**Про актуальність та напрями вдосконалення фізичної реабілітації ОСІБ з обмеженими фізичними можливостями**

*В.А.Товт, І.М. Митровцій., Ужгород,*

*С. Ханіган-Даунс, Корваліс, США*

За показниками статистичних обстежень в Україні 2 млн. людей [1, 4] (за останніми даними – 2,5 млн.) [9] офіційно зараховані до осіб з фізичними та розумовими вадами. Це означає, що майже кожний 20-й громадянин України потребує спеціальної підтримки. З них фізкультурно-реабілітаційною роботою охоплено всього 16,7 тис. чоловік, що складає менше 1% від кількості непрацездатних. В Закарпатті нараховується близько 40 тис людей з обмеженими фізичними можливостями (надалі інвалідів), що становить 3,1% від усього населення краю, з них 4102 молодих інвалідів, які можуть при відповідних умовах заробляти собі на життя.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВОЗ) показник кількості інвалідів всієї земної кулі складає 10% від усього населення планети. Цей показник достатній, щоб вважати дослідження проблеми повернення до активного життя людей з обмеженими фізичними можливостями актуальними [15].

Проблема повернення до активного життя інвалідів має глибоке історичне коріння. Вперше на міжнародному рівні вона розглядалася у 1946 році на Вашингтонському конгресі з реабілітації. З цього часу термін “реабілітація” (лат. rehabilitatio - відновлення) став широко застосовуватися у медицині. Були створені численні організації, які включали у свою назву слово “реабілітація”, серед них найбільше – Міжнародне товариство з реабілітації інвалідів (SCRD) у 1960 році та ін.

Однак єдиного погляду на сутність реабілітації, її мети та завдань не було. Та й сьогодні одні розуміють під реабілітацією переважно відновлення здоров’я, у других це поняття відноситься до відновлення працездатності, треті асоціюють його з відновленням соціального та правового статусу людини [2, 4, 9]. Кожний із окремо взятих напрямів реабілітації – це значний пласт роботи, тому під терміном “реабілітація” на сьогодні потрібно розуміти не окремий самостійний напрямок роботи, а комплекс соціальних, юридичних, медичних та фізкультурно-оздоровчих заходів, які забезпечують адаптацію інваліда до середовища проживання. .

На думку Г. С. Юмашева і К. Ренкера (1973), реабілітація – є не що інше, як адаптація інваліда до нових умов діяльності. Вона повинна бути направлена на такі сторони його життя:

по-перше, адаптацію на попередньому робочому місці;

по-друге, реадаптацію – робота на новому робочому місці із зміненими умовами праці;

по-третє, адаптацію до нового місця роботи у відповідності з набутою новою кваліфікацією, близькою до попереднього фаху, але з меншим навантаженням;

по-четверте, повна перекваліфікація з наступним працевлаштуванням.

Очевидно, означений перелік напрямів реабілітації не є повним, оскільки не враховує адаптацію інвалідів до побуту, сім’ї, важливими аспектами якої є пристосування реабілітанта до самообслуговування та участі у колективному веденні домашнього господарства . Це є перший крок, без якого неможлива його подальша реабілітація. Згадані напрями не враховують особливості завдань дитячої реабілітації, специфіку та закономірності адаптаційних процесів інвалідів різних форм нозологій та ін [3, 7, 12, 15].

За останній час була прийнята низка важливих документів міжнародного значення, які сприяли покращанню роботи з інвалідами, серед них: Резолюція ООН від 9 грудня 1975 року, Всесвітня програма дій щодо інвалідів та стандартні правила ООН по реалізації рівних можливостей інвалідів. Головна мета – відновлення втраченого контакту людей з обмеженими фізичними можливостями з оточуючим середовищем, створення необхідних умов для їх об’єднання із суспільством, участь у загально-корисній праці, реабілітація фізичних можливостей та соціального статусу [2].

