

КЗВО ЛОР «ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ  
КРУПІНСЬКОГО»

Кафедра соціально-гуманітарних дисциплін

«До захисту допущено»

« \_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ к.іст.н. Лозинська С.О.

**Микитин Оксана**

УДК 615.8-056.24:614.253.5]:614.2](079.2)

РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:  
ТЕНДЕНЦІЇ, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ

Спеціальність 223 Медсестринство

Наукова робота на здобуття освітнього ступеня магістр

Науковий керівник

кандидат політичних наук, доцент

Олійник Наталія Юріївна

Львів 2023

## **ЗМІСТ**

<b>ВСТУП</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА ТА ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	<b>10</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	<b>20</b>
2.1. Реабілітація осіб з інвалідністю: теоретичні засади	20
2.2. Стратегії, моделі та практики в системі охорони здоров'я для реабілітації осіб з інвалідністю	29
<b>РОЗДІЛ 3. ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА РОЛЬ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ</b>	<b>54</b>
3.1. Дослідження стану і підходи до удосконалення системи надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в сфері охорони здоров'я України	54
3.2. Роль медсестринства та компетентісний підхід у системі реабілітаційних послуг	62
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>80</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b>	<b>87</b>

## АНОТАЦІЯ

В магістерській роботі розкриваються основні сучасні тенденції, проблеми та перспективи реабілітації осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я. На основі детального аналізу нормативно-правової бази, іноземних та вітчизняних досліджень з питання реабілітації осіб з інвалідністю з'ясовано, що це питання у вітчизняному законодавстві та медичній науці достаньо нове і тому не вирішене. Досліджено еволюцію ставлень та підходів до осіб з інвалідністю і до реабілітації, як компоненти системи охорони здоров'я.

Обґрунтовано необхідність реабілітації як важливого компонента системи охорони здоров'я. Детально охарактеризовано сутність, складові, типи та основні напрямки реабілітації, як однієї із п'яти стратегій охорони здоров'я і як медичної послуги для осіб з порушенням здоров'я. З'ясовано відмінності оцінки впливу хвороби на людину з точки зору медицини і реабілітації та функціонування, а також докладно охарактеризовано біопсихосоціальну модель функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я. Охарактеризовано та проаналізовано сучасні підходи, моделі та практики в реабілітації осіб з інвалідністю, зокрема в сестринській справі.

Проведене опитування допомогло проаналізувати стан системи реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в сфері охорони здоров'я України, виявити основні проблеми і запропонувати рекомендації для вдосконалення цієї системи.

З'ясовано роль сестринської справи в системі надання реабілітаційних послуг людям з інвалідністю та доповнено компетентнісну модель підготовки реабілітаційних медичних сестер, запропоновано шляхи інтеграції медсестер в реабілітаційну команду як її повноправних членів.

## **ABSTRACT**

The master's thesis reflects the main current trends, problems and prospects of rehabilitation of persons with disabilities in the health care system. Based on a detailed analysis of the legal framework, foreign and domestic research on the issue of rehabilitation of persons with disabilities, it was found that this issue is quite new in domestic legislation and medical science and therefore not resolved. The evolution of attitudes and approaches to persons with disabilities and to rehabilitation as components of the health care system was studied.

The need for rehabilitation as an important component of the health care system is substantiated. The essence, components, types and main directions of rehabilitation as one of the five health care strategies and as a medical service for people with health disorders are described in detail. The differences in assessing the impact of the disease on a person from the point of view of medicine and rehabilitation and functioning are clarified, and the biopsychosocial model of functioning, disability and health of the World Health Organization is described in detail. Modern approaches, models and practices in the rehabilitation of persons with disabilities, particularly in nursing, are characterized and analyzed.

The conducted survey helped to analyze the state of the system of rehabilitation services for persons with disabilities in the sphere of health care of Ukraine, to identify the main problems and to offer recommendations for improving this system.

The role of nursing in the system of providing rehabilitation services to people with disabilities has been clarified and the competency model of training rehabilitation nurses has been supplemented, ways of integrating nurses into the rehabilitation team as its full members have been proposed.

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Реабілітація – це концепція, яка зараз широко обговорюється у всьому світі. Адже, понад мільярд людей живуть з певною формою інвалідності, що становить понад 15% населення світу [27], а частка світового населення старше 60 років подвоїться протягом наступних 30 років і більшість із них житимуть з хронічними захворюваннями, особливо неінфекційними [20]. Ці мінливі медичні та демографічні тенденції сприяють швидкому глобальному збільшенню кількості людей, які відчувають погіршення функціонування, що призводить до величезних незадоволених потреб у реабілітації.

В сучасній медичній практиці виживання після серйозних захворювань і травм покращується, але необхідно враховувати два важливі чинники: виживання після серйозної хвороби та травми залишає все більше людей зі складними проблемами та функціональними дефіцитами і багато з цих людей - молоді на момент події/травми і житимуть ще багато десятиліть. Це відображається у збільшенні тягаря піклування для окремих осіб, а для суспільства – у підвищенні витрат на охорону здоров'я та соціальне обслуговування.

