

7. Ехокардіографічна оцінка регургітації на нативних клапанах. Частина I. Атріовентрикулярна регургітація. Рекомендації робочої групи з функціональної діагностики Асоціації кардіологів України та Всеукраїнської асоціації фахівців з ехокардіографії / В. М. Коваленко, О. С. Сичов, М. М. Долженко [та ін.] // Аритмологія. – 2015. – №4 (16). – С. 6–36.

8. Recommendations for cardiovascular magnetic resonance in adults with congenital heart disease from the respective working groups of the European Society of Cardiology / Kilner P. J., Geva T., Kaemmerer H., Trindade P. T., Schwitler J., Webb G. D. // Eur Heart J. – 2010. – Vol. 31. – P. 794–805.

9. Task Force 3: valvular heart disease / Bonow R.O., Cheitlin M.D., Crawford M.H., Douglas PS / J Am Coll Cardiol. – 2005. – Vol.45. – P. 1334–1340.

10. Guidelines on the management of valvular heart disease: the Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology / Vahanian A, Baumgartner H. [et al.] // Bax J. Eur Heart J. – 2007. – Vol. 28. – P. 230–268.

11. Predictors of outcome in severe, asymptomatic aortic stenosis / Rosenhek R, Binder T, Porenta G, Lang I. [et al.] // Engl J Med. – 2000. – Vol. 343. – P. 611–617.

12. Outcomes in adults with bicuspid aortic valves / N. Tzemos, J. Therrien, J. Yip [et al.] // JAMA 2008. – Vol. 300. – P. 1317–1325.

13. Baumgartner H, Hung J, Bermejo J, Chambers JB, Evangelista A, Griffin BP, Jung B, Otto CM, Pellikka PA, Quinones M. Echocardiographic assessment of valve stenosis: EAE/ASE recommendations for clinical practice. Eur J Echocardiogr 2009;10:1 – 25.

14. Hickey EJ, Jung G, Williams WG, Manlhiot C, Van Arsdell GS, Caldarone CA, Coles J, McCrindle BW. Congenital supravalvular aortic stenosis: defining surgical and nonsurgical outcomes. Ann Thorac Surg 2008;86:1919 – 1927.

15. Long-term invasive and noninvasive results of percutaneous balloon pulmonary valvuloplasty in children, adolescents, and adults / Jarrar M., Betbout F., Farhat M.B., Maatouk F., [et al.] // Am Heart J., 1999. – Vol.138. – P. 950 – 954.

16. Brown ML, Dearani JA, Danielson GK, Cetta F, Connolly HM, Wames CA, Li Z, Hodge DO, Driscoll DJ. Functional status after operation for Ebstein anomaly: the Mayo Clinic experience. J Am Coll Cardiol 2008;52:460 – 466.



УДК 616.7:327.7

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ В НАЙБІЛЬШ РОЗВИНЕНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Професор А. В. Іпатов, Н. А. Саніна, Н. О. Гондуленко

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме: В статті освітлені особливості підходу к реабілітації осіб з інвалідністю в найбільш розвинутих країнах світу (США, Канада, Німеччина, Великобританія, Японія). Приведено порівняння двох основних моделей соціально-реабілітаційного обслуговування – американської та європейської, описано основні медичні, фінансові, соціальні та інші аспекти реабілітаційного процесу.

Ключові слова: реабілітація, інвалідність, адаптація.

Summary: The article highlights the features of approaches to the rehabilitation of persons with disabilities in the most developed countries of the world (USA, Canada, Germany, UK, Japan). Two main models of social rehabilitation services (American and European) are compared; also the article describes the main medical, financial, social and other aspects of the rehabilitation process.

Key words: rehabilitation, disability, adaptation.

За оцінками Організації об'єднаних націй та Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад один мільярд людей, або близько 15 % населення світу, живуть з будь-якою формою інвалідності. Щорічний приріст числа осіб з інвалідністю скла-

дає понад 8 млн, щодня в світі з'являється 23 тис. осіб з інвалідністю [1]. Цим пояснюються серйозні зусилля країн щодо вирішення проблем осіб з інвалідністю, їх медико-соціальної реабілітації та реінтеграції в суспільстві.

Досвід організації медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в найбільш розвинених країнах світу має істотний інтерес для України, оскільки відображає певний історичний етап формування правових і організаційних аспектів реабілітації в різних умовах політико-економічного розвитку, активності соціальних процесів, менталітету та інших чинників.

У низці країн у законодавстві знайшла відображення так звана позитивна дискримінація осіб з інвалідністю, яка полягає в тому, що ця соціальна категорія отримує певні преференції, порівняно з рештою суспільства, через особливі обставини, в яких вона знаходиться. Така концепція дає змогу законодавчо посилити позиції медичної реабілітації та соціального захисту даного контингенту населення [2].

Найгарантованишим інструментом захисту прав осіб з інвалідністю є відображення їх у Конституції тієї або іншої країни. Будь-який закон або нормативний акт уряду позбавляється сили, якщо він не відповідає Конституції. Тому внесення до Конституції положень про права осіб з інвалідністю надзвичайно важливе і є найкращим способом захисту їхніх прав і фундаментальних свобод.

Особливості реабілітації осіб з інвалідністю завжди знаходяться під впливом специфічних умов розвитку кожної окремої країни. Так, характерним прикладом цього відношення є порівняння двох моделей соціального обслуговування – європейської та американської.

У Сполучених Штатах Америки особи з інвалідністю насамперед забезпечуються пенсією і страхуванням від нещасних випадків. На підставі законів про забезпечення осіб з інвалідністю та осіб, які мають вади розумового розвитку, місцеві органи влади США в межах своєї території відповідають за соціальну підтримку осіб з інвалідністю. Права осіб з інвалідністю встановлені в спеціалізованих і загальних національних документах. До перших можна віднести Закон про інвалідів, Закон про реабілітацію, Закон про усунення архітектурних бар'єрів [3, 4, 5].

