

працездатності становить від 0,5 до 2% за рік. Зниження інтегральних показників професійної працездатності носить нелінійний характер і становить 0,1-0,4% на рік. У працівників старшого віку (ПСВ) спостерігається зміна психологічного профілю особистості в сторону песимістичності, іпохондрії, тривожності, емоційної лабільності і приховування проблем соціально-психологічного характеру, яке тісно корелює з показниками біологічного віку ( $R = 0,67, p < 0,01$ ), розумової ( $R = 0,63, p < 0,01$ ) і фізичної працездатності ( $R = 0,69, p < 0,01$ ). Показано, що професійна перепідготовка є варіантом трудової реабілітації ПСВ. Виявлено, що раніше виконувана професійна діяльність є провідним чинником, що впливає на успішність навчання і перенавчання ПСВ. Різні патологічні стани поряд з несприятливими виробничими чинниками сприяють виникненню неспецифічних змін в організмі людини і прискоренню темпу старіння. Показано медико-біологічну доцільність адекватної трудової діяльності ПСВ. Виявлено, що впровадження досягнень геронтотехнології дозволить особам старшого віку підтримувати продуктивність праці на рівні близьким до молодих працівників, що позитивно впливає на підвищення якості життя ПСВ.

Висновки. Показано, що оптимізація роботи ПСВ має враховувати вікове зниження працездатності людини і орієнтуватися не на інтенсивність праці, але на підвищення її ефективності. Найбільш перспективним резервом збереження здоров'я і працездатності є геронтотехнологічна адаптація виробничого середовища і впровадження професійно-трудої реабілітації відповідно реальних можливостей працівників старшого віку.

УДК 616-036.86-083(477)

## **СУЧАСНИЙ СТАН МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ**

*В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко*

*Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького  
національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Вінниця, Україна  
[reab@ukr.net](mailto:reab@ukr.net)*

The state social policy on disabled people in Ukraine is built in accordance with the international documents, the main place of which is the rehabilitation of the disabled. The incomplete use of state-offered opportunities reduces the effectiveness of medical and social rehabilitation of the disabled and sets the task of improving it. Today the problems of improving of the quality of medical and social rehabilitation of the disabled, its effectiveness, and the definition of the needs of the disabled in rehabilitation services are relevant.

Keywords: disabled, medical and social rehabilitation, individual rehabilitation program, effectiveness, needs.

Państwowa polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych w Ukrainie jest zbudowana zgodnie z międzynarodowymi dokumentami, w których głównym miejscem jest rehabilitacja osób niepełnosprawnych. Niepełne wykorzystanie oferowanych przez państwo możliwości zmniejsza skuteczność rehabilitacji medycznej i społecznej osób niepełnosprawnych i wyznacza zadanie jej poprawy. Do tej pory problem poprawy jakości rehabilitacji medycznej i społecznej osób niepełnosprawnych, skuteczności i definicji potrzeb osób niepełnosprawnych w usługach rehabilitacyjnych jest aktualna.

Słowa kluczowe: osoby niepełnosprawne; medyczna i społeczna rehabilitacja; indywidualny program rehabilitacji; wydajność; potrzeby.

Державна соціальна політика щодо інвалідів в Україні побудована у відповідності з міжнародними документами, до яких відносяться «Декларація про права інвалідів», що прийнята Генеральною асамблеєю ООН, Конвенція (№159) «Про професійну реабілітацію інвалідів», прийнята Міністерством охорони праці; «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей розвитку інвалідів», прийняті Генеральною асамблеєю ООН, «Всесвітня програма дій у відношенні інвалідів» та інші. Основне місце в цих документах належить проблемам реабілітації інвалідів з метою побудови для них «рівних можливостей» у різних сферах життєдіяльності.

Ратифікувавши в 2011 р. Конвенцію про права інвалідів та Факультативний протокол до неї (Закон України від 16 грудня 2009 р. №1767-VI), Україна взяла на себе юридичні зобов'язання щодо забезпечення її виконання в повному обсязі, відображення належним чином її положень у національному законодавстві, планах соціально-економічного розвитку та Державному бюджеті, удосконалення системи соціального захисту інвалідів, в т.ч. реабілітації.

З позиції системно-цільового підходу можна виділити три ієрархічно підпорядкованих, але і відносно самостійних рівні реабілітації: державно-регіональний, процесуально-технологічний, індивідуальний.

Кожен рівень має свої специфічні функції, мету, завдання [1-3].