На сучасному етапі і в нашій державі з’явилися позитивні тенденції щодо гуманного ставлення до інвалідів. У 1991 році Верховною Радою України був прийнятий закон “Про основи соціального захисту інвалідів” та відповідна державна програма. Почала зростати і розгалужуватись кількість організацій державного та недержавного спрямування, які переймаються проблемами інвалідів. Так, за наведеними даними Л. Огорєлкової (2000), в Україні на сьогодні нараховується близько 600 штатних фахівців з фізичної реабілітації, працюють 28 центрів “Інваспорту”, 56 відділень регіональних центрів, переважно у великих містах та 16 областях, 48 фізкультурно-оздоровчих клубів інвалідів в 17 областях, 17 спеціалізованих дитячо-юнацьких реабілітаційних спортивних шкіл [9]. У Закарпатській області концентрують свої зусилля на реабілітації інвалідів більше 20 державних, громадських та благодійних організацій, серед них: Медико-соціальний реабілітаційний центр “Оптиміст”, Закарпатський центр фізичної культури і спорту інвалідів “Інваспорт”, Закарпатське обласне відділення Фонду України соціального захисту інвалідів, науково-практичне об’єднання “Реабілітація” МОЗ України та багато інших.

Зростання кількості організацій та окремих осіб, які виявили бажання піклуватися інвалідами у нашій країні, в умовах хронічного дефіциту фінансування цих програм з боку держави здається, на перший погляд, алогічним. Крім того, на відміну від розвинених країн, в Україні практично немає серед інвалідів таких людей, які могли б у достатньому обсязі фінансувати власну реабілітацію, як це буває у країнах з високим рівнем життя. В той же час робота з інвалідами потребує значних затрат часу, енергії, самовідданості, базової підготовленості тих, хто займається їх реабілітацією.

В умовах низької матеріальної компенсації робота з інвалідами вимагає певного рівня мотивованості фахівців та волонтерів. Тому виявлення стимулів і мотивів, які штовхають чи притягують людей до цієї важкої роботи, має важливе значення для підвищення якості підготовки спеціалістів з фізичної реабілітації, працівників соціальних служб, волонтерів [10, 19].

Вивчення проблеми зростання уваги до інвалідів та людей з обмеженими фізичними можливостями дозволило сформулювати як об’єктивні так і суб’єктивні причини цього процесу. До об’єктивних причин (стимулів) віднесено такі:

значне зростання в Україні, загалом, та у Закарпатті, зокрема, кількості людей з обмеженою працездатністю, які потребують сторонньої допомоги;

неспроможність держави у повному обсязі забезпечити інвалідів гідною пенсією і лікуванням, що не дозволяє їм бути достатньо самостійними та незалежними;

фінансова та фізична нездатність більшості сімей самотужки утримувати одного чи більше інвалідів, що примушує їх шукати зовнішньої підтримки;

зростання кількості пропозицій закордонних недержавних об’єднань у всебічній допомозі (організаційній, матеріальній, консультаційній ін.) покращати становище інвалідів у постсоціалістичних країнах, та залучити до цієї роботи місцевих волонтерів і фахівців;

наслідки “Чорнобиля”, війни в Афганістані, природних стихійних лих, які призвели до ще більшого загострення проблеми інвалідів та людей з обмеженими фізичними можливостями;

недостатня підготовленість державних організацій і служб до специфіки роботи з інвалідами та неможливість охопити всі ділянки цієї роботи;

незначна кількість учбових закладів, які готують відповідних фахівців, здатних організувати роботу з інвалідами на професійному рівні і з найменшими затратами;

тенденція до скорочення робочих місць на великих підприємствах, організаціях, яка приводить до збільшення кількості безробітних громадян, готових до професійної перекваліфікації, до роботи з інвалідами виключно ради заробітку;

зростання соціальної та політичної активності людей з обмеженими фізичними можливостями, інтеграція означеної категорії людей в соціуми, які обгрунтовують чіткі вимоги та програми з реабілітації.

За результатами анонімного опитування до суб’єктивних причин (мотивів) віднесено:

прояви жалю, доброти, людяності, співчуття, честі, порядності (71,4 % опитаних);

бажання покращити власний імідж, завоювати “політичні дивіденди” на ниві гуманітарної роботи (14,8 % опитаних);

вроджений альтруїзм (4,6 % опитаних).