У США існує Національна рада з реабілітації осіб з інвалідністю, члени якої призначаються президентом. Рада є федеральним органом, який має повноваження по розробці політики в інтересах осіб з інвалідністю, й тісно взаємодіє з Національним науково-дослідним інститутом з проблем інвалідності.

Медична реабілітація передбачена в рамках спеціальних програм «Medicare» і «Medicaid», які фінансуються федеральним урядом для соціально незахищених верств населення. За рахунок цих програм медична допомога надається хронічно хворим та особам з інвалідністю, які мають фізичні, розумові і психічні порушення. Причому більшого значення надають не діагностиці та лікуванню гострих симптомів, а питанням виживання осіб з інвалідністю із залишковими анатомічними дефектами і функціональними порушеннями, які призводять до обмежень життєдіяльності. Практично реабілітація здійснюється за допомогою спе-

ціалізованих інвалідних організацій і фондів, оскільки муніципалітети (за плату) залучають їх для надання особам з інвалідністю значної частини належних за законом послуг. Основними серед послуг є: житлово-побутове обладнання, транспорт, надання роботи, навчання, адаптація, виплата спеціальних допомог та компенсацій. Останні передбачені для проведення заходів соціально-реабілітаційного характеру, що сприяють підвищенню дієздатності особи з інвалідністю, а також на протезування, професійну підготовку або загальну освіту [6].

Адаптаційна підготовка допомагає особі з інвалідністю пристосуватися до стану, що виникає в результаті каліцтва або хвороби, навчає користуватися різними технічними та іншими засобами, передбаченими для підтримки цієї категорії населення. До адаптаційної підготовки залучаються члени сім'ї та близькі хворих. Її мета – забезпечити соціальну і психологічну самостійність, зміцнити дієздатність особи з інвалідністю. Підготовка до праці покликана полегшити працевлаштування особи, зміцнити її прагнення пристосуватися до роботи і домогтися в ній успіху [7].

Допомога особі з інвалідністю в облаштуванні житла покликана створити умови для нормального і незалежного побуту, самообслуговування. Завдяки перебудові квартири, придбання спеціальних пристосувань вдається налагодити життя особи з інвалідністю вдома, а не в стаціонарі. Усунути або зменшити незручності – це головне в перебудові квартири. До пристосувань, що підвищують дієздатність особи з інвалідністю, належить: автомобіль, спеціально обладнаний моторолер, додаткове обладнання для автомобіля, інформаційно-текстова апаратура до телевізора, телефон з підключеним дисплеєм, пристрої, які дають змогу займатися посильними видами фізкультури і спорту. Для їх придбання особі з інвалідністю виплачують окремі кошти. Надаючи транспортні послуги, соціальні служби доставляють людей з важкими формами інвалідності на роботу, до навчального закладу, на культурні заходи, до басейну тощо.

У США багато говорять про радикальну зміну колишнього уявлення про інвалідність, про зростаючу категорію людей, які стикаються з фізичними та когнітивними проблемами, які хочуть, щоб їхні здатності і винахідливість, а не тілесні обмеження, визначали, чого вони можуть досягти, чого навчитися і чим насолоджуватися. Перед ними можуть виникати труднощі, пов'язані з пересуванням, м'язовим контролем, слухом, промовою або зором. Але багато хто з тих, кого колись суспільство могло приректи на соціальну ізоляцію і навіть залежність, користуються сьогодні плодами роботи численних інженерів, конструкторів і підприємців, які розробляють і постачають на ринок технічні засоби, зазвичай «допоміжною технікою», які допомагають людям жити активним, незалежним і творчим життям.

Крім державних програм медичної реабілітації, в США існує дуже широка мережа приватних

клінік, які здійснюють високотехнологічні реконструктивні операції, в тому числі з пересадки органів, а також клінік, які проводять різні види відновного лікування та протезування. Високий рівень якості заходів медичної реабілітації – важливий чинник запобігання інвалідності.

Особлива увага в США приділяється питанням реабілітації осіб з інвалідністю з психічними розладами. Підраховано, що тільки інвалідність від шизофренії тягне за собою щорічні збитки в розмірі 50 млн доларів. У середовищі фахівців по роботі з важкими психічно хворими та особами з інвалідністю немає єдиної думки про принципи побудови системи їхньої реабілітації. Однак усе більше значення набувають різні форми соціальної реабілітації в співтоваристві, поза стінами стаціонарних установ.

Канада стала першою країною, що внесла до своєї Конституції положення про рівність осіб з інвалідністю: «Кожен індивідуум є рівним перед законом без будь-якої дискримінації, в тому числі за ознакою раси, національності, релігії, статі, віку, розумових або фізичних вад». Крім того, в ній низка законодавчих актів, спрямованих на організацію медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю. Зокрема, це Акт про сліпих, Акт про інвалідів, Акт про професійну реабілітацію інвалідів, Закон про права людини в Канаді, Закон про працю, Закон про компенсації найманим працівникам тощо. Вони забороняють дискримінацію осіб з інвалідністю та заохочують створення умов рівного доступу до послуг охорони здоров'я, товарів, житла, роботи та ін. У них відображені питання діяльності корекційно-медичної служби, забезпечення осіб з інвалідністю протезно-ортопедичною допомогою, створення інформаційної служби медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, служби з трудотерапії, професійної орієнтації і підготовки [8].