Основною функцією індивідуального рівня є забезпечення процесу комплексної реабілітації конкретного інваліда. Вона є системоутворюючою, тому що від неї залежить ефективність реалізації запланованої мети реабілітації, обґрунтованість витрат ресурсів. У сучасних умовах функція цього рівня в правовому аспекті пов'язана з індивідуальною програмою реабілітації (ІПР).

Мета ІПР: усунути зворотні функціональні наслідки захворювання або травми; забезпечити фізіологічну, психологічну, технічну компенсацію

неповністю зворотних або незворотних функціональних наслідків; усунути або зменшити побутові наслідки за рахунок адаптації житла, навколишнього середовища, допомоги інших осіб; забезпечити психологічну та фізіологічну адаптацію до конкретної трудової діяльності на зниженому функціональному рівні при умовах, наявності установки на працю [4].

Згідно законодавчим та нормативним актам, в т.ч. постанови КМ України від 23 травня 2007 року №757, для здійснення комплексної реабілітації інвалідів передбачені послуги з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціально-побутової реабілітації, забезпечення технічними засобами реабілітації, виробами медичного призначення [5].

Не дивлячись на деякі позитивні кроки в плані побудови медико-соціальної реабілітації інвалідів, в Україні на сьогодні відсутня єдина система, що координує та спрямовує діяльність різних відомств та закладів, не розроблена методика контролю та оцінки ефективності ІПР, актуальним є питання якості медико-соціальної реабілітації інвалідів [3; 8; 9].

Мета роботи: дослідити стан медико-соціальної реабілітації інвалідів на індивідуальному рівні та оцінити її ефективність при основній інвалідизуючій патології.

Матеріали та методи. За даними медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) 22 областей України нами було проаналізовано 470775 ІПР при всіх інвалідизуючих нозологіях. На підставі проведеного аналізу визначена структура медико-соціальної реабілітації, розраховані потреби інвалідів в заходах реабілітації, її ефективність при кожній нозологічній формі. Використані методи: аналітичний, статистичний, експертних оцінок, мета-аналіз за даними ІПР.

Результати. Отримані дані свідчать, що в структурі медико-соціальної реабілітації близько 50% (49,44%) всіх видів реабілітації складає медична. Їй належить пріоритетна роль при всіх інвалідизуючих захворюваннях. Відносно вагомими є показники з фізичної (44,06%) та трудової реабілітації (12,73%). Невисокими є показники професійної реабілітації (8,14%) та використання технічних засобів (8,99%). Звертає на себе увагу низька питома вага послуг з психолого-педагогічної (3,58%), соціально-побутової (1,93%), фізкультурно-спортивної реабілітації (0,58%), виробів медичного призначення (0,53%), що пояснюється тим, що лікарі МСЕК не повністю володіють можливостями цих видів реабілітації для інвалідів з різною патологією. Аналіз методичної бази, якою користуються лікарі-реабілітологи, свідчить про те, що вона представлена фрагментарно та потребує суттєвого наповнення.

Потреби інвалідів в різних видах реабілітації є основним і структурно утворюючим фактором медико-соціальної реабілітації. Чим більш повнішими конкретнішими будуть знання про потреби інвалідів, тим відповідно

адекватнішою буде державна система реабілітації.

Реабілітація не обмежується проведенням втручань, спрямованих на відновлення тільки здоров'я. Вона передбачає заходи, мета яких – відновлення фізичного, психічного, соціально-трудового статусу, з тим, щоб забезпечити гідну життєдіяльність людини в суспільстві. Виявлення потреб інваліда в заходах медико-соціальної реабілітації – це трудомісткий процес, яким повинні володіти реабілітологи МСЕК, це робота з хворою людиною, роз'яснення її можливостей підвищення якості життя, соціального статусу завдяки заходам, які передбачила держава. На підставі існуючого досвіду по формуванню ІПР нами розраховані показники потреб (співвідношення кількості конкретної послуги до числа інвалідів віднесених до 100) інвалідів при всіх інвалідизуючих захворюваннях [7].

Загальні показники при усіх інвалідизуючих захворюваннях свідчать про значне переважання потреб в послугах медичної реабілітації, яка складається з відновної терапії (потреба відповідає 94,67 умовних одиниць), профілактичних заходів (58,67), реконструктивної хірургії (2,34), санаторно-курортного лікування (28,17), психіатричної допомоги (6,38), медичного спостереження (65,81).