Реабілітація ефективна для зменшення тягаря інвалідності та розширення можливостей для людей з порушеннями здоров'я. Ці витрати часто не перевищують ті, ніж могли б понести медичні служби, якби такі послуги не надавалися [127].

В Україні в контексті нападу Російської федерації, а особливо повномасштабної війни з 2022 року, питання реабілітації стоїть досить гостро, потребує переосмислення і втілення дієвих стратегій та моделей системи реабілітаційних послуг для осіб, які постраждали від війни: військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб, мешканців прифронтових зон тощо.

Проведений аналітичний огляд вітчизняної наукової літератури показав, що питання реабілітації осіб з порушенням здоров'я у вітчизняній медичній науці достаньно нове і тому не вирішене. Це і визначило актуальність нашого дослідження, його напрямки, мету та завдання.

**Об'єкт дослідження** – реабілітація осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – проблеми, тенденції та перспективи реабілітації осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я.

**Мета дослідження** – комплексно дослідити систему реабілітації осіб з інвалідністю, проаналізувати проблеми, тенденції та перспективи реабілітації як однієї із компонентів сфери охорони здоров'я.

Реалізація поставленої мети обумовила такі дослідницькі завдання:

- 1) аналіз нормативно-правової та джерельної бази дослідження питання реабілітації осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я;
- 2) дослідження теоретичних засад реабілітації осіб з інвалідністю;
- 3) аналіз стратегій, моделей та практик в системі охорони здоров'я для реабілітації осіб з інвалідністю;
- 4) дослідження стану системи реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в сфері охорони здоров'я України;
- 5) формування підходів до удосконалення системи реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в сфері охорони здоров'я України;
- б) аналіз ролі медсестринства та компетентісного підходу у системі реабілітаційних послуг.

**Методи дослідження.** Для дослідження питання реабілітації осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я було застосовано комплекс методів та прийомів. Методологічною основою нашої магістерської роботи стали три групи методів: загальнонаукові, емпіричні та логічні. Серед загальнонаукових було використано бібліосемантичний метод, що дав змогу проаналізувати іноземні та вітчизняні дослідження з питання реабілітації осіб з інвалідністю. Окрім того було застосовано історичний метод для дослідження еволюції

ставлень та підходів до осіб з інвалідністю і до реабілітації, як компоненти системи охорони здоров'я, зокрема в сестринській справі. Також було застосовано порівняльний метод для зіставлення та аналізу проблем та тенденцій, які постають щодо реабілітації осіб з інвалідністю. Серед емпіричних методів було використано метод опитування для вивчення та аналізу стану реабілітаційних послуг особам із порушенням здоров'я в Україні, а також метод системного аналізу для проведення кількісного та якісного аналізу основних компонентів реабілітації людей з інвалідністю та обґрунтування необхідності реабілітації як важливого чиннику системи охорони здоров'я. Метод контент-аналізу для вивчення змісту і проведення аналізу наукових робіт зарубіжних та вітчизняних дослідників, а також міжнародної та вітчизняної діючої нормативно-правової бази щодо реабілітації осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я. Серед логічних методів було використано індукцію, дедукцію, аналіз і синтез для виокремлення ролі сестринської справи в реабілітації людей з інвалідністю, а також вони допомогли узагальнити опрацьований матеріал та підбити логічні підсумки магістерської роботи.

**Наукова новизна** роботи полягає у тому, що на основі комплексного теоретичного аналізу досліджуваної проблеми:

- комплексно та системно проаналізовано систему реабілітації осіб з інвалідністю як одну із важливих компонентів сфери охорони здоров'я;
- на основі проведеного опитування виявлено основні проблеми та запропоновано нові підходи удосконалення системи реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в сфері охорони здоров'я України;
- комплексно та системно проаналізовано роль сестринської справи в системі реабілітаційних послуг у сфері охорони здоров'я;
- суттєво доповнено компетентнісну модель підготовки реабілітаційних медичних сестер.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в обґрунтуванні політики і дій на основі вивчення зарубіжного досвіду та проведеного опитування для удосконалення системи реабілітації осіб з інвалідністю у сфері охорони здоров'я.

Основні положення, рекомендації та висновки магістерської роботи можуть бути використані:

- *у науково-дослідній сфері* – для подальшого вирішення наукових та практичних проблем реабілітації осіб з інвалідністю у сфері охорони здоров'я;
- *у медичних закладах освіти* – для формування навчальних планів і викладання навчальних дисциплін для медичних сестер із врахуванням компетентностей необхідних для надання реабілітаційних послуг;
- *у системі охорони здоров'я* – для підвищення якості надання медичних послуг і впровадження інноваційних підходів медсестринської діяльності.

