

1. Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании. – М.: Академия, 2001. – С.133–138.
2. Ви не самотні (на допомогу батькам дітей з особливими потребами) / За ред. Т.Д.Ілляшенко – К.: Ніка-Центр, 2002. – 40 с.
3. Іванова І.Б. Проблеми соціально-психологічної адаптації дітей-інвалідів // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (2–3 листопада 1994 р.). – К., 1994. – С.32–34.
4. Козьякин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. ДЦП: Медико- психологические проблемы. – Л., 1999. – 223 с.
5. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. – М.: Просвещение, 1991. – 160 с.
6. Соціально-педагогічна та психологічна допомога дітям та молоді з особливими потребами та їхнім батькам // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. – №3. – С.106–109.
7. Теория и методика физического воспитания: В 2-х т. / Под ред. Т.Ю.Круцевич. – К.: Олимпийская литература, 2003. – Т.1. – С.47–61.

УДК 371.72
ББК М 75

Сергій Горбатюк

СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК СИСТЕМИ РЕГІОНАЛЬНИХ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

У статті викладена структура й основні принципи реабілітаційної роботи територіального центру медико-соціального обслуговування та реабілітації інвалідів із порушенням опорно-рухового апарату, а також рекомендації щодо розширення мережі аналогічних центрів.

Ключові слова: *медико-соціальна реабілітація, інвалід, територіальний центр.*

In article is stated structure and the cardinal principles rehabilitation functioning the territorial centre physician-social service and rehabilitations invalid with breach supporting-motor device and recommendations concerning the expansions of network of similar centres.

Key words: *medical-social rehabilitation, invalid, territorial centre.*

Постановка проблеми та результати останніх досліджень. Чисельність людей з обмеженими можливостями в Україні з кожним роком зростає, що зумовлено комплексним впливом багатьох чинників, серед яких найбільш значущими є природні катаклізми, техногенні катастрофи, дорожньо-транспортні події, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС, збільшення кількості вроджених аномалій, хронічні захворювання, травматизм на виробництві тощо [1].

Незважаючи на значні досягнення клінічної та профілактичної медицини, інвалідизація населення неухильно зростає. У наказі міністра охорони здоров'я від 23.05.2000 р. №117 “Про затвердження Комплексної програми профілактики інвалідності серед дітей та населення працездатного віку на період 2000–2005 роки” вказується, що 2000 року в Україні було майже 2,5 млн. інвалідів. Щороку кількість їх збільшується на 200–220 тисяч чоловік. Дитяча інвалідність навіть на фоні зниження показника народжуваності має стійку тенденцію до зростання. Так, 1999 року загальна дитяча інвалідність на Україні становила 151,1 тисяч, а кількість інвалідів із дитинства – близько 300 тис. чоловік. Головні причини інвалідності дітей – органічні ураження нервової системи, хвороби сенсорних органів, психічні розлади та вроджені вади розвитку.

Мета дослідження – вивчити структуру та принципи діяльності регіонального центру медико-соціального обслуговування інвалідів на прикладі Територіального центру медико-соціального обслуговування та реабілітації інвалідів із порушен-

ням опорно-рухового апарату м. Рівне та визначення доцільності створення аналогічних спеціалізованих реабілітаційних центрів для інвалідів.

Методи дослідження. Аналіз законодавства України та спеціальної літератури в розділі соціального захисту та реабілітації інвалідів, аналіз структури та діяльності Територіального центру медико-соціального обслуговування та реабілітації інвалідів із порушенням опорно-рухового апарату м. Рівне.

Результати дослідження. За визначенням Комітету експертів із реабілітації ВООЗ (1963 р.), “реабілітація – це процес, метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому в досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання”. Термін “реабілітація” походить із латинського слова *rehabilis* – відновлення здатності. Термін “інвалід” – з латинського *invalidus* (слабкий, немічний) і визначає особу, яка частково чи повністю втратила працездатність. За визначенням, наведеним у Декларації про права інвалідів (проголошена резолюцією 3447 (XXX) Генеральної Асамблеї ООН від 9.12.1975 р., термін “інвалід” означає особу, яка не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистого та/або соціального життя через ваду, вроджену чи набуту, його або її фізичних чи розумових здібностей [4]. Згідно з п.6 цієї Декларації, інваліди мають право на медичне, психічне або функціональне лікування, включаючи протезні чи ортопедичні препарати, на відновлення здоров’я і становища в суспільстві, на освіту, ремісничу професійну підготовку й відновлення працездатності, на допомогу, консультації, на послуги з працевлаштування та інші види обслуговування, які дозволять їм максимально проявити свої можливості й здібності та прискорять процес їх соціальної інтеграції чи реінтеграції [4].