Психолого-педагогічна реабілітація передбачає надання допомоги інваліду в навчанні з метою оволодіння знаннями, навичками, необхідними для життя і особистого розвитку в суспільстві, вона розрахована на дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства. Показник потреб в ній склав 18,65.

Фізична реабілітація спрямована на функціональне відновлення особи шляхом виявлення і розвитку резервних і компенсаторних можливостей організму, вироблення нових рухів, навичок, користування технічними засобами. В ІПР з фізичної реабілітації передбачені послуги з консультування, ерготерапії, кінезотерапії, лікувального масажу, лікувальної фізкультури; показник потреб склав 73,20.

Професійна реабілітація спрямована на підготовку інваліда до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності. В ІПР передбачені послуги з експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, відбору, підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації, професійної освіти. Показник потреб склав 42,38.

Трудова реабілітація передбачає тренування відновленої моторної здатності з використанням засобів реабілітації з метою створення умов для праці по можливості у звичайному виробничому середовищі за допомогою індивідуальних заходів. Показник потреб склав 66,26.

Фізкультурно-спортивна реабілітація передбачає вироблення та покращення навичок рухової активності, оздоровлення, позитивної мотивації до адаптації у суспільстві. Показник потреб склав 3,04.

Соціально-побутова реабілітація забезпечує умови для соціальної

адаптації інваліда, активної участі у житті, набуття соціального статусу, здатність до підтриманої суспільної і родинно-побутової діяльності. В ІПР передбачені послуги навчання основним соціальним навичкам, пристосування меблів, установа обладнання для адаптації житлових приміщень, соціально-побутовий патронаж, працетерапія. Показник потреби склав 10,05.

Технічні засоби реабілітації є важливим компонентом медико-соціальної реабілітації. Медико-функціональна та соціальна адекватність їх спрямована на зменшення обмежень життєдіяльності, відновлення здатності до самообслуговування, пересування, навчання, трудової діяльності. В ІПР передбачені засоби пересування, спеціальні засоби орієнтування, спілкування та обміну інформацією, спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю, протезні вироби, спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар. Показник потреби склав 46,81.

Вироби медичного призначення сприяють компенсації втраченої або зниженої функціональної спроможності, дозволяють повністю або частково зняти обмеження життєдіяльності, покращити якість життя. Перелік засобів представлений в Постанові КМУ від 3 грудня 2009 року №1301 [10], де передбачено забезпечення інвалідів в амбулаторних, побутових, стаціонарних умовах. Слід зазначити, що він не охоплює всю інвалідизуючу патологію, а також реабілітологи МСЕК не повністю визначають потреби інвалідів в даному виді реабілітації, тому показник склав 0,33.

Представлені дані свідчать, що при всіх нозологічних формах інваліди мають найбільші потреби в заходах медичної реабілітації. Що стосується інших видів реабілітації, то їх показники нижчі, ніж за даними літератури на 20-40% [6; 7], особливо це стосується соціально-побутової реабілітації, технічних засобів, виробів медичного призначення.

Слід підкреслити, що державою запропоновані гарантовані реабілітаційні заходи, які сприяють соціальному захисту та допомозі особам з особливими потребами, але практичне їх виконання відстає від очікуваної мети, і відповідно значно знижує ефективність реабілітації.

Актуальність оцінки ефективності комплексної багатопрофільної реабілітації інвалідів визначається рядом факторів: необхідністю удосконалення форм та методів реабілітації, впровадження сучасних технологій; раціонального використання бюджетних коштів; реформування соціальної політики по відношенню до інвалідів; покращення соціально-демографічної ситуації в суспільстві та скорочення невиправданих витрат на соціальну інтеграцію інвалідів [9; 11].

Ефективність реабілітаційних заходів оцінюється показниками: повна, часткова реабілітація, відсутність ефекту, збільшення ступеню обмежень життєдіяльності. Нами проведені розрахунки ефективності медико-соціальної реабілітації при основній інвалідизуючій патології. Отримані результати

представлені в таблиці.