З 1995 р. у країні діє Федеральна стратегія з інвалідності. Вона визначає повноваження федерального уряду у вирішенні питань профілактики інвалідності та медичної реабілітації осіб з інвалідністю, а також роль спільноти осіб з інвалідністю. Загальну координацію соціальної адаптації осіб з інвалідністю здійснює Міністерство розвитку людських ресурсів, а саме Бюро у справах інвалідів (Office of Disability Issues). Бюро співпрацює з іншими державними інститутами, моніторингом наукових досліджень у даній галузі. Головні напрями діяльності Бюро – працевлаштування, навчання, забезпечення дотримання громадянських прав, поліпшення житлових умов, вирішення проблеми транспортування осіб з інвалідністю, а також їхнього доступу до джерел інформації [9].

Питаннями інвалідності, крім Міністерства, тією чи іншою мірою займаються 35 федеральних відомств. У результаті їхньої спільної дії створюється єдина програма реабілітації для всіх осіб з інвалідністю. На замовлення уряду проводяться науково-дослідні роботи з проблем інвалідності та медичної реабілітації, функціонує інформаційна база даних «Національна реабілітаційна система»,

яка містить відомості про реабілітаційну інфраструктуру країни.

Переважає більшість інвалідів мешкає в спеціально обладнаних домашніх умовах, завдяки окремому Закону «Про житлові стандарти для осіб з інвалідністю». Відповідно до цього законодавства центральна іпотека і корпорація житлового будівництва розробили стандарти житла для осіб, які мають порушення здатності до пересування.

У Канаді проведена величезна робота зі створення умов для реального забезпечення рівності осіб з інвалідністю. До їхніх життєвих потреб адаптована інфраструктура міст, забезпечена доступність архітектурних споруд і всіх видів громадського транспорту.

Система освіти в Канаді законодавчо передбачає можливість навчання осіб з інвалідністю на всіх рівнях – від школи до університету. Переважає форма інтеграційної освіти, застосовуються спеціальні технічні засоби та індивідуальні програми. Більшість дітей з інвалідністю навчається в загальноосвітніх школах або вдома, а не в спеціалізованих установах. У багатьох загальноосвітніх школах всі учні, крім іноземної мови, освоюють мову жестів, яка є засобом спілкування глухих. Серед студентів канадських університетів не менше 1 % складають особи з інвалідністю; вищу освіту загалом мають 7 % осіб з інвалідністю.

Існує безліч федеральних, провінційних і локальних цільових програм з різних аспектів реабілітації осіб з інвалідністю. Найбільш поширеними є програми медичної реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок фізичних, психічних та сенсорних дефектів. Медична реабілітація осіб з інвалідністю внаслідок розумової відсталості здійснюється в психіатричних лікарнях, будинках-інтернатах, спеціалізованих стаціонарах і диспансерах. В останні роки все більш популярні стають амбулаторні форми медичної реабілітації даного контингенту інвалідів, особливо дітей і підлітків. Для них в амбулаторно-поліклінічних умовах організуються денні реабілітаційні стаціонари, де поєднуються медичні заходи і розвивальні форми дозвілля, які максимально наближені до місця їхнього проживання. Скорочення стаціонарних форм медичної реабілітації зумовлено як цілями підвищення доступності, прискорення соціальної адаптованості осіб з інвалідністю, так і міркуваннями економічної доцільності. Реалізується низка програм з профілактики інвалідності.

В процесі реабілітації осіб з інвалідністю передбачені особливі спеціалізації фахівців – окупаціональні (ерго) терапевти і сестри-менеджери. Їхня діяльність полягає у визначенні характеру функціональних порушень і індивідуальних потреб осіб з інвалідністю, а також у розробці та реалізації комплексу заходів, спрямованих на компенсацію обмежень життєдіяльності, розвиток або заміщення порушених функцій, необхідних для незалежного проживання осіб з фізичними та психічними відхиленнями. За допомогою тренінгів соціальних навичок досягається прищеплення побутових і професійних умінь. Подолання стресу,

пригніченості особи з інвалідністю, адаптація при переході від стаціонарного етапу лікування до амбулаторного також належить до сфери діяльності ерготерапевтів [10].

До програми реабілітації, зазвичай, залучаються заходи медичного, соціального і професійного характеру. Всі медико-соціальні реабілітаційні послуги здійснюються командою, в якій є координатор, фізіотерапевт, реабілітаційний терапевт, логопед, ерготерапевт, соціальний працівник та інші фахівці. Координатори організують і контролюють повну реалізацію індивідуальних програм реабілітації, оцінюють стан здоров'я і ступінь набутої особою незалежності.

Професійною реабілітацією займається служба зайнятості на чолі з Центром людських ресурсів Канади. Загальна кількість осіб з інвалідністю в структурі працездатного населення складає 15 %, серед усіх осіб з інвалідністю особи працездатного віку становлять 35 %. Діяльність Центру людських ресурсів по підборі особам з інвалідністю роботи, доступної за станом здоров'я, є досить успішною, зайнятість осіб з інвалідністю в Канаді сягає майже 50 %. Крім того, центр здійснює страхування зайнятості, проводить тимчасові виплати безробітним особам з інвалідністю.

Фінансова політика щодо осіб з інвалідністю проводиться диференційовано, в залежності від рівня їхніх доходів. Надання фінансової підтримки особам з інвалідністю не передбачено, якщо людина за станом здоров'я може працювати; для сприяння працевлаштування може бути надана однократна матеріальна допомога. Для стимулювання роботодавців до працевлаштування осіб з інвалідністю служба зайнятості компенсує 50 % витрат на заробітну плату осіб з інвалідністю [11].