За С.Н.Поповим, реабілітацію потрібно розглядати як складну соціально-медичну проблему, яку можна розділити на декілька видів, або аспектів: медичну, фізичну, психологічну, професійну та соціально-економічну [5]. Медико-соціальний напрям реабілітації припускає збереження й зміцнення здоров’я як окремої людини, так і всього населення [3].

Медичну та фізичну реабілітацію інвалідів, метою якої є, виходячи з визначення ВООЗ, запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому в досягненні максимальної фізичної реабілітації, на яку він буде здатний у межах існуючого захворювання, традиційно проводять у закладах системи Міністерства охорони здоров’я та інших відомств: у поліклініках, лікарнях, шпиталях, клініках науково-дослідних інститутів, санаторіях тощо. На жаль, останнім часом у переважній більшості вказаних закладів (крім спеціалізованих) основна увага відводиться, головним чином, наданню медичної реабілітації хірургічними чи медикаментозними засобами. Засобам фізичної реабілітації переважно більшістю як учених-медиків, так і практичних лікарів відводиться другорядна, допоміжна роль. Тільки в останні роки прослідковується поступове збільшення кількості наукових праць та публікацій у професійних виданнях, присвячених застосуванню методів фізичної реабілітації в клінічній практиці.

Керівництво країни прийняло низку законів, спрямованих на покращання цієї ситуації, виведення системи надання реабілітаційних послуг інвалідам на якісно новий рівень. Були прийняті [2; 4; 6]: Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 06.10.2005 р. №2961-IV, Закон України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” від 05.10.2000 №2017-III, Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” від 21.03.1991 р. №875-XII (остання редакція від 03.05.2007 р.), Закон України “Про соціальні послуги” від

19.06.2003 р. №966-IV, Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.04.2007 р. №178-р “Про схвалення Концепції реформування системи соціальних послуг”, Ухвали Кабінету Міністрів України від 8.12.2006 р. №1686 “Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів” та від 12.10.2000 р. №1545 “Про схвалення концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів”, наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 9.10.2006 р. №372 “Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів”, спільні накази Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства освіти та науки України, Міністерства охорони здоров’я України та Фонду України соціального захисту інвалідів від 11.09.1999 р. №96/187/146/55 “Про затвердження Тимчасового положення про центр професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів” та від 10.07.2002 р. №313/395/248/92 “Про затвердження типового положення про центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів” та інші.

Одним з основних завдань держави в плані соціального захисту інвалідів є запровадження комплексної реабілітації інвалідів: медичної, професійної, соціально-трудова, за допомогою регіональної мережі сучасних медико-соціальних Центрів реабілітації інвалідів.

Із цією ж метою ще 1 червня 1993 року рішенням міського голови м. Рівне був створений Територіальний центр медико-соціального обслуговування інвалідів із порушенням опорно-рухового апарату, який 2002 року був переіменований у Територіальний центр медико-соціального обслуговування та реабілітації інвалідів із порушенням опорно-рухового апарату (надалі – Центр). Тоді ж, у жовтні 2002 року, у Центрі створено відділення ранньої медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

Центр є структурним підрозділом управління праці та соціального захисту населення Рівненського міськвиконкому. Джерела фінансування – кошти міського бюджету, спонсорські надходження та благодійна допомога. Розташований Центр в окремих приміщеннях, має спеціалізований транспорт, у кабінетах – сучасне реабілітаційне обладнання. Усі послуги інвалідам у Центрі надаються безкоштовно.

Основними завданнями Центру є якнайшвидше відновлення статико-динамічної функції в інвалідів, адаптація їх до навколишнього середовища та інтеграція в суспільство.

Структура Центру:

1. Відділення медико-соціальної реабілітації інвалідів.
2. Відділення ранньої медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів.
3. Відділення соціальної допомоги самотнім інвалідам удома.

