає на перебіг психічної діяльності особистості, він являє собою як індивідуальну, так і соціальну проблему [45]. Статистичні дані стосовно клінічних варіантів ПТСР та кількісного прояву основних симптомів наведені на рис. 3.3 і у таблиці 3.6.

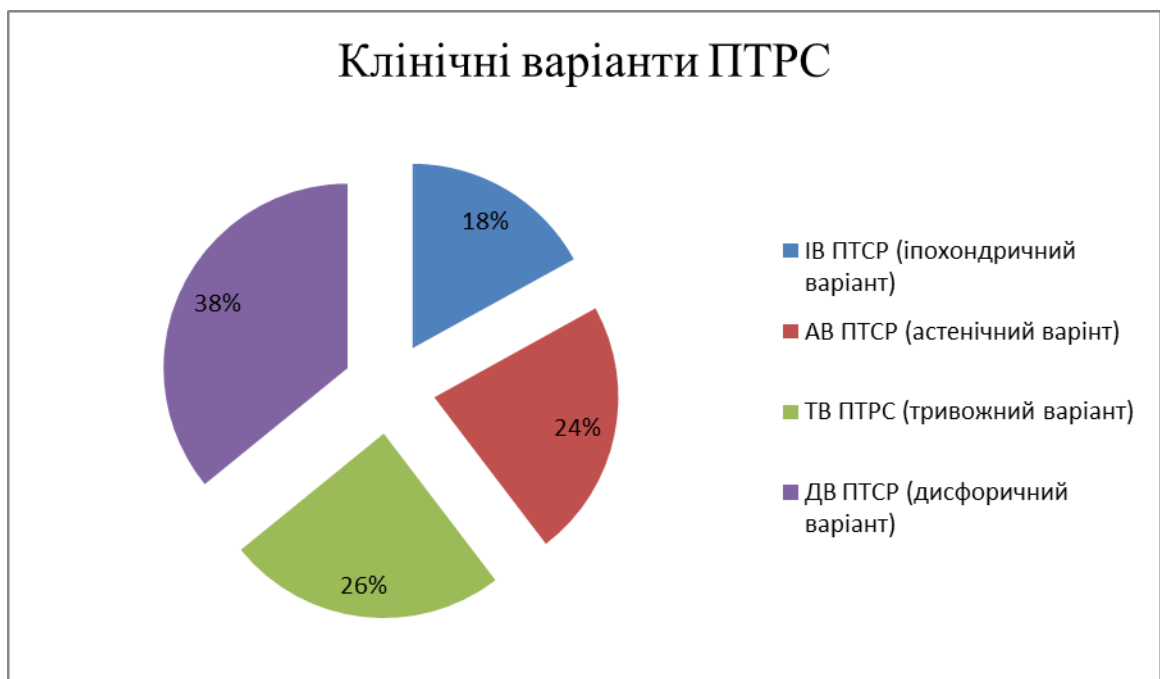


Рис. 3.3. Клінічні варіанти ПТСР

Окрім цього, дуже важливою є проблема реабілітації мирних жителів (дітей, дорослих, людей похилого віку та інших категорій громадян), які пережили руйнуючий безпосередній (вибухи, руйнація майна, загибель близьких чи знайомих, каліцтво і т. ін.) або опосередкований (наявність

сирен і вдень і вночі, відсутність комфорту в бомбосховищах, пошук нової роботи для переміщених осіб, і т. ін.) вплив воєнних дій на психічне і фізичне здоров'я мирного населення.

Таблиця 3.6

Клінічні прояви V класу хвороб, з приводу яких військовослужбовці були визнані ВЛК непридатними (обмежено придатними) до військової служби за станом здоров'я за період 2008-2013рр, %

Симптоми	ДВ ПТСР	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ІВ ПТСР	Контрольна група
Надпильність	60,8 ± 6,2	36,6 ± 3,7	32,4 ± 3,2	35,7 ± 3,5	33,3 ± 5,4
Перебільшене реагування	35,3 ± 3,6	34,1 ± 3,4	18,9 ± 2,3	64,3 ± 7,2	13,7 ± 2,3
Притупленість емоцій	19,6 ± 1,8	17,1 ± 1,6	37,8 ± 3,7	17,9 ± 2,5	9,4 ± 1,7
Агресивність	88,2 ± 9,7	19,5 ± 1,9	18,9 ± 2,3	21,4 ± 2,7	10,3 ± 1,8
Порушення пам'яті та концентрації уваги	27,5 ± 2,6	29,3 ± 2,8	48,6 ± 4,7	28,6 ± 3,0	8,5 ± 1,5
Депресія	19,6 ± 1,8	26,8 ± 2,5	56,7 ± 5,8	32,1 ± 3,3	4,3 ± 0,8
Тривожність	13,7 ± 1,4	75,6 ± 7,7	27,0 ± 2,8	21,4 ± 2,7	7,7 ± 1,4
Напади люті	23,5 ± 2,2	9,8 ± 1,3	8,1 ± 1,4	10,7 ± 2,0	2,5 ± 0,5
Зловживання наркотичними засобами	5,9 ± 1,0	7,3 ± 1,2	5,4 ± 1,2	3,6 ± 1,4	-
Нав'язливі спогади і галюцинації	84,3 ± 9,1	87,8 ± 9,4	81,1 ± 8,4	85,7 ± 10,5	4,3 ± 0,8
Проблеми зі сном	52,9 ± 5,5	56,1 ± 5,7	54,0 ± 5,4	46,4 ± 4,2	12,8 ± 2,2
«Провина» того, що вижив	9,8 ± 1,2	39,0 ± 3,9	10,8 ± 1,7	21,4 ± 2,7	1,7 ± 0,3
Оптимізм	19,6 ± 1,8	17,1 ± 1,6	21,6 ± 2,5	17,9 ± 2,5	81,2 ± 11,5

Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко під час наради щодо створення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки заявив, що через війну психологічної підтримки потребуватимуть не менше 15 млн українців, і «з кожним днем кількість людей, які будуть відчувати наслідки для свого психічного здоров'я, буде зростати. Навіть тих, хто зміг стійко перенести перші місяці війни, чекає ментальне виснаження, адже звикання до постійного перебування в умовах війни також може мати

негативний вплив на психічне здоров'я», – наголошує міністр [46]. Хоча інтенсивність впливу стресогенних факторів на пересічних громадян є нижчою, ніж на військовослужбовців, однак рівень готовності сприйняття цих факторів у мирного населення також є значно нижчим: люди страждають порушеннями сну, знижується рівень адаптації до змінених умов життя, зростає рівень страху за життя, за можливість вижити в умовах відсутності житла, загострюються нервові розлади і поточні хронічні хвороби, виникає дезорієнтація в чужій країні для осіб, що іммігрували, тощо. Тому потреба у відповідних реабілітаційних заходах для мирного населення є дуже актуальною і потребує широкого спектру заходів і не меншої уваги від держави, аніж реабілітація військових.

Таким чином, враховуючи вищевикладене, негативний вплив стресових факторів на військовослужбовців і мирного населення, як в умовах ведення бойових дій, так і на території, яка не знаходиться безпосередньо в умовах відкритого воєнного конфлікту, є доказаним фактором, що впливає на життєдіяльність людей. Тому соціально-психологічна реабілітація як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів має носити інтегративний характер і включати комплекс заходів, зокрема: психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні. При цьому необхідно використовувати як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної роботи (консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо).

3.2. Перспективні напрями удосконалення державної політики України в сфері реабілітації

Україна, як сучасна європейська держава, на протязі останніх років активно удосконалює свою державну політику як в медичній галузі в цілому, так і безпосередньо в сфері реабілітації. На сьогодні, в умовах високого рівня захворюваності населення та проведення військових дій на сході та півдні

України, коли з кожним днем число поранених зростає, медична реабілітація, її впровадження та розвиток набуває особливої актуальності. Адже, її основна ціль – це надати своєчасну та ефективну допомогу особам з обмеженими фізичними, психічними чи соціальними можливостями, а також запобігти інвалідності в період лікування хворого. Тому вирішення проблеми медичної реабілітації в Україні повинно здійснюватися на загальнодержавному рівні із використанням міжнародного досвіду [47].