Міністерство канадської спадщини залучено до роботи з особами з інвалідністю через управління у справах спорту, яке координує параолімпійський спорт, а також будівництво спеціально обладнаних спортивно-оздоровчих центрів в усій країні, через управління національних парків, що здійснює програму удосконалення доступу осіб з інвалідністю до парків та рекреаційних зон. Міністерство транспорту займається питаннями доступності та безпеки транспортної системи Канади для осіб з інвалідністю. Міністерство закордонних справ і міжнародної торгівлі Канади надає безкоштовну та доступну інформацію різним категоріям осіб з інвалідністю про подорожі, прийнятні для людей з обмеженими можливостями, і надає їм консульські послуги тощо.

У Німеччині до Конституції внесені такі слова: «Ніхто не може бути обмежений з причини своєї інвалідності». Вона надає всім громадянам «право на реабілітацію та інтеграцію в нормальне життя». Країна зобов'язує законодавчу, виконавчу владу і судові органи, як на федеральному рівні, так і на рівні земель і громад, а також інші установи та організації публічної влади використовувати всі можливості для введення осіб з інвалідністю всіх груп «наскільки це можливо, в нормальне життя». У цивільному праві передбачена заборона

на заподіяння шкоди особам з інвалідністю під час стосунків між приватними особами. Однак у Конституції Німеччини, на відміну від північноамериканської моделі, немає вимоги надавати перевагу або сприяти особам з інвалідністю при встановленні однакових умов життя або наданні однакових шансів. Ці питання належать до компетенції законодавця, який вирішує їх «у рамках своїх можливостей і з урахуванням принципу соціальної держави» [12].

Основним критерієм встановлення інвалідності в Німеччині є порушення здоров'я, яке тягне за собою значне зниження здатності до трудової діяльності, хоча враховуються і інші чинники. Встановлення інвалідності не пов'язується з конкретною професійною діяльністю, оцінюється загальна здатність до праці і визначаються професії, в яких трудова діяльність можлива. Інвалідність встановлюється лише в тих випадках, коли реабілітаційний прогноз несприятливий або реабілітаційні заходи неефективні й повернення до праці неможливе. Отже, статус особи з інвалідністю отримують тільки хворі з вираженими порушеннями здоров'я й обмеженнями життєдіяльності.

Медична реабілітація здійснюється в спеціалізованих (ортопедичних, кардіологічних, неврологічних, онкологічних тощо) реабілітаційних клініках і оплачується страховими фондами. Медичні реабілітаційні клініки є недержавними і працюють в умовах жорсткої конкуренції, що забезпечує високу якість і ефективність реабілітаційних послуг.

Професійна реабілітація частково починається на етапі медичної, а медична реабілітація зберігається на етапі професійної. В рамках медичної реабілітації проводиться відновне лікування, психотерапевтична і психологічна допомога, спрямована на адекватне сприйняття порушень здоров'я і на адаптацію до соціальної ситуації. Процес медико-соціальної реабілітації спрямований на максимально раннє відновлення самостійності і незалежності. З цією метою передбачено створення безбар'єрного архітектурного середовища для вільного доступу осіб з інвалідністю до культурних, спортивних та інших міських будівель та споруд, до всіх видів громадського транспорту. Ця діяльність здійснюється за рахунок коштів громад, тобто на місцевому рівні. Соціально-побутова адаптація, тобто перебудова або обладнання житла особи з інвалідністю, створення умов незалежного проживання і самостійного ведення господарсько-побутової діяльності здійснюються за рахунок коштів громад і страхових фондів та застосовуються дуже широко.

В основі законодавства Німеччини про осіб з інвалідністю лежить ідея про те, що реабілітація осіб з інвалідністю, їхнє навчання і забезпечення роботою економічно вигідніше, ніж забезпечення їх пенсіями та іншими соціальними виплатами. Існують закони, згідно з якими фінансування процесу реабілітації і реінтеграції особи з інвалідністю до трудового життя має пріоритет перед пенсійним забезпеченням. У Німеччині діє принцип «реабілітація до призначення пенсії по інвалідності»,

а також принцип надання індивідуальної допомоги, орієнтованої на особливості стану здоров'я і потреби конкретної людини. Кожний випадок розглядається індивідуально, спочатку визначаються професії, в яких придатна працювати особа, далі проводиться професійна адаптація, навчання і за потреби підвищення кваліфікації.

Загалом у Німеччині діють 28 закладів профтехосвіти для дорослих (на 15 тис. місць), навчальний план яких містить набуття професій у сфері торгівлі, управління, промисловості, техніки, а також у галузі охорони здоров'я та соціальних послуг. За потреби допускається розміщення в Інтернаті. Для осіб із психічними відхиленнями створено 8 спеціальних навчальних центрів зі схожими завданнями (на 457 місць). Молоді люди, які перебувають під наглядом лікарів, психологів і педагогів, і яким за станом здоров'я протипоказано виробниче навчання, здобувають основи відповідних професій в одному з 46 спеціальних навчальних закладів (всього 12,3 тис. місць). Тривалість навчання може складати від двох місяців до двох років. Діти-інваліди в Німеччині на їхній вибір можуть навчатися в спеціалізованих або звичайних школах нарівні з іншими дітьми [13].