Подальший аналіз мотивів та стимулів, які спонукають здорових людей до роботи з інвалідами, показує, що є серед них достатня кількість безкорисливих і корисливих, матеріальних і моральних. Очевидно, гармонійне поєднання одних і других призвело до того, що гуманне ставлення до інвалідів у нашій країні знаходиться в активній фазі свого розвитку. Для Закарпаття, з урахуванням багатонаціонального складу населення, устояних традицій, високого рівня релігійності та специфіки географічного розташування регіону, - це характерно ще більше.

Однак, практика показує, що та частина волонтерів та фахівців, яка керується у своїй роботі більше моральними стимулами, ніж матеріальними, працює краще. Отже, було доцільним при тестуваннях на допуск до роботи з інвалідами визначати особливості мотивацій та наявність вроджених альтруїстичних рис характеру, які зараз при виборі професії реабілітолога практично не враховуються. Між тим, впровадження системи попереднього професійного відбору майбутніх фахівців соціальної, медичної та фізичної реабілітацій допомогло би на початкових стадіях їх підготовки визначити таких, які в силу особистісних якостей не здатні пристосуватися до роботи з інвалідами. Система попереднього професійного відбору дозволила зменшити відсоток недоброякісної “продукції” серед випускників спеціальних закладів освіти та заощадити кошти.

Значний вклад у теорію та методику професійного відбору абітурієнтів зробив колектив викладачів кафедри педагогіки та психології УжНУ. Але зараз , за нашими даними, їх наукові та методичні розробки на практиці не використовуються. Чималий досвід попереднього професійного відбору спеціалістів різних професій накопичений за кордоном [5]. Так, у Росії практично у всі вузи МО та МВС кожний абітурієнт перед вступними іспитами складає комплекс професійно-психологічних тестів, за результатами яких його зараховують в одну із 4-х груп професійного відбору:

1. абітурієнти з високою професійно-психологічною придатністю;
2. абітурієнти із хорошою професійно-психологічною придатністю;
3. абітурієнти із посередньою професійно-психологічною придатністю;
4. професійно не придатні абітурієнти.

Під час проведення такого відбору за допомогою спостережень, опитування та тестування вивчаються дві групи показників, які характеризують рівень *пристосованості* до професії (наявність сімейних традицій, рекомендаційні матеріали, обізнаність з майбутньою професією, самооцінку власної мотивації, ін.), а також рівень розвитку *професійно-важливих якостей* (моральних, психологічних, інтелектуальних, фізичних та ін.) [8].

Результати такого дослідження враховуються приймальними комісіями у випадку рівності інших показників, за винятком 4-ї групи професійно не придатних абітурієнтів, кандидатури яких розглядаються приймальними комісіями персонально.

Практика професіонального відбору абітурієнтів дала змогу вузам вірогідно зменшити більше як на 15 % кількість відрахувань курсантів під час їх навчання та зменшити на 5% кількість військових фахівців, які починали роботу не за покликанням, таким чином заощадити значні кошти на їх підготовку, а головне, своєчасно попередити випадки невдалого вибору майбутньої професії. Це особливо актуально для спеціаліста з фізичної реабілітації, людини, яка крім знання предмету роботи, зобов’язана так само, як і лікар, співпрацювати зі своїм пацієнотом. Давно відомо, що позитивний емоційний контакт лікаря з хворим створює сприятливий фон для кращого одужання та подальшої його реабілітації. Отож закордонний та національний досвід попереднього професійного відбору у підготовці майбутніх спеціалістів з фізичної реабілітації міг би бути успішно використаний у нас в країні.

Наступною не менш важливою проблемою інвалідів є те, що їх фізичною реабілітацією, як правило, опікуються лікарі. Її перевага у тому, що лікар, який проводив операцію чи лікування, краще знає особливості захворювання і методику реабілітації [11]. Та й хворий, зазвичай, відчуває до свого лікаря більшу довіру, що має позитивне значення для успішності лікувально-реабілітаційних заходів.

Але, крім позитивних, існують ще й інші аспекти цієї проблеми. Фізична реабілітація, яка потребує значно більше часу в порівнянні з самим лікуванням гострого періоду хвороби, відволікає лікаря від спеціалізованої медичної роботи. Це приводить до гальмування спеціалізованого професійного вдосконалення лікарів. До того ж у лікарів немає достатніх педагогічних знань та навичок роботи з фізичними вправами та спортивними тренажерами, які є важливими засобами як індивідуальної, так і групової фізичної реабілітації [14].