В Україні була прийнята низка законів, підзаконних актів, постанов та інших документів, що визначають правові засади і забезпечують функціонування та подальший розвиток системи реабілітації. Всі вони направлені на вдосконалення правових засад реформи і прискорення її темпів (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Нормативно-правова база реабілітації в Україні

Рік прийняття	Назва документу
1991	Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»
1991	Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»
1992	Постанова КМУ «Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів»
2008	Наказ Міністра Оборони України «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України»
2012	Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України»
2014	Постанова Кабміну №416 «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції»
2015	Розпорядження Кабміну «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО»
2015	Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО»
2015	Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)»
2016	Указ Президента «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»

Рік прийняття	Назва документу
2016	Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України»
2017	Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»
2017	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»
2017	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»
2017	Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»
2017	Постанова КМУ «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»
2018	Наказ МОЗ України «Про затвердження примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу»
2018	Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»
2018	Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»
2018	Постанова КМУ «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню»
2018	Постанова КМУ «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»
2018	Постанова КМУ «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»
2018	Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»
2020	Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»
2020	Наказом МОЗ України «Про затвердження порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду»
2021	Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» із змінами, внесеними згідно з Законом № 1962-ІХ від 15.12.2021
2021	Постанова КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я»

На початку серпня 2022 року Міністерство охорони здоров'я України оголосило про старт проєкту «Реабілітація травм війни в Україні», який передбачений Національною стратегією безбар'єрності, яка реалізується в межах ініціативи першої леді Олени Зеленської. Це план дій мирних часів, але оскільки повномасштабна війна триває вже кілька місяців, і вона ще не

завершилась, ми не можемо чекати – маємо діяти, щоб надати кожній людині, яка постраждала від агресії Росії, можливість повернутись до повноцінного життя. Саме це є метою проєкту «Реабілітація травм війни в Україні», який реалізує велика команда експертів із представників Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України (НСЗУ), Міністерства у справах ветеранів, Міністерства соціальної політики, Офісу Президента України, радниці-уповноваженої Президента з питань безбар'єрності, Школи реабілітаційної медицини Українського католицького університету (УКУ), Українського центру охорони здоров'я. Виконавчим партнером проєкту виступає БФ «Пацієнти України». Проєкт впроваджується за підтримки Швейцарії, що надається через Швейцарську агенцію розвитку та співробітництва (SDC) [48]. Спільні зусилля дозволять прискорити побудову в Україні якісно нової ефективної системи реабілітації, яка буде базуватись на таких принципах, як доказова медицина, мультидисциплінарний підхід та впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

«Через війну рівень травматизації населення значно зріс. І сьогодні наше пріоритетне завдання зробити все можливе для того, щоб усі, хто постраждав від російської агресії, мали доступ до якісних реабілітаційних послуг та могли якнайшвидше повернутися до повноцінного життя», – зазначив Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко. Це тривала робота, яка розрахована на довгостроковий період, проте вона допоможе зробити важливий внесок у поліпшення сфери реабілітації, а отже, і до безбар'єрного суспільства в Україні [49].

На світовому рівні питаннями фізичної, психологічної, трудової реабілітації займається Організація Об'єднаних Націй та її спеціалізовані підрозділи. Що стосується медичної реабілітації, то всі питання, пов'язані із нею, вирішує Комітет експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я з медичної реабілітації, який постійно вдосконалює її цілі та завдання. Саме проблема реабілітації відіграє ключову роль в досягненні стратегічних цілей

ВООЗ, яка визначає реабілітацію як сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій внаслідок хвороб, травм і уроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть. Україна повинна враховувати весь потенціал досвіду, який накопичений країнами Заходу.

Варто сказати, що українська медицина гостро потребує фахівців з медичної реабілітації. Саме через те, що медична реабілітація впроваджена в систему охорони здоров'я, медицина США та Європи значно ефективніша та розвинутіша, ніж наша. Саме ці країни менше витрачають на сферу охорони здоров'я, оскільки заклавши хоча б 1 долар в реабілітацію, Європа та США отримують економію до 20 доларів за рахунок заощадження витрат системи охорони здоров'я. Це можна пояснити тим, що на Заході хворий після операції не лежить 7–14 днів в палаті і не займає ліжко, не витрачають кошти на його харчування, як це відбувається в Україні, а направляють в реабілітаційне відділення, де він займається з лікарем-реабілітологом лише 2–3 години на день. Крім того, науково доведено, що, якщо людина 3 тижні не займається реабілітацією, а просто лежить, вона втрачає близько 30–40% своїх функціональних можливостей і реабілітологу на пізніших термінах важче працювати. В Європі та США в кожній лікарні існують великі реабілітаційні центри, де працюють висококваліфіковані лікарі-реабілітологи (табл. 3.8) [50]. Хворого на 3-4 день після операції направляють туди. Це значно спрощує лікування, економить час хворого і веде до швидшого одужання. В Україні хворий після довготривалого перебування в лікарні, сам повинен собі шукати реабілітолога.

Доволі цікавим є досвід впровадження медичної реабілітації в країнах Балтії, реформування якої розпочалось ще 20 років тому. На сьогодні медична реабілітація функціонує за європейським зразком і отримала форму мультидисциплінарної моделі (табл. 3.9).

Таблиця 3.8

Реабілітаційні клініки, які мають високий рейтинг від пацієнтів

Назва	Розташування	Кількість пацієнтів	Примітки
Меморіальний онкологічний центр ім. Слоуна-Кеттерінга	1275 York Avenue, New York, NY 10065 United States	469	Існує більш як 130 років, Займається не тільки лікуванням, а й науковою та навчальною програмами
Університетський медичний центр у Принстоні	1 Plainsboro Rd, Plainsboro Township, NJ 08536, USA	338	Використовує найновітніші світові технології та працює по декількох напрямках
Шпиталь Джонса Хопкінса	1800 Orleans St, Baltimore, MD 21287, USA	за домовленістю	Має дуже широкий спектр напрямів допомоги, займається науковою та навчальною діяльністю, його науковці відзначені Нобелівською премією
Клініка лікування головного мозку NP Istanbul	Saray, Ahmet Tevfik İleri Cd No:18 D:C, 34768 Ümraniye/İstanbul, Turkey	за домовленістю	Перша психоневрологічна клініка в Туреччині, що спеціалізується на неврології, нейрохірургії, психіатрії та лікуванні залежностей
Реабілітаційний центр Евексія (EVEXIA)	Kallikratia, 630 80, Greece	за домовленістю	Грецький спеціалізований центр по відновленню моторики, рівноваги, мовлення та інтелектуальних здібностей пацієнтів, у т.ч. з використанням програм віртуальної реальності
Центр фізіотерапії та реабілітації Nobel	Karahayıt Mah. 120. Sağlık Sok. No: 5/1 20290 Pamukkale/Denizli/TURKEY	за домовленістю	Головні напрями діяльності цього турецького центру – це ортопедична та неврологічна реабілітація, в ньому проходять відновлення в тому числі державні діячі з багатьох країн світу
Медичний центр Кароліна	Pory 78, 02-757 Warszawa, Poland	за домовленістю	Польський центр спеціалізується на реабілітації, нейрохірургії, ортопедії, травматології

Зауважимо, що країни Балтії починали майже в тих же умовах, в яких зараз перебуває Україна. Саме тоді реабілітаційну медицину не відносили в окрему наукову галузь, не було таких понять як фізичний терапевт, ерготерапевт та інших. В основі перебудови старої системи реабілітації було створення реабілітаційних центрів європейського зразка [51]. Головною причиною для переходу на новітню форму медичної реабілітації в Латвії стала гостра потреба в ній для дітей із церебральним паралічем. Їх лікували,

однак не виліковували через відсутність високоспеціалізованих лікарів-реабілітологів.

Реформа реабілітаційної системи розпочалася із освіти майбутніх фахівців. Адже, курси підвищення кваліфікації не можуть дати хороші результати. Тому реабілітологи отримали можливість вчитись паралельно із іншими лікарями у вищих начальних закладах медичної спеціальності та на практиці підтверджувати свої знання. Реформу реабілітаційної системи в країнах Балтії підтримувала сама держава. На її реалізацію було виділено значні обсяги фінансування. Що ж стосується Латвії, то реформування відбулось і наблизило їхню реабілітаційну медицину до європейської. На сьогодні, в Латвії функціонують дві системи – санаторно-курортна і нова мультидисциплінарна. У всіх санаторіях створені мультидисциплінарні команди, які ефективно надають послуги медичної реабілітації, однак, поряд із ними ще залишилися лікарі старої системи. Держава виділяє кошти на впровадження нової методики медичної реабілітації, однак, якщо пацієнт хоче користуватись старими методами, це не забороняється, проте такі послуги хворий оплачує самостійно [51]. Як зразок закладів, які крокують разом з сучасністю і мають дуже високі стандарти лікування та реабілітації в Балтії, можна навести наступні – див. табл. 3.9 [50].

Що стосується реабілітаційної системи України, вона функціонує з численними проблемами:

- недофінансування системи охорони здоров'я;
- неефективна та застаріла система управління;
- не має цілісної системи реабілітації населення;
- низькоефективне проведення реабілітаційних дій на санаторно-курортному етапі;
- недосконала нормативно-правова база, відсутні стандарти реабілітації населення;
- відсутність широкого спектру спеціальностей медичної реабілітології у вищих навчальних закладах медичного спрямування;

– відсутність єдиного управлінського органу з питань медичної реабілітації, та інші.