До штату Центру входять лікарі та педагоги таких спеціальностей: два неврологи, невролог дитячий, ортопед-травматолог, педіатр, терапевт, кардіолог, фізіотерапевт, лікар ЛФК, рефлексотерапевт, стоматолог, стоматолог-протезист, лікар УЗД, лікар функціональної діагностики, клінічний психолог, дефектолог, педагог-організатор; середній медперсонал: медичні сестри, масажисти, інструктори ЛФК, лаборант; молодший медперсонал, соціальні працівники та ін. З 2004 року в штат Центру введено посаду педагога-реабілітолога, спеціаліста з фізичної реабілітації.

Основні методи медико-соціальної реабілітації, що застосовуються в Центрі: медикаментозне лікування, фізична реабілітація (у тому числі фізіотерапія, лікувальна фізична культура та механотерапія, лікувальний масаж, тракційна терапія, методики нетрадиційної медицини, а саме мануальна терапія, у тому числі постізометрична релаксація та інші м’які техніки, методики вісцеральної хіропрактики за В.В.Башняком та О.Т.Огуловим, Юмейго-терапія за методом Масаюкі Сайонджі, медовий масаж, вакуум-терапія, точковий масаж, голкорексфлексотерапія, гомеоси-

ніатрія, гірудотерапія, фітотерапія тощо), логопедична, дефектологічна та психологічна реабілітації.

На даний час Центр обслуговує 2688 інвалідів, що стали такими внаслідок захворювань, трудового та побутового каліцтва, інвалідів армії, війни та праці. Серед них інвалідів I групи – 548, II групи – 1253, III групи – 542; 123 інваліди пересуваються на візках, 327 лежачих інвалідів, 121 – з ампутованими кінцівками. Основні групи патологій – наслідки гострих порушень мозкового кровообігу, черепно-мозкових та спинно-мозкових травм, неврологічні синдроми остеохондрозу хребта, захворювання центральної та периферичної нервової системи з розладами руху, наслідки травм опорно-рухового апарату, вроджені та набуті деформації скелета, захворювання суглобів, ампутаційні кукси кінцівок та інші. На облік у Центр приймаються діти-інваліди й інваліди I, II та, як виняток, III групи до настання пенсійного віку, які не мають протипоказань до перебування на обліку в Центрі. Показанням до взяття на облік та обслуговування в Центр є захворювання та травми, що порушують функцію опорно-рухового апарату. Протипоказаннями до перебування на обліку в Центрі є наявність гострих інфекційних захворювань до закінчення терміну ізоляції; венеричних захворювань та ВІЛ/СНІДу; усіх супутніх захворювань у гострій чи заразній формі; усіх супутніх захворювань у стадії декомпенсації; розладів психіки; дитячих церебральних паралічів та інших органічних захворювань нервової системи із судомними нападами та їх еквівалентами, патологічним розвитком особистості з розладами поведінки й соціальної адаптації; онкологічних захворювань; хронічного алкоголізму, наркоманії та токсикоманії тощо. Рішення про взяття на облік та зняття з обліку приймається комісією з лікарів і представників управління праці та соціального захисту населення Рівненського міськвиконкому.

Також на обліку в Центрі перебуває 345 дітей-інвалідів віком від 1 до 18 років, з яких: 221 дитина з органічними ураженнями нервової системи, 86 дітей – ортопедо-травматологічного профілю. Серед дітей із захворюваннями нервової системи понад 70% – діти з ДЦП, решта – з іншими неврологічними захворюваннями. За способом пересування дітей-інвалідів: 38 дітей лежачих, 17 пересуваються на візках, 22 необхідна для пересування стороння допомога, 9 пересуваються на милицях, решта – самостійно. Крім отримання медично-реабілітаційної допомоги, з дітьми-інвалідами працює дефектолог-логопед, педагог-організатор (при Центрі працює молодіжний літературно-мистецький клуб “Крок”, який об’єднує більше 60 обдарованих дітей-інвалідів), та практичний психолог, який надає психологічну допомогу не тільки дітям, але і їх батькам та членам їх сімей.

Оскільки всі інваліди, що перебувають на обліку в Центрі, є жителями м. Рівне, більшість із них курси реабілітаційного лікування отримують амбулаторно. Крім цього, у Центрі функціонує денний стаціонар на 25 ліжок, а також стаціонар удома.