У країні діє Закон «Про працю осіб зі зниженою фізичною здатністю». Він передбачає спеціальне обладнання робочих місць для людей з різними обмеженнями життєдіяльності за рахунок коштів роботодавців. Крім того, для таких людей організовано квотування робочих місць, передбачені особливі пільги при працевлаштуванні. Роботодавці також зацікавлені в наймі таких співробітників, оскільки вони отримують дотації від держави. На рівні федеральних земель створена мережа спеціалізованих медико-соціальних служб по інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство. Ці служби у тому числі контролюють виконання роботодавцями 6 % квоти з працевлаштування осіб з інвалідністю. Кошти, що виплачуються роботодавцями в зв'язку з невиконанням квоти, витрачаються цими службами на технічне оснащення спеціальних робочих місць для осіб з різними порушеннями здоров'я. Дані служби працюють досить ефективно, і значна частина осіб з інвалідністю зберігає або набуває нові робочі місця. За даними служби зайнятості, особи з інвалідністю складають лише 3,4 % усіх безробітних, 80 % осіб з інвалідністю повертається до праці [14].

До комплексу заходів щодо професійної реабілітації належить підбір і обладнання робочого місця, яке надається на більш вигідних умовах, ніж здоровим людям. Працюючим особам з вадами здоров'я передбачена виплата спеціальної компенсації транспортних витрат. У Німеччині залізничні потяги, які вводяться в експлуатацію, повністю облаштовані для перевезення осіб з інвалідністю, включаючи зручний в'їзд інвалідних візків. Від 2000 року ці правила поширюються на міські автобуси та автобуси далекого прямування.

Люди з важкою формою інвалідності, яка не дозволяє їм працювати більше трьох годин на день, отримують повну соціальну допомогу –

близько дев'яти тисяч євро на рік. Ті, хто працює до шести годин щодня, можуть розраховувати лише на половину. В основі соціально-трудової реабілітації німців-інвалідів лежить принцип: чим більше роботи, тим менше виплати. Діти можуть отримувати допомогу по інвалідності до 27 років.

Турботою про людей з обмеженими можливостями в Німеччині зайняті багато державних установ, а також церковні та громадські організації. Усі робочі та організаційні моменти знаходяться під відповідальністю Федеральної реабілітаційної комісії, на яку покладено функції розробки концепції медико-соціальної реабілітації, встановлення критеріїв інвалідності, а також здійснення координації та контролю діяльності в сфері реабілітації.

У розробці основних переліків реабілітаційних заходів і програм реабілітації осіб з інвалідністю поряд зі страховими фондами беруть участь міністерства праці та соціальних справ Німеччини і всіх федеральних земель, громадські об'єднання осіб з інвалідністю. Основні повноваження з організації медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю надані урядам федеральних земель [15].

Німецьке законодавство передбачає послуги персонального асистента, яким може безкоштовно користуватися людина з важкою формою інвалідності. Решта можуть на кілька годин на день наймати супроводжувача за рахунок муніципалітету або за додаткову плату.

У 2002 р. було прийнято рішення про переорієнтацію в проведенні медичної реабілітації зі стаціонарних форм на амбулаторні. Раніше 95 % медичних послуг надавалися в стаціонарних реабілітаційних установах. Перехід на здійснення реабілітації вдома або в умовах денного відвідування медичних закладів передбачає підвищення ефективності та зниження витрат на реабілітацію. Діюче законодавство надає особі з інвалідністю велику свободу і самостійність у виборі установ і засобів реабілітації, транспортних засобів. Також передбачена можливість надання їх не в натуральному вигляді, а як певна грошова сума, яку людина може витратити на потреби реабілітації на свій розсуд. Це сприяє ще більшій незалежності осіб з інвалідністю, їхній інтеграції до нормального життя, відповідальності за проведення своєї реабілітації. Крім того, самостійний вибір особою установ, послуг і засобів реабілітації в ринкових умовах стимулює організації, які надають послуги особам з інвалідністю, до розширення асортименту і підвищення якості.

На замовлення Міністерства праці та соціальних справ у Німеччині створена і ведеться упродовж 10 років інформаційна довідкова система Rehadat, яка містить 10 банків даних з питань, що стосуються медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю. Створені і постійно оновлюються банки даних щодо спеціалізованих медичних реабілітаційних центрів, технічних засобів реабілітації, підприємств, які використовують працю осіб з інвалідністю, спеціальних майстерень для «важких» інвалідів, за спеціального обладнання робочих місць для осіб з інвалідністю, з реабілітацій-

них фондів, організацій, установ, сервісних служб для інвалідів, з наукових розробок і навчальних семінарів у цій сфері. Ця система безкоштовно через Інтернет надає необхідну інформацію особам з інвалідністю, лікарям та усім, хто працює у сфері медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю [16].

У Великобританії важливу роль у захисті прав осіб з інвалідністю відіграє національне законодавство. Так, законодавство про осіб з інвалідністю в Великобританії існує з 1929 р. Основними є Закон про дискримінацію інвалідів від 1944 р., Закон про хронічно хворих та інвалідів від 1948 року, Закон про національну службу охорони здоров'я і соціальні служби, Закон про недопущення дискримінації за ознакою інвалідності від 1995 року, які покладають на державу і суспільство серйозні зобов'язання стосовно осіб з інвалідністю [17].

Законодавчо закріплено впровадження елементів медичної реабілітації в діяльність усіх лікарень, психіатричних клінік та інших медичних установ. Передбачена організація спеціалізованих і комплексних центрів реабілітації, в яких поряд з лікарями різних спеціальностей працюють психологи, соціальні працівники, ерготерапевти. Часто вони об'єднані у великі групи з метою економічної та функціональної доцільності. Крім того, передбачена форма проведення соціально-медичної реабілітації осіб з інвалідністю вдома, незважаючи на її високу витратність і великі вимоги до персоналу. Широко практикується також проведення реабілітації в спеціальних денних установах.