Таблиця 3.9

Реабілітаційні клініки Балтії, які мають високий рейтинг від пацієнтів

Назва	Розташування	Може розмістити пацієнтів, орієнтовно	Примітки
Реабілітаційний центр Абромішкес (Abromiskes Rehabilitation Center)	Sanatorijos gatvė 72 Abromiškių k, 26130, Lithuania	500	Литовський реабілітаційний центр, що спеціалізується на неврологічній, ортопедичній, кардіологічній та дитячій реабілітації
Медичний центр діагностики та лікування	ул. В. Грибо, 32А, Вильнюс, Литва	6750	Спеціалізується на спортивній медицині, діагностиці, хірургії та реабілітації. Відзначений сертифікатом якості Дипломатичної ради. Із 180 лікарів, які в ньому працюють, 50 мають нагороду «Почесний лікар Литви»
Клініка Паллас (Pallas Clinic)	Jūras iela 23/25, Jūrmala, LV- 2015, Latvia	-	Приватний латвійський центр, який спеціалізується на лікуванні онкологічних захворювань, процедурах для підвищення імунітету та реабілітаційних напрямках. Приймає тільки дорослих пацієнтів.
Клініка Veselību Clnic	Berģu iela 8, Vidzemes priekšpilsēta, Rīga, LV- 1024, Latvia	-	Латвійський медичний центр, основним напрямком якого є реабілітація пацієнтів в напрямку пластичної хірургії
Балтійська клініка вен (Veselības centrs 4)	Krišjāņa Varona iela 115, Rīga, LV- 1012, Latvia	-	Найбільш масштабний в Балтії заклад, який спеціалізується на діагностиці, лікуванні та реабілітації пацієнтів з різноманітною венозною паталогією

Для того, щоб зменшити рівень смертності населення, покращити демографічну ситуацію, а також якісно і швидко повернути постраждалих військових, потрібно вітчизняну реабілітаційну медицину привести до європейського зразка, запозичивши досвід США та Європи.

Тобто, в першу чергу, варто кардинально вдосконалити вищу медичну освіту – медичну реабілітацію, відповідно до досвіду Європи, не може надавати один лікар. Такі заходи мають здійснюватися мультидисциплінарними командами, про що йдеться у ст. 18 Закону України про реабілітацію, де наголошені їх наступні основні завдання:

- забезпечення доступності реабілітаційної допомоги за першої потреби;
- визначення реабілітаційного прогнозу, мети та завдань реабілітації, розроблення індивідуального реабілітаційного плану;
- забезпечення комплексного підходу в наданні реабілітаційної допомоги та уникнення або зниження стійких обмежень життєдіяльності в осіб з обмеженнями повсякденного функціонування;
- забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у необхідній кількості;
- внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану та обговорення стану виконання такого плану;
- планування виписки особи та внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану для продовження його виконання в амбулаторних умовах після виписки із закладу, який надавав реабілітаційну допомогу.

Одна з найбільш простих та зрозумілих за взаємодією варіантів схем такої мультидисциплінарної команди представлена нижче (рис. 3.4).

Пріоритетним завданням розбудови сучасної, проєвропейської системи реабілітації є створення центрів медичної реабілітації в госпіталях і медичних центрах силових міністерств і відомств, лікарнях та, неодмінно, у санаторно-курортних закладах із використанням природних лікувальних ресурсів, якими багаті земля і надра України.

Мета медичної реабілітації – досягнення у відповідні строки стійкого адекватного саногенетичним можливостям організму відновлення порушених патологією або травмою функцій, відновлення працездатності пацієнта, пристосування його до участі в соціальній та побутовій сфері життя

з попередніми або зміненими у зв'язку із хворобою соціальними функціями, покращення якості життя [52].

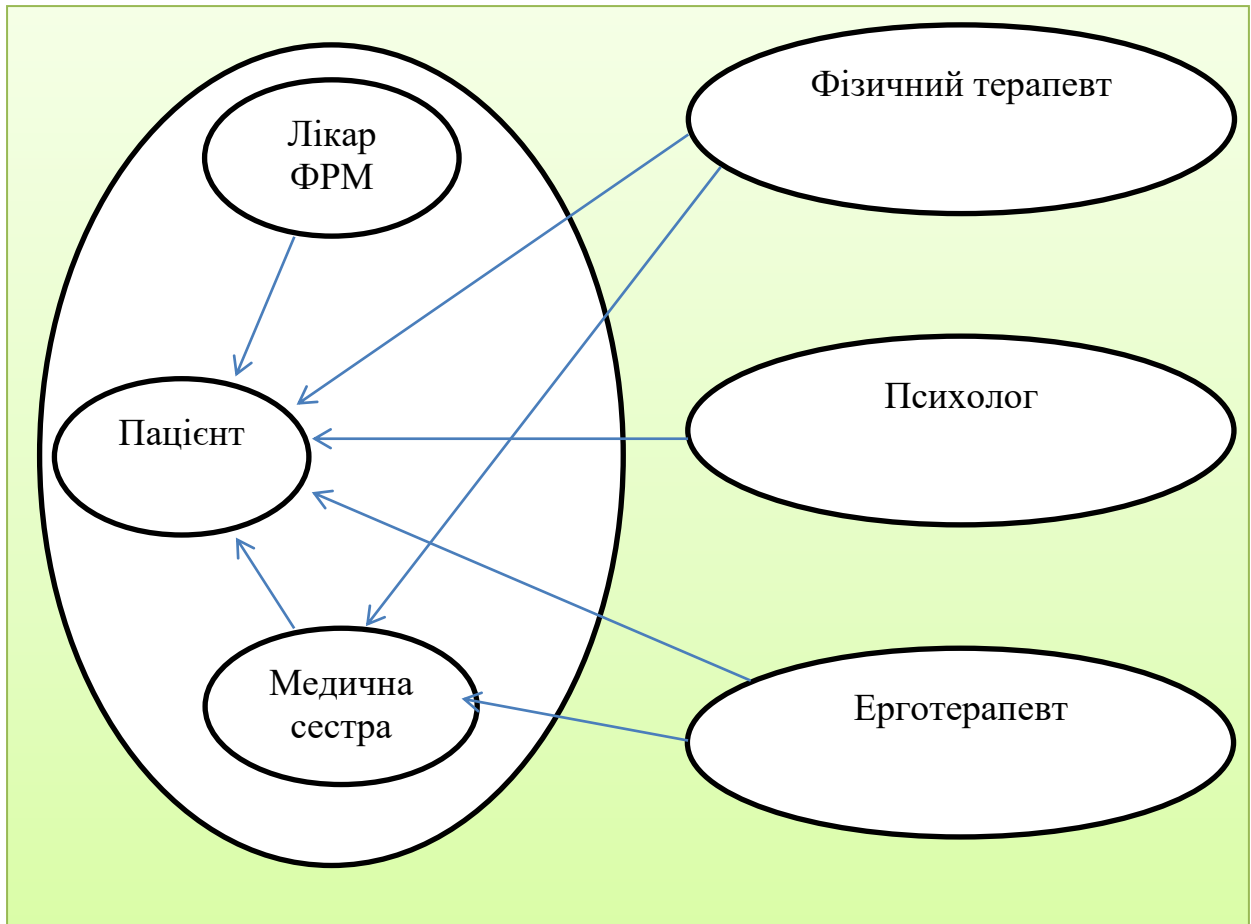


Рис. 3.4. Схема мультидисциплінарної команди

Якщо розглядати склад та завдання мультидисциплінарної команди, то вони на різних етапах самопочуття пацієнта значно відрізняються, що можна побачити на схемі 3.5, це відображає функціонально-організаційну модель реабілітації на різних етапах [53].

В Україні є перспективи на успішне проведення удосконалення системи реабілітації, оскільки наша держава – одна з найбагатших природними лікувальними ресурсами країн світу. Так, кліматичні умови та сприятливе природно-географічне положення дозволили сформувати значну кількість санаторно-лікувальних курортів в Карпатах, на узбережжях Азовського та Чорного морів (табл. 3.8). Однак на сьогодні в Україні природно-лікувальні ресурси використовуються лише на 8–10%, тому

простір для розвитку та вдосконалення санаторно-курортної реабілітаційної ланки є дуже значним [51].