Таблиця

*Показники ефективності реабілітації при основних інвалідизуючих захворюваннях*

Нозологічні форми захворювань	Ефективність реабілітації				
	Повна	Часткова	Не відновлено	Збільшився ступінь обмеження життєдіяльності	Немає даних
1. Інфекційні та паразитарні хвороби	2,38	24,86	53,45	4,16	15,14
2. Онкологічні хвороби	3,30	20,61	56,16	7,62	12,32
3. Хвороби крові та кровотворних органів	2,51	17,03	58,80	16,63	5,03
4. Психічні хвороби	0,23	12,39	68,68	3,39	15,30
5. Хвороби опорно-рухового апарату та центральної нервової системи	2,05	24,79	56,59	5,24	11,33
6. Патологія органів зору	7,11	20,14	44,46	14,71	7,97
7. Патологія органів слуху	2,03	24,96	50,48	2,96	19,57
8. Хвороби системи кровообігу	1,82	20,12	69,27	5,65	10,50
9. Хвороби органів дихання	3,02	17,31	65,73	1,85	12,09
10. Хвороби органів травлення	5,83	37,85	41,75	10,88	11,07
11. Хвороби кістково-м'язової системи	3,28	33,71	49,06	3,65	10,30
12. Хвороби сечостатевої системи	6,19	23,06	58,77	4,24	8,95
13. Ендокринні хвороби	0,93	28,82	50,79	3,61	15,98
Середня по областях	3,12	22,74	55,69	6,51	11,94

Згідно представлених даних, позитивні результати реабілітації досягнуті загалом у 25,86% (повна + часткова реабілітація), негативні результати (збільшився ступінь обмеження життєдіяльності) – в 6,51%, реабілітаційні



заходи не дали результатів в 55,69%. Найбільш високі показники повної реабілітації мають місце при патології органів зору, хворобах сечостатевої системи, хворобах органів травлення. Найбільш низькі – при психічних та ендокринних хворобах, негативні – при хворобах крові та кровотворних органів, патології органів зору, хворобах травлення. Найбільший контингент інвалідів, у яких заходи реабілітації не дали результатів, спостерігався при психічних хворобах та захворюваннях системи кровообігу, органів дихання.

Існуюча на даний час методика оцінки реабілітації інвалідів основана на формальних ознаках змін групи інвалідності при переосвідченні та інтегрально характеризує тільки одну сторону реабілітації інвалідів. Вона пов'язана з експертними підходами, критеріями оцінки ступеню обмежень життєдіяльності та інвалідності. Представлені дані показують, що бажано було б переглянути експертні підходи при деяких нозологічних формах, наприклад, при ендокринній та психіатричній патології.

Аналіз показників ефективності реабілітації по регіонах показав значні розбіжності.

Висновки. Державою гарантовані різноманітні реабілітаційні послуги, засоби, виробы, які спрямовані на покращення життя, усунення або зменшення функціональних порушень та обмежень життєдіяльності, досягнення соціальної незалежності осіб з особливими потребами, але неповне їх використання та визначення потреб інвалідів в заходах медико-соціальної реабілітації значно знижують їх ефективність. Ускладнюють побудову єдиної системи реабілітації відсутність системного підходу в оцінці результатів роботи МСЕК з медико-соціальної реабілітації та недосконалість роботи лікарів-реабітологів МСЕК, яка потребує покращення.

#### Література

1. Коробов М. В. Актуальные вопросы становления и развития реабилитологии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Сборник научных трудов. – С-Пб., 2001. – Вып. 7. – С. 9-21.
2. Шестаков В. П. Научное обоснование системы оценки и контроля качества медико-социальной реабилитации инвалидов: Дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2008. – 419 с.
3. Шевчук В. І., Яворовенко О. Б., Беляєва Н. М., Шевчук С. В. Реабілітація інвалідів: монографія. – Вінниця: ФОП Данилюк В.Г., 2012. – 216 с.
4. Смычек В. Б. Реабилитация больных и инвалидов. – М.: Мед. лит., 2009. – 560 с.
5. Постанова КМУ від 23 травня 2007 р. № 757 «Про затвердження положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда».
6. Пузин С. Н., Кузьмишин П. Е., Бетремеев А. А. Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 4. – С. 29-30.

7. Андреева О. С. Организационные и методические основы формирования и развития государственной службы реабилитации в Российской Федерации: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2007. – 176 с.

8. Голяченко А. О. Шляхи оптимізації організації та підвищення якості і ефективності медичної реабілітації: Методичні рекомендації / А. О. Голяченко, Г. О. Слабкий. – Київ: МОЗ України, 2008. – 26 с.

9. Хобзей М. К., Іпатов А. В., Коробкін Ю. І., Мороз О. М. Аналіз сучасного стану реабілітації інвалідів в Україні // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 4. – С. 1-6.

10. Постанова КМУ від 3 грудня 2009 р. № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами».

11. Тимчасові рекомендації щодо заповнення, виконання та контролю за ефективністю індивідуальних реабілітаційних програм: Методичні рекомендації / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2008. – 111 с.