У Сполученому Королівстві вже близько 20 років діє Національний план медичного обслуговування, який передбачає поліпшення реабілітації осіб з інвалідністю. Мета цього плану – збільшення кількості людей, які мають можливість подолати наявні обмеження життєдіяльності на 50 %. Реабілітаційні служби добре забезпечені діагностичною та лікувальною апаратурою, технічними засобами й обладнанням для окупаціональної терапії. Із загальної суми виділених коштів у комітети соціального захисту в графствах Великобританії приблизно 30 % виділяється на соціальну підтримку осіб з інвалідністю [18].

Саме у Великобританії склалася й успішно розвивається, поширюючись в інші країни, особлива форма медико-соціальної реабілітації – окупаціональна, або ерготерапія. Незважаючи на те, що ерготерапія – наймолодша з реабілітаційних професій, у країні з 1927 року існує Асоціація окупаціональних терапевтів, проводиться підготовка цих фахівців, їхня державна реєстрація. Методи, які використовуються для пацієнтів у відділеннях ерготерапії, містять: застосування адаптаційного обладнання або інструментів; методи релаксації і управління стресом; специфічну фізичну активність; активність (діяльність) у повсякденному житті; консультування; індивідуальну або групову роботу з підвищення соціальної, фізичної та психологічної функції; роботу з оцінки та підбору колясок для пацієнта.

Для хворих дітей і дітей-інвалідів існують окремі дитячі відділення ерготерапії. Вік дітей-клієнтів відділень найрізноманітніший – від кількох місяців до 19 років. Ерготерапевти в галузі педіатрії ставлять головним завданням у своїй роботі розвивати у дітей оптимальний рівень незалежності в повсякденному житті з точки зору фізичної, психологічної та соціальної адаптації. Ерготерапевти також допомагають особам з інвалідністю вести нормальне і цікаве культурне життя поза домом; навчитися нового ремесла в спеціальних денних центрах. Якщо в особи з інвалідністю виникає потреба виїхати з дому, то департамент соціальних служб надає їй транспорт (автомобіль, або міні-автобус, або автомобіль з гідравлічним ліфтом).

Для полегшення життєдіяльності існують чимало різних реабілітаційних фірм, які можуть надати за замовленням особи з інвалідністю (яка обирає потрібні засоби за каталогом) будь-яке обладнання, інструменти або засоби для полегшення життя (спеціальні сидіння в ванну, кругові ложки і виделки, а також різне фізіотерапевтичне обладнання) [19].

У центрах реабілітації велике значення надається професійному аспекту. Як і в Німеччині, організовані спеціальні служби для оцінки функціональних можливостей особи і підбору адекватної професійної діяльності. Ефективність їхньої роботи висока, повернення осіб з інвалідністю до професійної діяльності має місце майже в половині випадків. Особливу роль у цьому мають квотування та резервування робочих місць для осіб з інвалідністю. Установи, які приймають на роботу осіб з інвалідністю, отримують місячну допомогу в розмірі 6000 фунтів для придбання спеціальної техніки (інвалідних візків, ліфтів для осіб з інвалідністю, сигнальних систем зі спалахами для людей з вадами слуху).

Обов'язки роботодавця полягають у створенні сприятливих умов для прийому на роботу, адаптації робочого місця до анатомо-фізіологічних особливостей особи з інвалідністю, навчання і підвищення рівня професійної кваліфікації, просування по службі. Для осіб з інвалідністю передбачено обладнання спеціальних робочих місць і забезпечення їх необхідними технічними пристосуваннями. Для осіб з інвалідністю, які мають суттєві психофізіологічні порушення, організовані підприємства з щадним режимом праці, на яких вони освоюють нові, доступні за станом здоров'я професії, після чого можуть переходити на звичайні підприємства. Для осіб з інвалідністю з особливо важкими формами порушення здоров'я можуть бути створені робочі умови вдома їм установлюється спеціальне комп'ютерне обладнання. Для пацієнтів з повною або частковою втратою зору видається посібник для оплати послуг читця (людини, яка читає особі з обмеженими можливостями).

У Великобританії існує комплексна схема, доступна для допомоги особам з інвалідністю в роботі. Вона містить: спеціальні види допомоги за схемою зайнятості; доплата для користування

транспорт; придбання пристосування до будинку й обладнання; служба особистого читця; робота вдома з технологією; введення в роботу тощо. Інформація про такі схеми і служби зайнятості для осіб з інвалідністю розміщена в Кодексі доброї практики інвалідів і в буклетах, що випускаються консультативними службами і центрами зайнятості осіб з інвалідністю. Особи з інвалідністю приймаються на роботу з випробувальним терміном (6 тижнів), при цьому виплачується субсидія в розмірі 45 фунтів на тиждень. Штат центру зайнятості допомагає обговорити кожну кандидатуру особи з інвалідністю і відповідну для неї роботу з роботодавцями у всіх конкретних випадках [20].

Один з напрямів реабілітації осіб з інвалідністю в Великобританії – реабілітація засобами культури. Для її проведення особам з інвалідністю забезпечена доступність усіх основних культурних установ країни – бібліотек, музеїв, театрів та ін., а також розроблено методичне забезпечення цієї діяльності. Ще в 1993 р. у Великобританії був затверджений спеціальний проект, в якому передбачалася організація реабілітації сліпих та слабозорих людей за допомогою туризму [21].

Аналіз становища інвалідів у розвинених азійських країнах також свідчить про пильну увагу держав до їхньої реабілітації.

Інвалідність, за законодавством Японії, – це погіршення фізичного, розумового і психологічного здоров'я. Головним законом, спрямованим на забезпечення незалежності осіб з інвалідністю, є «Основний закон про інвалідів» (1970). Основною метою проголошується незалежність і повне сприяння добробуту людей з обмеженими можливостями шляхом установа основних ознак, проведення різних заходів з підтримки їхньої незалежності та соціальної участі. Законом встановлено, що кожна особа з інвалідністю має право на повагу до її особистої гідності, на участь у соціальній, економічній, культурній діяльності. Уряд і місцеві органи влади вживають необхідних заходів для сприяння профілактиці інвалідності шляхом поширення необхідних знань, підвищення медичних послуг для матері і дитини, а також шляхом сприяння раннього виявлення захворювань, які призводять до інвалідності [22, 23].