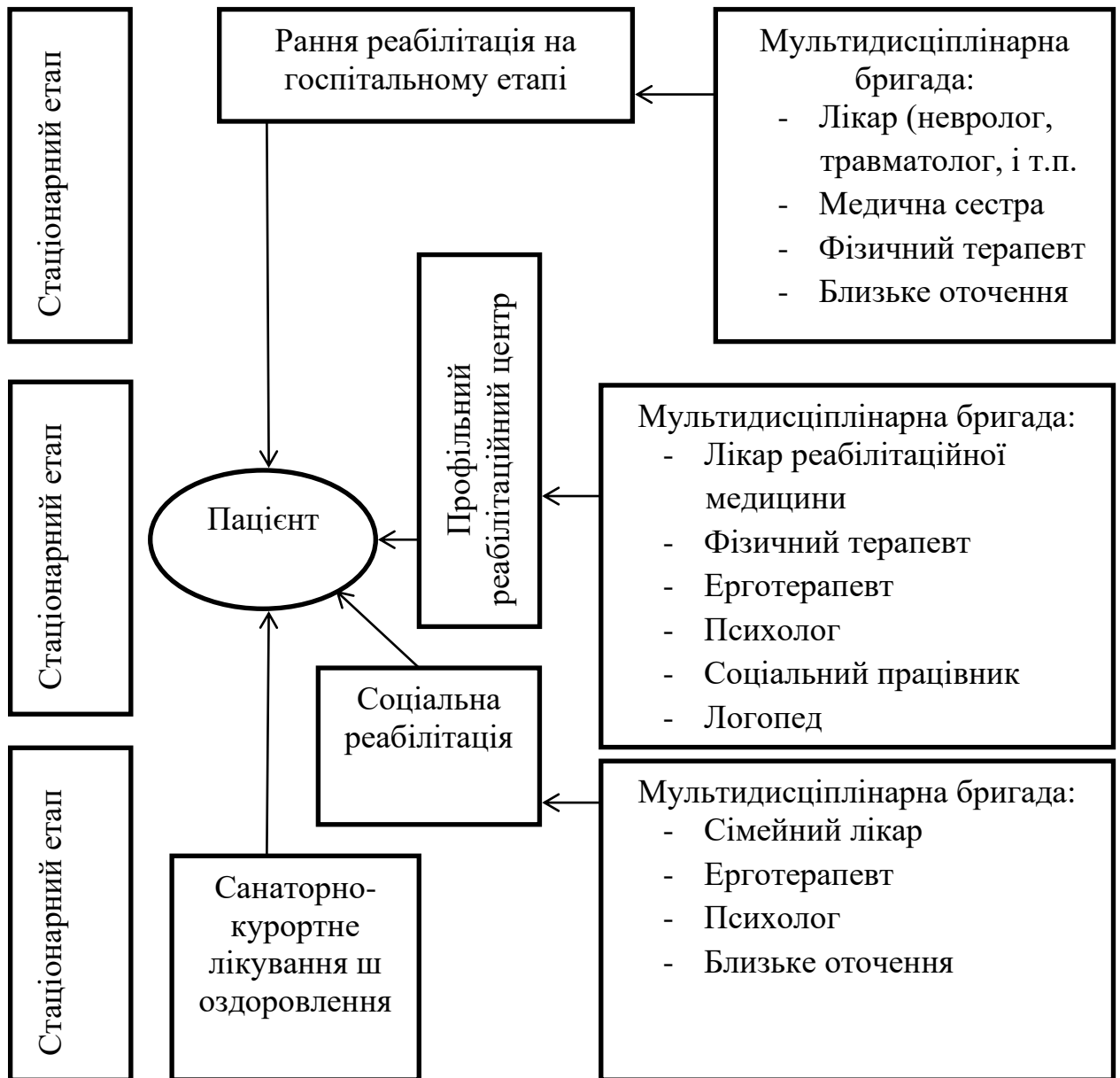


Рис. 3.5. Функціонально-організаційна модель реабілітації

Отже, для того, щоб реалізувати реформу медичної реабілітації та для її ефективного функціонування в Україні, потрібно:

- створити на законодавчому і практичному рівнях реабілітаційні відділення у лікарнях, забезпечити їх оснащенням та високоспеціалізованими і сформованими реабілітаційні командами;

- перевести підготовку фахівців з реабілітації до системи охорони здоров'я, як стратегічний запланований напрям (як це відбувається, у США і Європейських країнах);
- забезпечити фінансову та законотворчу підтримку впроваджуваних реформ, яка інтегрується і адаптується відповідно до постійно змінюваних умов як у самій державі, так і у світі;
- підтримувати постійну взаємодію з іноземними партнерами у різноманітних програмах розвитку і впровадження реабілітації та вдосконалення нашої національної системи з урахуванням досвіду більш розвинених країн світу.

3.3 Першочергові заходи щодо запровадження та розвитку реабілітаційних процесів в Україні

Ще у 2016 році Указом президента України № 240/2016 було введено в дію рішення РНБОУ «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» (далі – СОБ) від 20.05.2016 р., де було вказано на необхідність створення системної медичної реабілітації, яка б забезпечувала відновлення фізичних, соціальних і психологічних функцій з метою повернення до виконання обов'язків військової служби. У найбільш загальному контексті, СОБ слугуватиме дорожньою картою оборонної реформи з визначенням практичних шляхів її впровадження на засадах і принципах, якими керуються держави – члени НАТО. Згідно з планом дій забезпечується нормативно-правове врегулювання та створення системи медичного забезпечення військ (сил) з урахуванням євроатлантичного досвіду, у тому числі запровадження надання ефективної та кваліфікованої медичної допомоги, медичної реабілітації та оздоровлення військовослужбовців, удосконалення процедур замовлення і постачання медичного майна та медичної техніки. Однією з оперативних цілей визначена побудова системи медичного забезпечення для надання належної медичної підтримки, а очікуваний результат включає:

– по-перше, створення системи медичного забезпечення, спроможної надавати відповідну медичну підтримку всім завданням, що стоять перед силами оборони України, яка функціонує відповідно до стандартів НАТО, і здатної робити внесок у функціонально сумісні медичні можливості для спільних місій з НАТО;

– по-друге, досягнення необхідних спроможностей щодо розшуку поранених, їх медичної евакуації та надання необхідної допомоги і лікування. У діяльність військово-медичних служб планується упровадити сучасні технології надання медичної допомоги і лікування поранених відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

– по-третє, унормування питання використання можливостей системи охорони здоров'я у державі щодо надання медичної допомоги, лікування і медичної реабілітації поранених в рамках єдиного медичного простору, створення системи медичної реабілітації, яка забезпечує відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій для повернення до виконання обов'язків військової служби або соціальну та трудову адаптацію;

– по-четверте, удосконалення системи підготовки та перепідготовки військово-медичних кадрів для сил оборони та запровадження військово-медичної підготовки, яка забезпечить ефективне навчання стандартам надання медичної допомоги при бойовій травмі (патології);

– по-п'яте, створення медичної інформаційної системи складових сил оборони, що охоплює всі етапи медичної евакуації та процеси управління потоками пацієнтів, відповідає стандартам, доктринам та рекомендаціям НАТО [54].

Одним з напрямків першочергових заходів в сфері реабілітації можна вважати створення спеціалізованих центрів, що підтвердили свою ефективність на прикладі центру відновлення ветеранів В'єтнамської війни у США. Як показав багаторічний досвід іноземних партнерів, реабілітацію можна здійснювати як у відділеннях реабілітації, організованих у великих

лікарнях загального профілю, так і в спеціально створених Центрах соціальної реабілітації. Прикладом спеціалізованого лікувального закладу, що активно займається бойовою психіатричною патологією, є армійський медичний центр Tripler (Гаваї), де в найбільшій мірі досліджена проблема ПТСР і проводиться лікування хворих не тільки за допомогою препаратів, але і психотерапевтичних процедур, і цілою низкою інших заходів, що мають лікувальну дію. Фармакотерапію поєднали з рефреймінгом – символічною переробкою негативного досвіду, що підтримують катартичними методами, груповою психотерапією, когнітивною раціональною терапією, роз'ясненням соціально-психологічних наслідків, та ін.

Дуже перспективним напрямком на даний час вважається впровадження арт-терапії, яка є дієвим інструментом відновлення здоров'я не тільки військовослужбовців, але і мирних людей, які пережили негативні наслідки воєнних дій, в тому числі і дітей.

У Великому тлумачному словнику сучасної української мови представлено таке визначення арт-терапії – це «метод лікування нервових і психічних захворювань засобами мистецтва та самовираження в мистецтві»; у психотерапевтичній енциклопедії окрім «арт-терапії» використовують терміни «образотворча терапія», або «художня терапія»; у словнику психіатричних термінів арт-терапія представлена як вид психотерапії, лікування, що передбачає залучення до мистецтва. До арт-терапії відносять малюнок, скульптуру, бібліотерапію, музикотерапію, кінотерапію, танець, гру, казку тощо. Арт-терапію можна розглядати як метод оздоровлення за допомогою творчого самовираження, зцілення передбачає духовну цілісність, гармонію духа і тіла, дає змогу працювати з думками і почуттями, які здаються нездоланими; сприяє виникненню відчуття внутрішнього контролю; розвиває й посилює увагу до почуттів [55]. Ця інноваційна технологія допомагає вирішити цілу низку питань, серед яких:

1. Діагностувальна (отримання інформації за допомогою проєктивного або вільного малювання про психоемоційний стан,

індивідуальні особливості, інтереси, цінності; виявлення труднощів і проблем, що підлягають корекції і лікуванню; визначення характеру міжособистісних стосунків учасників арт-терапевтичної групи).

2. Психотерапевтична (створення комфортної атмосфери емоційної теплоти, доброзичливості, емпатійного спілкування; сприйняття цінностей, потреб, проблем, почуттів і переживань інших учасників групи; мобілізація цілющого потенціалу емоційної сфери людини за допомогою створення психологічного комфорту, який надає відчуття захищеності, радості, успіху).

3. Коректувальна (корекція деструктивних емоційних станів (тривожності, агресії, фрустрації); формування почуття задоволеності, віри у власні сили, гідності, самоповаги; корекція деформованого «я»; зменшення проявів неадекватних форм поведінки).

4. Розвивальна (розвиток емоційної та вольової сфер особистості; підвищення самооцінки; вербалізація емоційних негативних і позитивних переживань у процесі спілкування, налагодження взаємодії з іншими людьми) [65].