На обслуговуванні у відділенні соціальної допомоги вдома перебуває 169 одиноких інвалідів I та II груп. Із ними працюють 13 соціальних робітників на чолі із завідуючим відділенням. Згідно з Положенням про відділення соціальної допомоги та договорами між Центром та інвалідом, соціальний працівник не менше двох разів на тиждень відвідує одиноких інвалідів для надання їм необхідної допомоги, а саме: працівник забезпечує придбання та доставку товарів та продуктів харчування, приготування їжі, доставку гарячих обідів із благодійних організацій, прибирання житла, оплату платежів та оформлення субсидій з оплати комунальних послуг, вирішує питання за дорученням інваліда в усіх державних, громадських та інших установах й організаціях.

Висновки

1. З певних обставин у лікувально-профілактичних закладах та санаторіях реабілітація проводиться курсами визначеної тривалості, які залежать від виду інвалідизуючої патології. Наприклад, у переважній більшості санаторних закладів тривалість путівки 24 дні, у санаторіях спинального профілю (санаторій ім. Бурденко, м. Саки, АР Крим) тривалість путівки 45 днів. У лікувальних закладах середній курс реабілітації триває 15–20 днів. Але для отримання стійкого ефекту від реабілітаційних заходів при захворюваннях органів опори та руху вони повинні тривати значно довше, інколи постійно, пожиттєво (наприклад, лікувальна фізкультура, механотерапія тощо). Інваліди не можуть протягом тривалого часу займатися лікувальною фізкультурою та механотерапією, а також отримувати регулярні курси відновного лікування в лікувально-профілактичних закладах, адже ті мають інші завдання. Тому таку довготривалу реабілітацію доцільно проводити інвалідам у спеціалізованих реабілітаційних центрах.

2. Оскільки реабілітаційні послуги в такому Центрі отримують інваліди одного профілю – з порушенням функції опори та руху, у межах одного закладу можна сконцентрувати більші матеріальні ресурси та фахово підготовлені кадри для оптимізації реабілітаційного процесу, що значно покращить його ефективність.

3. Комплексна корекційна робота, яка проводиться з дітьми-інвалідами тривалий час (на протязі місяців і років) як з боку медиків і спеціалістів з фізичної реабілітації, так і педагогів, значно покращує ефективність реабілітаційних заходів, тому що спеціалісти Центру продовжують працювати з дитиною й після виконання їй 18 років, і прискорює інтеграцію дітей-інвалідів у суспільне життя.

4. У такому спеціалізованому центрі проводиться активна психологічна реабілітація як персоналом, так і самими інвалідами стосовно один одного. Активно впроваджується в реабілітацію принцип: “Дивись, як роблю я, роби, як я, роби краще за мене”. Спілкування інвалідів між собою, особистий приклад не тільки спеціалістів-реабілітологів, а насамперед більш підготовлених інвалідів, які вже пройшли певні етапи реабілітації, має величезне значення в покращанні результатів відновлення здоров'я та працездатності інвалідів, а за неможливості цього – покращить якість їх життя.

5. Для виконання основних принципів реабілітації інвалідів: індивідуального підходу до хворого, комплексності, систематичності та системності реабілітації – вважаємо за доцільне рекомендувати створення аналогічних профільних реабілітаційних центрів у всіх регіонах держави з обов'язковим залученням до реабілітаційного процесу як спеціалістів-медиків, так і спеціалістів із фізичної реабілітації.

1. Авраменко М.Л., Кузнецов Д.А. Індивідуальна програма реабілітації інвалідів: проблеми та перспективи реалізації // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2006. – №2. – С.106–109.
2. Збірник нормативно-правових актів України щодо діяльності центрів реабілітації дітей з функціональними обмеженнями. – К.: Соцінформ, 2004. – 96 с.
3. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.А.Епифанова. – М.: МЕД пресс-информ, 2005. – 328 с.
4. Справочное пособие для инвалидов. – Одесса: ВМВ, 2006. – 512 с.
5. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений / Под общей ред. проф. С.Н.Попова. – Изд. 2-е. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. – 608 с.
6. www.zakon.rada.gov.ua