Проте така «сприятлива» для осіб з інвалідністю ситуація склалася в Японії лише кілька десятиріч тому. До того людям з обмеженими можливостями в Японії доводилося боротися за свої права. Ще в середині ХХ століття особи з інвалідністю мешкали в спеціальних інтернатах, вони були практично ізольовані від суспільства. Тільки в 60-х роках у країні з'явилися різні групи, суспільні рухи, які вимагали від уряду Японії рівних прав хоча б у пересуванні країною за допомогою різних транспортних засобів. Таких чином, поступово почала відбуватися інтеграція осіб з інвалідністю у суспільство.

Так, у 1986 році в Японії відкрився Центр самостійного життя. Це комплексна модель системи соціальних служб, які створюють рівні можливості для інвалідів у всіх сферах. Це громадські та не-

комерційні організації, які існують за рахунок особистих внесків інвалідів.

Японія фактично приєдналася до Конвенції Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю лише в 2014 році. Конвенція була ратифікована тільки після більш ніж п'яти років після її підписання у вересні 2007 року. Такий тривалий термін був зумовлений підготовкою необхідної законодавчої бази, включаючи перегляд Основного закону про інвалідів і прийняття Закону про боротьбу з дискримінацією інвалідів [24].

Однією з японських особливостей є проведення щорічного Тижня інвалідів, який триває з 3 до 9 грудня, з метою підвищення обізнаності людей про добробут осіб з інвалідністю та залучення осіб з обмеженими можливостями до активної участі в соціальному, економічному та інших видах діяльності.

На початку 90-х років у країні був розроблений план допомоги особам з інвалідністю в повсякденному житті, прийняті відповідні закони і створена громадська програма «Політика щодо інвалідів». Її мета – створення в містах середовища, зручного для кожного мешканця, але насамперед – для людей з фізичними обмеженнями. З оприлюдненням програми в японській пресі з'явилося слово «нормалізація». Воно означає формування такого середовища проживання, де і здорові, і хворі будуть жити в тісній взаємодії, без вимушеної ізоляції. «Нормалізація» об'єднує всі колишні програми допомоги особам з інвалідністю та постійно поповнюється новими ініціативами і конкретними справами. Наприклад, програмою «За зручні для інвалідів міста» вже охоплено близько 500 міст і всього близько тисячі адміністративних одиниць.

Фінансування програми на третину бере на себе держава. Передбачається надання податкових пільг при виконанні конкретних замовлень, наприклад, під час обладнання ліфтів для підйому осіб з інвалідністю на платформи станцій міських залізниць. Спеціально створена «Рада зі створення зручного для осіб з інвалідністю середовища проживання» розробила комплексну програму досліджень щодо заходів, які полегшують побут осіб з інвалідністю.

Ще від 70-х років минулого століття житлове будівництво ведеться з урахуванням особливостей осіб з інвалідністю. Обов'язковий атрибут усіх будівель – зручні пандуси та ліфти. Всі підземні переходи обладнані спеціальними з'їздами. А громадські туалети, які в Японії на кожному кроці, існують всюди в трьох варіантах.

Такого розмаїття технічних засобів для людей з обмеженими фізичними можливостями немає в жодній іншій країні. Починаючи зі спеціальної ложки або пристосування для миття голови і закінчуючи візком, керованим силою думки.

Ринок візків в Японії дуже варіабельний. Існують візки «для дому», «для прогулянок», «для подорожей» (вагою всього 5 кг), із вмонтованими дисплеєм і клавіатурою (для людей з втратою мови). Останнім часом фірмою «Nissin medical

industries» налагоджено виробництво електровізків на екологічно чистій нікельметалгідридній акумуляторній батареї. Вага її – 25 кг. Після 2-годинної зарядки її пробіг становить 5 км, швидкість – 4,5 км/год. Візок більш маневровий, ніж його попередник.

Усі японські фірми-виробники автомобілів випускають серійну версію «авто для осіб з інвалідністю», а також спеціальні системи, що подають візок з багажника до водійських дверей. Із конвеєра «Honda» від 1975 року сходять автомобілі з виїжджаючими кріслами для посадки «опорників». Нині «Honda» пропонує найрізноманітніші модифікації: «Odyssey» – машина з ручним керуванням, «Fit» призначена для управління тільки ногами. Але найзатребуванішими залишаються автомобілі індивідуальної збірки. В цьому випадку дилери «підганяють» автомобіль під особливості й потреби конкретного водія.

Безбар'єрне середовище і безперешкодне працевлаштування сприяють тому, що багато японських осіб з інвалідністю працюють. Із 1976 року існує закон, за яким кожна компанія і фірма повинні надати певну кількість робочих місць для цієї категорії громадян у залежності від загальної чисельності персоналу.

Японія визнає право осіб з інвалідністю на отримання освіти, проте ця система сегрегована. Діти-інваліди здобувають освіту в спеціальних школах-інтернатах. У 2002 році Міністерство освіти Японії видало наказ, за яким діти-інваліди можуть навчатися у звичайній школі, але остаточне рішення приймає приймальна комісія [25].