Досвід останніх років дає можливість говорити ще про один інноваційний напрямок реабілітації – тренінги, як дуже ефективні активні форми відновлення та навчання [40]. Серед труднощів спілкування у ветеранів й інвалідів військової служби є відстрочені реакції на психотравмувальний стрес і особливо той, який стався в бойовій обстановці або в ситуації, яка була пов'язана із ризиком для життя. Такі ж реакції можуть бути притаманні і мирним жителям, які відчули на собі наслідки воєнних дій, тому саме для того, щоб зняти або частково послабити ці проблеми, під час проведення реабілітаційних заходів доцільно використовувати тренінг. Головні переваги тренінгу пов'язані з наступними чинниками:

- на тренінгу відбувається прийняття цінностей і потреб інших людей;
- існує можливість для отримання ефективного зворотного зв'язку і підтримки від інших осіб, які мають спільні проблеми та переживання;

– в тренінговій групі кожен оточений турботою, має змогу адекватно сприймати своїх колег, користується довірою і сам довіряє, отримує допомогу і може сам таку допомогу надати своїм колегам;

– усі учасники тренінгу можуть ідентифікувати себе з іншими, на основі використання сталого емоційного зв'язку, а також під час оцінки власних відчуттів і поведінки;

– групова тренінгові робота може полегшити процес інтроспекції, саморозкриття та самодослідження;

– як метод психологічної допомоги групова робота є більш економічно доступна, особливо для військовослужбовців.

Дуже цікавим і достатньо інноваційним напрямком реабілітації є ігрова діяльність. Слід зазначити, що свідомість військовослужбовців-учасників бойових дій відрізняється від свідомості невійськової людини великою кількістю негативного енергоінформаційного матеріалу. Пам'ять про психотравмувальні ситуації підтримує високий рівень тривожності, що призводить до спотворення і негативного забарвлення будь-якої інформації.

Ігрова діяльність допомагає змінити структуру енергоінформаційного обміну, оскільки під час гри людина стає самою собою, знижується ступінь напруги, збільшується позитивний інформаційний енергообмін із зовнішнім середовищем, що дає змогу отримати внутрішню позитивну енергію. На початкових етапах здійснення реабілітації, коли вивчають ігрові інтереси комбатантів, підбирають такий ігровий матеріал, що допоможе домогтися максимально позитивної наповненості свідомості комбатантів; у подальшому загальний стан буде покращуватися, зменшуючи при цьому деструктивні емоційні відчуття і натомість отримуючи позитивні емоції. Саме в цей час необхідно розробляти ігри для індивідуальної корекції психоемоційного стану військовослужбовців, оскільки в цьому процесі вони: отримують необхідну інформацію (знання, факти, історії) і формують відповідні уміння і навички; приймають рішення, за допомогою розробки, зміни та корекції плану дій; оцінюють власні дії і дії партнерів; розробляють тактику і

стратегію своїх дій; вивчають структуру соціальної системи за умови розробки імітаційної гри. При цьому фахівці (соціальні працівники, психологи) мають враховувати методичні вимоги до проведення ігор: по-перше, гра має бути максимально наближена до реальних професійних умов; по-друге, продуктивна гра створює особливу атмосферу пошуку та невимушеності; по-третє, у грі мають бути чітко сформульовані завдання, зрозумілі всім її учасникам, визначені зміст і правила гри; по-четверте, у грі необхідно виявляти й аналізувати можливі варіанти розв'язання поставленої проблеми [56]. Висока ефективність гри обумовлена вагомими перевагами в порівнянні з більш традиційними методами реабілітації; можна особливо наголосити на таких перевагах:

- допомагає виразити себе в середовищі, реалізувати ті сторони духовного потенціалу людини, які не можуть бути затребувані при її звичайній діяльності;

- конструює і створює уявний простір, ситуації, рольовий супровід і шляхом заміщення втілює нереалізовані бажання, що формують фрустраційний комплекс;

- загострюють сприйняття інших людей і розвивають здатність оцінювати і реагувати на їхні потреби та інтереси;

- мотивує людину, сприяє соціалізації та професійному розвитку, дозволяє перевірити на практиці ефективність сформованих переконань, навичок та здібностей;

- допомагає відчутти включеність в оточуючий світ та дає змогу побачити особливості власного життя у цілому;

- дозволяє краще зрозуміти і навчитися використовувати всю складність соціальних, психічних та організаційних процесів, які відбуваються під час спілкування між людьми;

- спонукає учасників тренувати особистісні навички, необхідні у груповому процесі (відкритої комунікації, диференційованого сприйняття,

прийняття рішень, постановки вимог, допомоги іншим, співробітництва, пошуку можливостей самопомоги, особистісної відповідальності);

- сприяє зняттю деяких захисних механізмів, оскільки дотримання групових норм дають можливість ефективно моделювати під час ігрової діяльності складні форми поведінки;

- дає можливість нехтувати деталями, виключити з інформаційного масиву так званий «шум», породжений властивостями реальних процесів, які не мають відношення до справи;

- дозволяє «жити швидше» або «повільніше», прискорювати і уповільнювати хід подій. У обстановці умовної практики, яку створює гра, можна за декілька годин «прожити» декілька років;

- у грі можна декілька разів програвати одну і ту ж ситуацію, підходячи до її рішення кожного разу по-новому;

- передбачає різний масштаб охоплення ігрових ланок, може значно скоротити терміни пошуку принципових рішень у різних умовах.

Згідно з класифікацією М. Кларіна [57], ігри розподіляють на такі групи:

- 1) рольові навчальні ігри (ігри-драматизації, ігри-моделювання, ігри-ілюстрації, сполучення гри зі спрямованою дискусією);

- 2) імітаційно-моделюючі ігри (ігри-вправи, ігри-ілюстрації, ігри з посиленням рольовим компонентом, зі спільним прийняттям рішень у складному соціальному контексті);

- 3) ігри, що забезпечують комплексний аналіз природно-наукових і технічних проблем, і дискусій («круглий стіл», «засідання експертної групи», «форум», «симпозіум», «дебати»).

Окремо, як дуже перспективний інноваційний напрям, хочеться відзначити можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у співпраці з їх оточенням (сім'єю, родичами, близькими друзями).

Науковці стверджують, що найвагомим фактором соціалізації особистості виступає сім'я [58]. У загальному розумінні «нормальна сім'я», як система, містить такі елементи:

- основні елементи (чоловіки і жінки, дорослі і діти); мету (виховання підростаючого покоління і подальший розвиток всіх її членів);
- порядок функціонування елементів системи (правила, за якими живе родина, тип спілкування між її членами, особливості їх самооцінки);
- енергетика системи (енергія їжі, води, повітря, активність і життєві позиції членів сім'ї в їх поєднанні один з одним);
- взаємодію з зовнішнім світом (відношення сім'ї до змін життя), ін.

В разі відсутності будь-якого з елементів або їх неефективного функціонування, сім'я потребує допомоги – а враховуючи той факт, що сім'ї військовослужбовців-учасників бойових дій, доволі часто не в змозі самотійно вирішувати проблеми соціального, психологічного, побутового характеру, саме вони і потребують відповідної допомоги. Можна по-різному визначати проблеми таких сімей, зосереджуючи увагу на характерних ознаках або на чинниках, що по-різному впливають на функціонування сім'ї:

- сім'я функціонує без одного з батьків, чоловіка (чи дружини) впродовж тривалого часу;
- сім'ї часто не вистачає військовослужбовця на свята, дні народження і спеціальні події, оскільки він може перебувати на навчанні, або виконанні бойового завдання;
- якщо військовослужбовець не задіяний у воєнних операціях, військова служба часто охоплює подовжений робочий день;
- структура сім'ї налаштовується таким чином, щоб поставити військову службу понад усім і функціонувати за умов відсутності одного з її членів;
- кожен член сім'ї має справу з дистресом потенційного неповернення коханої людини додому з війни або бойового завдання, або ж повернення зміненої психологічно і / або фізично людини;

- можливість домашнього насильства, особливо після впливу на військовослужбовців травматичних бойових ситуацій;
- високий рівень тривожності, пов'язаний зі специфікою професійної діяльності (ризиком для життя і здоров'я, частими переїздами у зв'язку зі зміною місця проходження служби тощо);
- проблеми у вихованні дітей (характерною є гіпо- або гіперопіка);
- високий рівень агресивності батьків-військовослужбовців [33].

Ще однією суттєвою проблемою в сім'ях комбатантів є так звана реінтеграція. Під час розлуки подружжя живе окремим життям: відокремлений військовослужбовець функціонує в межах бойової одиниці, за яку він несе відповідальність, натомість вдома його дружина виконує роль чоловіка і справляється з робочим навантаженням, яке раніше було розподілене на двох. Тому проблеми неминуче виникають тоді, коли військовослужбовець повертається і розраховує відновити стосунки на тому рівні, на якому вони існували до військового відрядження: незалежність дружини стає «проблемним» фактором, який заважає чоловіку повернутися і реінтегруватися у родину.

Українські дослідники [59-63] конкретизують завдання щодо роботи з сім'ями військовослужбовців, які мають здійснювати соціальні працівники: інформування сім'ї про наявність певних соціальних пільг; психологічна підтримка і відновлення; соціальна та юридична консультація; педагогічна корекція дітей, подолання труднощів у їхньому навчанні; організація елементів малого виробництва, кооперативних форм праці, груп самопомоги і взаємодопомоги; навчання і перенавчання цивільних професій; сімейне консультування з метою адаптації до життя; культурно-дозвіллева діяльність.