Саме останній - груповий метод створив передумови виділення фізичної реабілітації в окрему професію. Він значно знизив її вартість, вивів за межі стаціонару, дозволив у десятки разів збільшити кількість та якість реабілітаційно-лікувальних заходів, зробив реабілітацію більш ефективною за рахунок використання спортивних приладів, позитивного емоційного фону фізкультурно-оздоровчих занять та здорової спортивної конкуренції [6].

Як свідчить досвід США, Канади та інших розвинених держав, професію спеціаліста з фізичної реабілітації доцільно відокремити від професії лікаря. Підготовку фахівців фізичної реабілітації спрямувати на вузьку спеціалізацію так, наприклад, реабілітацію дітей, дорослих, розумововідсталих, з дефектами органів слуху, зору, опорно-рухового апарату, інвалідів у візках тощо [13]. Звичайно, такі спеціалісти нарівні з лікарями повинні вивчати весь спектр медичних дисциплін, оволодівати сучасними методиками лікування та фізичної реабілітації, але крім того вони повинні бути хорошими психологами, спеціалістами фізичної культури та спорту [16, 19]. Однак і лікарі не повинні лишатися осторонь проблем інвалідів. Їх медичні рекомендації обов’язково враховуються спеціалістами фізичної реабілітації, з якими вони тісно співпрацюють. Медична реабілітація, яка у деяких країнах отримала назву реабілітаційної терапії, розвивається не менш інтенсивно[16, 17]. Це окремий самостійний напрямок вдосконалення реабілітаційних заходів.

Існує багато спільних не досліджених наукових проблем у спеціалістів фізичної реабілітації та медиків. Так, недостатньо вивчений вплив на організм інвалідів різних форм нозологій стандартних спортивних вправ, які виконуються у стані значного емоційного збудження під час використання змагального та ігрового методів проведення занять чи спортивних заходів. Цікавою є проблема управління емоційними станами інвалідів під час групових занять, ін.

На відміну від розвинених країн Західної Європи та Америки в Україні комплексний та системний підхід до фізичної реабілітації інвалідів ще тільки почав своє становлення. До роботи поки що залучаються люди різних спеціальностей, які пройшли відповідну перекваліфікацію. Професійна підготовка молоді в системі держаної вищої освіти розпочалася 4 роки тому, з часу відкриття факультету рекреації, фізичної реабілітації, спортивної медицини Національного університету фізичного виховання і спорту України. Зараз у вузах країни діють 4 спеціалізовані навчальні підрозділи та десятки кафедр фізичної реабілітації, які готують перше покоління професіоналів, планується відкриття нових факультетів.

Загалом визначені такі пріоритетні напрями становлення власної національної системи фізичної реабілітації:

* розширення мережі спеціалізованих закладів освіти з підготовки спеціалістів фізичної реабілітації, тренерів інваспорту, науковців;
* створення державної базової програми попереднього професійно-психологічного відбору майбутніх фахівців фізичної реабілітації, який дозволив би виявити їх вроджену схильність до роботи з інвалідами;
* затвердження штатних посад спеціалістів з фізичної реабілітації та тренерів з параолімпійських видів спорту у лікувальних та санаторно-курортних закладах, спортивних клубах, школах, товариствах, закладах освіти;
* створення системи спеціалізованих обласних центрів фізичної реабілітації, таборів активної фізичної реабілітації та їх відділень у районах;
* на базі центрів “Інваспорту” відкриття реабілітаційно-спортивних шкіл для інвалідів (затверджено бюджетом на 2000 р. [9] );
* відкриття на базі шкіл-інтернатів спеціалізованих відділень підготовки спортивного резерву;
* виділення обов’язкової квоти часу для оздоровчих занять з інвалідами у всіх спортивних спорудах незалежно від форм власності та їх дообладнання спеціальними приладами, тренажерами, пристроями;
* створення науково-дослідницьких центрів з проблем фізичної реабілітації інвалідів, організація і проведення наукових семінарів, конференцій, симпозіумів та конгресів, публікація науково-методичних видань;
* періодичне видання огляду спортивного руху інвалідів у відповідності з п.40 державної цільової комплексної програми “Фізичне виховання – здоров’я нації”;
* популяризація та розширення мережі змагань з інваспорту, які проводитимуться щорічно з залученням інвалідів усіх форм нозологій;
* створення та державна підтримка інваіндустрії – підприємств, які виготовлятимуть вітчизняні пристрої та обладнання для інвалідів.