Отже, в найрозвиненіших країнах світу велика увага приділяється процесу медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю. До цього процесу залучаються безліч установ і організацій, як державних, так і громадських та приватних. Ефективність реабілітації в багатьох країнах зумовлена високою якістю реабілітаційних послуг, комплексним підходом із залученням мультидисциплінарної команди фахівців, та головне – спрямованістю на повернення особи з інвалідністю до праці та до активного життя. Це свідчить про низький рівень безробіття осіб з інвалідністю та їхню успішну реінтеграцію у суспільство. Досвід розвинених країн має враховуватися в Україні, де зараз вибудовується нова сучасна модель надання реабілітаційної допомоги, яка має стати ефективним інструментом підвищення якості життя осіб з інвалідністю і відновлення трудових ресурсів держави. Це потребує підготовки кваліфікованих фахівців різного профілю, розширення державних і недержавних реабілітаційних програм, активного залучення сучасних технологій у реабілітаційний процес та створення сучасних універсальних реабілітаційних центрів за зразком країн Північної Америки та Європи.

Література

1. World report on disability [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.

2. Positive Discrimination [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.humanrights.gov.au/quick-guide/12078>.

3. Americans Disability Act [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ada.gov/>.

4. The Rehabilitation Act of 1973 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.askearn.org/topics/laws-regulations/rehabilitation-act/>.

5. The Architectural Barriers Act [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.fs.fed.us/recreation/programs/accessibility/Architectural_Barriers.htm.

6. Medicare coverage overview [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-basics/medicare-coverageoverview/differences-between-medicare-and-medicaid>

7. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом / Ф. А. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус, О. Манувальд ; Рос. акад. мед.-соц. реабилитации. – 2-е изд. - Москва: Издательство Общерос. обществ. фонда «Соц. развитие России»; Санкт-Петербург: Артиком, 2008. – 330 с.

8. Rights of people with disabilities [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/services/rights-people-disabilities.html>

9. Building an Inclusive and Accessible Canada: Supporting People with Disabilities [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ccdonline.ca/socialpolicy/accessible-canada>.

10. Disability Statistics: Canadian Experience [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/meetings/2017/new-york-disability/Canada.pdf>.

11. Canadian Disability Participation Project (CDPP) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://cdpp.ca/>.

12. Basic Law for the Federal Republic of Germany [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80201000.pdf>.

13. Participation of persons with disabilities [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.bmas.de/EN/Our-Topics/Participation-of-Persons-with-Disabilities/disability>.

14. Вишневецька С. В. Правові проблеми працевлаштування інвалідів / С. В. Вишневецька // Актуальні проблеми соціального права. Випуск II: Науково-практичний посібник [Збірник статей учасників всеукраїнських соціальних програм (заходів) ВГОІ «Інститут реабілітації та соціальних технологій» у 2015 р.] / За загальною редакцією М. І. Іншина, В. Л. Костюка, В. П. Мельника. – К.: ПВГОІ «ІР СТ Україна», 2016. – С. 84–86.

15. At last: Germany passes major disabled rights reform [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.thelocal.de/20161202/at-last-germany-pushes-reform-for-disability-rights>.

16. Vocational Participation of People with Disabilities [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.rehadat.de/en/>.

17. Disability discrimination [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.acas.org.uk/index.aspx?articleid=1859>.

18. Global Health Strategy 2014 to 2019 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/354156/Global_Health_Strategy_final_version_for_publication120914.pdf.

19. Royal College of Occupational Therapists: Helping people to live, not exist [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.rcot.co.uk/>.

20. Work and disabled people [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.gov.uk/browse/disabilities/work>.

21. Seeable accessible active holidays for blind and visually impaired [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://seable.co.uk/>.

22. Кабакович Г.А., Полежаева К.В. Монографический анализ положения людей с ограни-

ченными возможностями в азиатских странах [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://files.scienceforum.ru/pdf/2014/7083.pdf>.

23. Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана. Межправительственное совещание высокого уровня по заключительному обзору хода осуществления Азиатско-тихоокеанского десятилетия инвалидов, 2003-2012 годы. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://rud.exdat.com/docs/index-682225.html>.

24. Вехи борьбы с дискриминацией инвалидов в Японии [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.nippon.com/ru/currents/d00133/>.

25. «Инвалидность – проблема не человека, а среды»: как в Японии формируются условия для людей с ограниченными возможностями [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://news.ifmo.ru/ru/university_live/social_activity/news/7825/



УДК 616-036.649

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕНЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я В ЗАСТОСУВАННІ ДО МОЛОДИХ ОСІБ, ЯКІ МАЮТЬ СТАТУС ДИТИНИ-ІНВАЛІДА

Ю. О. Гончар¹, В. В. Храмцова², Є. В. Чирва

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

¹ORCID: orcid.org/0000-0001-5316-906X

²ORCID: [0000-0001-7007-2497](https://orcid.org/0000-0001-7007-2497)

Резюме

Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья предлагает универсальный язык международного и междисциплинарного общения, способствует внедрению современного подхода к реабилитации, а ее версия для детей и подростков включает и оценку образовательных процессов детей с инвалидностью и особыми образовательными потребностями, которые направлены на реализацию их прав на участие в социальной жизни. В статье рассмотрены и расширены методические подходы к изучению когнитивных, личностных функций и жизненной перспективы в позиции Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (МКФ), а также Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (МКФ-ДП) указано на роль личностных, характерологических черт и влияния микросоциума в формировании жизненной перспективы молодых людей со статусом ребенка-инвалида.

Ключевые слова: молодые люди со статусом ребенка-инвалида, медико-психологический контекст МКФ и МКФ-ДП, жизненная перспектива, психологические факторы становления личности человека с инвалидностью.

Summary

The article discusses and extends the methodological approaches to the study of cognitive, personality functions and life perspective from the standpoint of the International Classification of Functioning, Disability and Health