Але всі ми розуміємо, що кожна війна має свій кінець, це не назавжди, тому у майбутній мирний час увага медиків і держави повинна бути зосереджена не тільки на відновленні постраждалих військовослужбовців, але і на реабілітації інших категорій громадян, що також потребують

реабілітації – це і пересічні громадяни, які потерпали від військових дій, і громадяни, які мають професійні захворювання, і громадяни з вадами при народженні, набутими в побутових умовах або які мають вади здоров'я внаслідок хронічного перебігу захворювань і т.ін. Важливість цих напрямків є дуже великою, і відповідні зусилля держави і медиків неможливо переоцінити. Як приклад можна навести напрямок реабілітації дітей з ДЦП, оскільки чисельність передчасно народжених дітей або дітей, що з'явилися на цей світ у мам, які в період вагітності перенесли інфекційні хвороби або мали пологи з ускладненнями, зростає з кожним роком. На сьогоднішній день вилікувати ДЦП неможливо, ушкодження мозку, що вже відбулося, залишиться назавжди і всі порушення розвитку – це наслідки цього. Різноманітні неврологічні та соматичні порушення в значній мірі ускладнюють соціалізацію таких дітей та якість їх життя. Для того, щоб мінімізувати ці наслідки, щоб, зростаючи, дитина могла жити незалежним самостійним життям, наскільки це можливо, потрібні відповідні реабілітаційні заходи, і починати їх потрібно якнайраніше. Фактор часу відіграє тут дуже важливу роль: не таємниця, що чим раніше фізичний терапевт починає працювати з пацієнтом після перенесеного інсульту або складної ортопедичної операції, тим вище шанси на відновлення втрачених функцій. Теж саме стосується і маленької крихітки, особливо коли мова іде про органічне ураження головного мозку, і методи реабілітації тут дуже різноманітні – від медикаментозної, кінезіо- і фізіотерапії до взаємодії з логопедом, іппотерапії, хірургічних ортопедичних втручань і т.ін. Не менш важливим напрямком спільних зусиль держави і медиків є, наприклад, реабілітація інвалідів, що отримали захворювання у зв'язку зі своєю професійною діяльністю. Це дуже змістовна тема, але якщо коротко, то головними напрямами такої реабілітації є надання рівних із здоровими людьми можливостей інвалідів у всіх сферах, в тому числі трудових відносин і освіти; підвищення рівня зайнятості та забезпечення раціонального працевлаштування через одержання належної професійної освіти або

підвищення кваліфікації; підвищення соціального статусу, рівня конкурентоспроможності інвалідів на ринку праці; посилення мотивації та стимулювання працюючих інвалідів; формування безбар'єрного середовища для інвалідів як головного засобу прискорення їх інтеграції у суспільне життя; надання можливостей повноцінної комплексної реабілітації у відповідності із профілюючим захворюванням.

Підсумовуючи вищенаведене, можна дійти висновку про важливість та нагальну потребу впровадження усіх можливих заходів щодо подальшого розвитку реабілітації в Україні. Кожен з них є суттєвою складовою частиною цього процесу в цілому, тому важко виокремити заходи, які повинні бути першочерговими. На мою думку, повинно бути збалансоване співвідношення усіх можливостей процесу реабілітації, які доступні на даному етапі розвитку науки і суспільства, а нагальна задача держави – забезпечити їх впровадження у максимально можливому обсязі всім особам, які цього потребують. Тобто потрібен системний підхід (комплексний, технологічний, мультидисциплінарний), що являє собою сукупність стійких елементів, взаємно пов'язаних складними й динамічними відносинами, що утворюють певну цілісність, єдність і функціонують планомірним чином, з певною послідовністю дій і є продуктивними. Мається на увазі розробка методики проектування реабілітаційного простору, змістовного наповнення системи організації та здійснення комплексної реабілітаційної діяльності, методики діагностики і потреб та проблем військовослужбовців та мирного населення, що постраждало від воєнних дій, законотворча та фінансова складові як невід'ємна частина цього процесу, та ін. Це передбачає цілу низку заходів, першочерговими з яких є:

1. Навчання мультидисциплінарних реабілітаційних команд закладів охорони здоров'я методам надання кваліфікованої допомоги людям після воєнної травми.

2. Дооснащення реабілітаційним обладнанням восьми пілотних реабілітаційних центрів в Чернігівській, Сумській, Рівненській, Запорізькій та Львівській областях, які працюватимуть за передовими стандартами.

3. Оснащення обладнанням симулятивних кімнат у трьох закладах вищої освіти, які навчають фізичній реабілітації: в УКУ, Хортицькій національній навчально-реабілітаційній академії та в Сумському державному педагогічному університеті ім. А.С. Макаренка.

4. Створення освітніх онлайн курсів з надання реабілітаційної допомоги та Міжнародної класифікації функціонування, які зможуть пройти фахівці сфери охорони здоров'я по всій країні.

5. Розробка функцій з реабілітації в електронній системі охорони здоров'я – для того, щоб увесь процес реабілітації був надійно задокументований онлайн і за прогресом могла спостерігати як реабілітаційна команда, так і сама людина, яка відновлюється.

6. Розробка пропозицій зміни законодавства, щоб гарантувати доступ до реабілітації для всіх жителів України, в тому числі тих, хто потребує додаткової підтримки.

Важливість реабілітації для людини, яка цього потребує, неможливо переоцінити. Тому всі розвинуті країни світу знаходяться в безперервному пошуку нових методик, удосконалень, наукових досліджень і практичних впроваджень у сфері реабілітації, і Україна крокує поряд у цьому процесі і робить все можливе для розвитку цієї сфери в нашій державі.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні узагальнюючі висновки.

1. Трансформація системи охорони здоров'я стосується кожного громадянина, її мета – забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг і в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у її центрі був пацієнт. Система охорони здоров'я повинна бути ефективною, доступною та відповідати потребам населення України. Цього можна досягнути підвищенням якості та безпеки медичної допомоги, розширенням доступності, раціональною зайнятістю та підвищенням рівня соціального забезпечення персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також прискоренням розвитку і оптимізацією системи соціальної підтримки.

Трансформація системи охорони здоров'я відбувається поетапно, починаючи з квітня 2018 року, коли відбувся перехід від бюджетного утримання медичних закладів до закупівлі послуг. В квітні 2020 року запрацювала вторинна ланка, коли пацієнт отримав змогу одержувати безоплатну медичну допомогу вузьких спеціалістів, яких він має право обрати сам. Третій етап запрацював з липня 2022 року, коли повинні відбутися інфраструктурні зміни мережі закладів охорони здоров'я, але його впровадження наразі затримується у зв'язку з повномасштабною агресією Російської Федерації проти України.

2. Нормативно-правова база медичної реформи – це фундамент для сталого, успішного розвитку галузі охорони здоров'я в будь-якій країні. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності,

інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. На сьогоднішній день правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби» та іншими законодавчими актами. Тенденції, які притаманні системним і послідовним змінам у сфері охорони здоров'я, та на які націлена нормативно-правова база, можна окреслити наступним чином:

- фінансування закладів охорони здоров'я (перехід від утримання закладів охорони здоров'я до державних закупівель медичних послуг);
- діджиталізація сфери охорони (створення державних електронних реєстрів та інтернет-сервісів, та ін.);
- удосконалення системи трансплантації анатомічних матеріалів людини, також спрощенням юридичної регламентації надання згоди донора на трансплантацію;
- юридичне підґрунтя для до професійних компетентностей керівних працівників закладів охорони здоров'я;
- надання громадським активістам і громадським організаціям більшого обсягу можливостей щодо участі в ухваленні управлінських рішень, зокрема через спостережні та опікунські ради, конкурсні комісії тощо;
- спроба запровадження лікарського самоврядування, органи якого ухвалювали б рішення про допуск до медичної професії, здійснювали б дисциплінарне провадження щодо професійних правопорушень та ін.;
- спрощенням порядку реєстрації лікарських засобів, спрощення процедури державних закупівель лікарських засобів та ін.;

– правовий фундамент для посилення антикорупційних вимог до закладів охорони здоров'я через зміну їх організаційно-правової форми з бюджетних установ на казенні або комунальні некомерційні підприємства.

3. Реабілітація – один з найбільш перспективних напрямів у реформуванні медичної галузі України, її актуальність неможливо перебільшити, оскільки загальний стан здоров'я населення України потребує повномасштабного, планомірного, системного покращення. Це підтверджується статистичними даними, які доступні широкому загалу у відкритих джерелах.

За останні 20 років принципово змінилися світові уявлення про відновлення функцій після пошкодження. Оцінювальна місія з питань реабілітації ВООЗ, яка працювала в Україні в грудні 2015 року, зробила висновок, що в нашій країні відсутня цілісна система реабілітації, як і не вибудована система професійної підготовки відповідних фахівців. Згідно з вимогами світових стандартів, реабілітаційні послуги мають надаватися міждисциплінарною командою (ерготерапевти, фізичні терапевти, лікарі з фізичної та реабілітаційної медицини, протезисти, ортезисти, психологи, соціальні працівники, терапевти мови і мовлення, дієтологи тощо), яка має забезпечити послуги відповідно до потреб конкретної людини. До участі в таких командах підключають і членів сім'ї, і вчителів (якщо послуги стосуються дитини), і доглядачів, й інших працівників громад за потреби. Україна тільки починає рухатися в цьому напрямку, тому перспективи розвитку сфери реабілітації більш ніж очевидні.