Таким чином, фізичною реабілітацією людей з обмеженими фізичними можливостями зайнялися фахівці фізичної культури і спорту, які відчутно розширили межі у методах, засобах та напрямах реабілітації. У співпраці з лікарями і працівниками соціальних служб, вони закладають основи національної системи фізичної реабілітації людей з обмеженими фізичними можливостями.

Література

1. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – Спб.: МГП “Петрополис”, 1992. – 123 с.
2. Большая медицинская энциклопедия. Т 22 \ Под ред. Б. В. Петровского, И.П.Лидова. – М.: “Советская энциклопедия”, 1984. – с. 30-35.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов н/Д: Изд-во Ростовского университета, 1990. – 224 с.
4. Концептуальні засади подальшого розвитку фізичної культури і спорту в Україні / Проект Державного комітету з фізичної культури і спорту в Україні.- К, 1997.–16 с.
5. Кулагин Б.В. Основы профессиональной диагностики. – Л.: Медицина, 1984. – 216 с., ил.
6. Лянной Ю., Кравченко А. Рухливі ігри як засіб фізичної реабілітації учнів в загальноосвітній школі // Фізичне виховання у школі. – 1999.- № 2 (74639) – с. 23-25.
7. Меерсон Ф.З. Основные закономерности индивидуальной адаптации / Физиология адаптативных процессов. – М.:Наука 1986. – с. 3-69.
8. Марищук В.Л., Рыбалкин В.Т. Рекомендации по изучению некоторых индивидуальных особенностей абитуриентов и курсантов училищ средствами физической подготовки и путем наблюдений. – Ростов н.Дону, 1976. – 31 с.
9. Огорелкова Л. Анализ состояния и перспективы развития физкультурно-оздоровительной и спортивной работы с инвалидами на Украине. Сб.научн.трудов: Материалы 3-й научно-методической конференции студентов факультета “Рекреации, физической реабилитации и спортивной медицины” (12-14 апреля 2000 года). – К, Украина: “Олимпийская литература”, 2000.- с.62-69.
10. О построении программы адаптативной физической культуры /Материалы 3-й междунар. научно-практической конфер. по физической культуре для инвалидов и людей с ограничеными функциональными возможностями / Н.Лутченко, В.Щеголев, В.Товт. - Спб.:ГИФК им. П.Ф.Лесгафта, 1996. 12-13 с.
11. Рискометрия и адаптация в медицине: Сб. материалов всеросийской научно-практической конференции. – М.: ГУ КПК Минтропэнерго РФ, 1994. – 120 с.
12. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медицина, 1972. – 183 с.
13. Тупайло Г. Методичний порадник для занять з тягарами (важкою атлетикою) у таборах активної реабілітації для осіб, котрі пересуваються у кріслі-візку за методикою REKRYTERINGS GRUPPEN (Швеція) – Львів: ЛДІФК, 1998. – 14 с.
14. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры /Под общей ред. Проф. С.Н.Попова. – Ростов н/Д: “Феникс”, 1999. – 608 с.
15. Щуревич Г.А., Зинковский А.В., Пономарев Н.И. Адаптация молодежи к высшей школе: Монография. – Спб.: ВИФК, 1994. – 227 с.
16. Blaasvaer S., Stanghelle J.K. [Rehabilitation with proper physical activities – what happens with patients’ quality of life ?] (Norwegian). 1999, 119 (9): p.1281-1286.
17. Rimmer J.H. Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. Physical Therapy. 1999, 79 (5): p. 495-502.
18. Saarinen-Rahiika H., Binkley J.M. Problem-based learning in physical therapy: a Review of the literature and overview of the McMaster University Experience. Physical Therapy. 1998, 78 (2): p. 195-209.
19. Stiens S.A., Berkin D. A clinical rehabilitation course for college undegraduates provides an introduction to biopsychosocial interventions that minimize disablement. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 1997, (6): p. 462-470.