4. Реабілітація – це соціально-медична проблема, яка має кілька аспектів: медичний, психологічний, соціально-економічний, морально-етичний, науково-методичний, педагогічний, професійний, соціально-побутовий та інші. Основними принципами реабілітації є ранній початок, безперервність, комплексність, соціальна спрямованість, індивідуальність, етапність, професійність, контрольованість. Завданнями медичної реабілітації є відновлення здоров'я, попередження ускладнень і рецидивів,

підготовка до побутових та виробничих навантажень, усунення патологічного процесу, попередження стійкої або часткової втрати працездатності, проведення вторинної профілактики захворювання. Основні засоби фізичної реабілітації – охоронний режим, фізіотерапія, загартування, кінезіотерапія, механотерапія, працетерапія, рефлексотерапія, фітотерапія, психотерапія, медико-гігієнічне навчання, лікувальне харчування, природні фізичні чинники, лікувальні фізкультура, масаж, фракційна терапія, мануальна терапія, гомеопатична терапія, аромотерапія, ін.

Окремої уваги заслуговує соціальна реабілітація, що передбачає державно-суспільні дії, спрямовані на повернення людини до суспільно корисної праці; правовий захист; матеріальний захист щодо її існування; відновлення соціального статусу особи шляхом організації активного способу життя, відновлення ослаблених чи втрачених соціальних зв'язків, створення морально-психологічного комфорту в сім'ї, на роботі, забезпечення культурних потреб людини, відпочинку, занять спортом; при необхідності – розвиток навичок щодо обслуговування; вирішення матеріальних питань (житло, транспорт, телефонний зв'язок); перенавчання, працевлаштування хворих в спеціалізованих закладах, вдома (у разі необхідності); надання різних видів соціальної допомоги (протезування, забезпечення засобами переміщення, робочими пристосуваннями, організація санаторно-курортного лікування тощо); юридичний захист хворого. Ці завдання вирішуються медичними закладами разом з органами соціального забезпечення.

5. Історія розвитку реабілітації починається дуже давно та доводить її необхідність. Ще в стародавніх Китаї та Індії практикувалися такі методи, як масаж, дихальні вправи, гімнастика та ін. На початку ХХ сторіччя як медична наука формується фізіотерапія, і в 1905 р. у Франції в Льєже відбувся медичний конгрес фізіотерапевтів. У медицині до осіб із фізичними обмеженнями термін «реабілітація» вперше почали вживати з 1918 р., коли в Нью-Йорку організували Інститут Червоного Хреста для інвалідів. У 1921 р.

М.Л. Ситенко у Харкові відкрив перший у країні дитячий ортопедичний профілакторій, де широко використовувались фізичні методи лікування. У 1950 році питання реабілітації розглядається в Організації Об'єднаних Націй (ООН). У 1958 році відбулось перше засідання Комітету експертів Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) з медичної реабілітації, на якому було наголошено про необхідність застосування реабілітації для зменшення негативних фізичних, психічних і соціальних захворювань. У США, Англії, Франції, Канаді та колишніх НДР і ПНР організуються реабілітаційні центри. Реабілітація набула всесвітнього визнання, і в 1960 р. утворилась міжнародна організація з реабілітації інвалідів, яка охопила біля 60 країн з усіх континентів. Вона співпрацює з ООН, ВООЗ, Всесвітньою організацією праці). В 1992 році створюється Національний комітет спорту Інвалідів України. З 2007 року розпочала свою діяльність Українська асоціація фахівців фізичної реабілітації.

Сьогодні в Україні функціонують такі заклади фізичної реабілітації, як Центр фізичної реабілітації INNOVO, Центр фізичної реабілітації «Формула руху», Навчально-реабілітаційний центр «Джерело», Дитячий реабілітаційний центр «Сонячне світло», реабілітаційний центр «Еліта» та інші, що спрямовують свою діяльність на забезпечення відновлення здоров'я населення України.

6. Україна має певні здобутки у сфері реабілітації. Наприклад, програма Європейського Союзу Еразмус+ «Innovative Rehabilitation Education – Introduction of new master degree programs in Ukraine» RENAV дає можливість забезпечити вирішення проблеми якісного навчання українських фахівців в сфері реабілітації. З'явилися нові спеціальності в напрямку реабілітація («Соціально-психологічна реабілітація», «Соціальна робота», «Фізична терапія», «Ерготерапія» та ін.), що сприяє отриманню студентами знань світового рівня та можливості виступати кваліфікованими фахівцями напряму «реабілітація», надаючи якісні і професійні послуги суспільству України. 19 січня 2022 року Кабінет Міністрів України Постановою № 31 і у

відповідності до частини четвертої статті 25 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» затвердив порядок здійснення реабілітаційних заходів особам з інвалідністю, а саме систему медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, якими здійснюється комплексна реабілітація отримувачів. Держава безперервно оновлює та розміщує на своїх офіціальних сторінках перелік реабілітаційних установ і закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації – як приклад, на сайті Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю.

7. Наразі громадянське суспільство України потерпає від навали російських варварів, тому до складнощів удосконалення сфери реабілітації додалися проблеми, з якими ми не стикалися. Більшість людей, котрі знаходяться у зоні повномасштабних бойових дій (військові або пересічні громадяни) отримують травматичний стрес, який безпосередньо впливає на особистість, ускладнює, а іноді унеможлиблює, здійснення нормальної життєдіяльності. Окрім фізичних травм, що призводять до інвалідізації, у період воєнних дій люди отримують і психологічні порушення, оскільки перебувають в ситуації, яка безпосередньо загрожує їхньому життю. Тому соціально-психологічна реабілітація як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів має носити інтегративний характер і включати комплекс заходів, зокрема: психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні. При цьому необхідно використовувати як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної роботи (консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо).

Виокремлюються основні проблеми реабілітаційної системи України:

- недофінансування системи охорони здоров'я;
- неефективна та застаріла система управління;
- відсутність цілісної системи реабілітації населення;
- низькоефективне проведення реабілітаційних дій на санаторно-курортному етапі;

- недосконала нормативно-правова база, відсутні сталі стандарти реабілітації населення;
- відсутність більш широкого спектру спеціальностей медичної реабілітології у закладах вищої освіти медичного спрямування;
- відсутність єдиного управлінського органу з питань медичної реабілітації, та ін.

8. Україна, як сучасна європейська держава, на протязі останніх років активно удосконалює свою державну політику як в медичній галузі в цілому, так і безпосередньо в сфері реабілітації. Була прийнята низка документів, що визначають правові засади і забезпечують функціонування та подальший розвиток системи реабілітації. Вони спрямовані на вдосконалення правових засад реформи, прискорення її темпів. Значний вклад вносять команди експертів із представників Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України (НСЗУ), Міністерства у справах ветеранів, Міністерства соціальної політики, Офісу Президента України, радниці-уповноваженої Президента з питань безбар'єрності, Школи реабілітаційної медицини Українського католицького університету (УКУ), Українського центру охорони здоров'я. Впроваджуються різноманітні проекти в сфері реабілітації – як приклад, можна навести проєкт Олени Зеленської «Реабілітація травм війни в Україні» за сприяння Швейцарської агенції розвитку і співробітництва.

Пріоритетні напрями удосконалення сфери реабілітації в Україні:

- забезпечення доступності реабілітаційної допомоги за першої потреби, в т.ч. до послуг мультидисциплінарної команди;
- визначення реабілітаційного прогнозу, мети та завдань реабілітації, розроблення індивідуального реабілітаційного плану;
- забезпечення комплексного підходу в наданні реабілітаційної допомоги та уникнення або зниження стійких обмежень життєдіяльності в осіб з обмеженнями повсякденного функціонування;

- забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у необхідній кількості;
- внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану та продовження його виконання в амбулаторних умовах після виписки із закладу.

Методами впровадження можуть стати наступні дії:

- створення на законодавчому і практичному рівнях реабілітаційних відділень у лікарнях, забезпечення їх оснащенням та високоспеціалізованими і сформованими реабілітаційними командами;
- переведення підготовки фахівців з реабілітації до системи охорони здоров'я, як стратегічний запланований напрям (як це відбувається, у США і Європейських країнах);
- забезпечення фінансової та законотворчої підтримки впроваджуваних реформ, яка інтегрується і адаптується відповідно до постійно змінюваних умов як у самій державі, так і у світі;
- підтримка постійну взаємодію з іноземними партнерами у різноманітних програмах розвитку і впровадження реабілітації та вдосконалення нашої національної системи з урахуванням досвіду більш розвинених країн світу.

9. Першочерговими заходами щодо запровадження та розвитку реабілітаційних процесів в Україні у воєнний період можна вважати наступні:

- створення системи медичного забезпечення, спроможної надавати відповідну медичну підтримку всім завданням, що стоять перед силами оборони України, яка функціонує відповідно до стандартів НАТО, і здатної робити внесок у функціонально сумісні медичні можливості для спільних місій з НАТО;
- досягнення необхідних спроможностей щодо розшуку поранених, їх медичної евакуації та надання необхідної допомоги і лікування. У діяльність військово-медичних служб необхідно упровадити сучасні технології надання

медичної допомоги і лікування поранених відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

– унормування питання використання можливостей системи охорони здоров'я у державі щодо надання медичної допомоги, лікування і медичної реабілітації поранених в рамках єдиного медичного простору, створення системи медичної реабілітації, яка забезпечує відновлення фізичних, психологічних і соціальних функцій для повернення до виконання обов'язків військової служби або соціальну та трудову адаптацію;

– удосконалення системи підготовки та перепідготовки військово-медичних кадрів для сил оборони та запровадження військово-медичної підготовки, яка забезпечить ефективне навчання стандартам надання медичної допомоги при бойовій травмі (патології);

– створення медичної інформаційної системи складових сил оборони, що охоплює всі етапи медичної евакуації та процеси управління потоками пацієнтів, відповідає стандартам, доктринам та рекомендаціям НАТО.

Велике значення має також створення спеціалізованих центрів по відновленню, застосування таких новітніх напрямків лікування як арт-терапія, іппотерапія, об'єднання навчальних тренінгів та ігрової діяльності, тісна співпраця з близьким оточенням (сім'я, друзі, колеги) та ін. Тобто повинно бути збалансоване співвідношення усіх можливостей процесу реабілітації, які доступні на даному етапі розвитку медицини. Це передбачає цілу низку заходів, першочерговими з яких є:

1. Навчання мультидисциплінарних реабілітаційних команд.
2. Дооснащення реабілітаційним обладнанням восьми пілотних реабілітаційних центрів в Чернігівській, Сумській, Рівненській, Запорізькій та Львівській областях, які працюватимуть за передовими стандартами.
3. Оснащення обладнанням симулятивних кімнат у трьох закладах вищої освіти, які навчають фізичній реабілітації: в УКУ, Хортицькій

національній навчально-реабілітаційній академії та в Сумському державному педагогічному університеті ім. А.С. Макаренка.

4. Створення освітніх онлайн курсів з надання реабілітаційної допомоги та Міжнародної класифікації функціонування, які зможуть пройти фахівці сфери охорони здоров'я по всій країні.

5. Розробка функцій з реабілітації в електронній системі охорони здоров'я

6. Розробка пропозицій зміни законодавства, щоб гарантувати доступ до реабілітації для всіх жителів України, в тому числі тих, хто потребує додаткової підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Сидоренко Т.М. Правові засади реформування галузі охороги здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку
2. Наказ МОЗ України від 02.04.2020 №762 «Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування корона вірусної хвороби (COVID-19)»
3. Аніщенко М.А. Основні тенденції сучасного реформування законодавства України у сфері охорони здоров'я. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2020.
4. Юрочко Т., Бубенчикова С. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. [Електронний ресурс] <https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin>
5. Звіт Національної Служби здоров'я України за 4-й квартал 2021 року [Електронний ресурс] <https://ehealth.gov.ua/dokumenty>
6. Кириченко Н. Реабілітаційні послуги: які вони нині в Україні та світі, і чи змінить ситуацію новий законопроект [Електронний ресурс] www.life.pravda.com.ua/health
7. Гончарова О. Реформа медичної галузі – панацея чи остаточне знищення? [Електронний ресурс] <http://khpg.org/index.php?id=1484060362>
8. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України» від 19.12.2017 р. № 2249-VIII
9. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. №2168-VIII
10. Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 148 Про затвердження примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу
11. Сисоєнко І. Системі реабілітації України бути [Електронний ресурс] www.life.pravda.com.ua

12. Місія з питань реабілітації ВООЗ Оцінювання системи реабілітації в Україні 2015 [Електронний ресурс] <http://uk.wkspedia.org/wiki>
13. І. Р. Мисула, Т. Г. Бакалюк, А. О. Голяченко, Н. І. Сидлярчук, Ю. І. Мисула, М. С. Мисула, Ю. В. Завіднюк Система реабілітації в Україні та шляхи її вдосконалення (Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019. № 3)
14. Медична реформа: розвиток людського капіталу [Електронний ресурс] <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/> [rozvitok-lyudskogokapitalu/reforma](https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogokapitalu/reforma)
15. [Електронний ресурс] <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-2022>
16. [Електронний ресурс] www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish
17. [Електронний ресурс] <https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/reabilitaciya>
18. [Електронний ресурс] <https://armyinform.com.ua/2022>
19. Постанова КМУ від 01.10.1014 №518 «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок» (в ред. від 12 квітня 2022 року)
20. Загорія Г. Реабілітація в Україні: повертая до життя [Електронний ресурс] <http://uanr.com.ua/articles>
21. Вакуленко Л.О. Клапчук В.В. Вакуленко Д.В. Прилуцька Г.В. Кутаков С.В. Прилуцький З.П. Лучишин Н.Ю. Основи фізичної реабілітації Тернопіль, 2020
22. Магльований А. Мухін В. Магльована Г. Основи фізичної реабілітації Львів, 2005
23. Мухін В.М. Фізична реабілітація. - К.: Видавництво НУФВСУ "Олімпійська література", 2005
24. Кункевич О.А. Особливості становлення реабілітації в Україні, Львів 2021

25. [Електронний ресурс] <https://nubip.edu.ua/en/node/3399>
26. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX зі змінами згідно із Законом від 15.12.2021 № 1962- IX
27. Малахов В.О., Кошелєва Г.М., Родін В.О. Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: проблеми і перспективи; Проблеми безперервної медичної освіти та науки №1-2016
28. Постанова КМУ від 22.02.1992 № 83 «Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів»
29. Розпорядження КМУ від 30.11.16 р. № 1013-р Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я
30. [Електронний ресурс] www.tdmu.edu.ua/2021/09/28
31. Закон України Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості
32. Постанова КМУ від 28.03.18 р. № 283 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню»
33. [Електронний ресурс] <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1160-18>
34. Постанова КМУ від 28.03.18 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»
35. Постанова КМУ від 25.04.18 р. № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»
36. Постанова КМУ від 05 квітня 2012 №321 «Про затвердження Порядку забезпечення засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, їх переліку» (в ред. від 12 квітня 2022р №454)

37. Спільний наказ Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 20.11.2020 №774/2691 «Про затвердження переліку діагнозів відповідно до найменування технічних та інших засобів реабілітації згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»

38. Наказ Міністерства соціальної політики України від 17.03.2021 №134 «Про затвердження Порядку призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції» (зі зм. від 29.06.2021 №358)

39. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» із змінами, внесеними згідно з Законом № 1962-IX від 15.12.2021

40. О.В.Селюк, А.А.Воронко «Сучасні аспекти військової медицини» Київ, 2021

41. Перегончук Н. В., Чумак Т. А. До проблеми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах антитерористичної операції

42. В.І. Цимбалюк «Досвід охорони ментального здоров'я та медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах гібридної війни» Київ, 2020

43. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : метод. посіб. [упоряд. : Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. - Чернівці : Технодрук, 2014

44. Китаєв-Смик Л. А. Стрес війни: фронтові спостереження лікаря психолога К. 2001

45. Буряк О. О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил 2015

46. [Електронний ресурс] <https://life.pravda.com.ua/health/2022/06/8>

47. І. А. Берлінець Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні, Електронне «Державне управління: удосконалення та розвиток», №4-2019
48. [Електронний ресурс] <https://ck-oda.gov.ua/novyny>
49. Освіта в Україні: виклики та перспективи. Інформаційно-аналітичний збірник. Київ, 2020
50. [Електронний ресурс] <https://ru.bookimed.com/clinics/country>
51. І. А. Берлінець Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні, Електронне «Державне управління: удосконалення та розвиток», №4-2019
52. [Електронний ресурс] <http://pharma.net.ua/publications/articles>
53. Пінчук І.Я. Наукове обґрунтування стратегії якісно нової функціонально-організаційної системи психіатричної допомоги в межах проведення реформування системи охорони здоров'я, Газета Новини медицини і фармації, тематичний випуск 398
54. Указ Президента України 240/2016 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»»
55. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2017
56. Федоренко О. І. Використання ділових ігор при вивченні правових дисциплін у процесі підготовки майбутніх правоохоронців до професійної діяльності. Вісник Національного університету оборони України. 2018
57. Кларін М. В. Іновації в світовій педагогіці: навчання на основі досліджень, ігор, дискусії : аналіз іноземного досвіду. М.; Рига : Пед. центр «Експеримент», 2018
58. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. К. : Міленіум, 2004

59. Нормативно-правові документи з питань організації соціальної роботи з сім'ями та особами, які опинилися в складних життєвих обставинах. Тернопіль, 2009

60. Олексюк Н. С., Капська А. Й. Вплив ресурсного забезпечення на соціально-педагогічну роботу з сім'єю військовослужбовців. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова

61. Потапчук Є. М. Психопрофілактика міжособистісних конфліктів у сім'ях військовослужбовців прикордонних військ Хмельницький, 1998

62. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Харченко та ін. Центр навчальної літератури, 2004

63. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО та членам їх сімей. Вісник. 2018 Випуск №3