**Апробація результатів роботи.** Основні положення, рекомендації та висновки магістерської роботи доповідались та були обговорені на всеукраїнській конференції:

II Всеукраїнська науково-практична конференція «Освіта медичних фахівців: реалії та виклики сьогодення» (м. Львів, 27 квітня 2023 р.)

**Публікації.** Основні положення, рекомендації та висновки магістерської роботи були викладені у публікації:

Микитин О. Реабілітація як складова системи охорони здоров'я // Освіта медичних фахівців: реалії та виклики сьогодення. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 27 квітня 2023 р.) / за редакцією кандидата історичних наук Світлани Лозинської. Львів: КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», 2023.

**Структура магістерської роботи.** Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку



використаної літератури (130 позицій). Загальний обсяг магістерської роботи – 86 сторінок. Робота містить 4 таблиці, 9 графіків та діаграм.

## **РОЗДІЛ 1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА ТА ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Історично вважалося, що людям з інвалідністю достатньо догляду. Однак за останні 20 років у Європі стався філософський зсув, тому люди з інвалідністю розглядаються як громадяни з повною автономією та правами людини. Це відповідає духові Стандарту ООН з прав людини та призвело до прийняття законодавства щодо запобігання дискримінації за ознакою інвалідності.

У Декларації ООН з прав людини [1] зазначено, що людина з обмеженими можливостями не повинна бути об'єктом догляду («пацієнтом») протягом усього життя. Він або вона є громадянином з особливими потребами, пов'язаними з конкретною інвалідністю. Ці потреби мають задовольнятися в суспільстві, але в «нормальному» контексті. Участь є фундаментальним правом людини і центральним аспектом цього є доступ до усіх сфер суспільства. Це включає фізичний доступ, наприклад у громадських і приватних зонах, будівлях, а також до громадського транспорту, інформації тощо.

Після Алма-Атинської декларації Всесвітньої організації здоров'я 1978 року реабілітація вважається важливою стратегією охорони здоров'я в первинній медичній допомозі, яка покликана забезпечувати функціонування та участь і, яка спрямована на вирішення «основних проблем охорони здоров'я в громаді» шляхом «надання промоційних, профілактичних, лікувальних і реабілітаційних послуг» [23].

Рада Європи 1992 р. запропонувала законодавство про права людей з інвалідністю [8], яке, по суті, охоплює наступне:

- профілактика інвалідності та медична освіта;
- ідентифікація та діагностика;
- лікування та терапевтичні засоби;

- освіта;
- професійна орієнтація та навчання;
- працевлаштування;
- соціальна інтеграція та середовище;
- соціальний, економічний і правовий захист;
- навчання осіб, які займаються реабілітацією та соціальною інтеграцією людей з інвалідністю;
- інформація;
- статистика та дослідження.

В грудні 1993 року Генеральна Асамблея ООН схвалила Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, де було дане визначення поняття «реабілітація» і прописано Правило 3, відповідно до якого держави повинні забезпечити людям з інвалідністю реабілітаційні послуги, щоб вони могли досягти і підтримувати оптимальний для себе рівень самостійності й життєдіяльності, розробити національні реабілітаційні програми для всіх груп інвалідів. Такі програми повинні ґрунтуватись на дійсних особистих потребах інвалідів і на принципах повної участі й рівності, охоплювати широке коло діяльності, як-от напрацювання основних навичок для покращення або компенсації ураженої функції, рекомендації для інвалідів та їх родин, вироблення впевненості в собі та супутні послуги, такі як обстеження і скерування. До цього повинні мати доступ всі люди з інвалідністю, включно з особами, які мають тяжку і/або множинну інвалідність та потребують реабілітації. Інваліди та їхні родини повинні мати змогу брати участь у розробці й організації реабілітаційних служб, які їх стосуються [6].

В 2001 році ВООЗ опублікувала свою Міжнародну класифікацію функціонування, інвалідності та здоров'я [128], на основі якої була розроблена концептуальна стратегія реабілітації, як однієї із стратегій охорони здоров'я, що на основі інтегративної моделі функціонування ВООЗ застосовує та об'єднує:

- підходи до оцінки функціонування з урахуванням стану здоров'я;
- підходи до оптимізації дієздатності людини;
- підходи, які будують і зміцнюють ресурси людини;
- підходи, які забезпечують сприятливе середовище;
- підходи, які розвивають продуктивність людини;
- підходи, які покращують якість життя людини.

Відповідно до цієї стратегії, реабілітація здійснюється у партнерстві між особою, якій вона надається та постачальником послуг із врахуванням життєвого становища та в усіх вікових групах, а також із врахуванням особливостей та умов догляду, включаючи лікарні, реабілітаційні заклади та громаду. В цій стратегії також важливе значення має взаємодія між різними сферами, включаючи охорону здоров'я, освіту, працю та соціальний захист з метою надання можливості людям із захворюваннями, які зазнають або можуть зазнати інвалідності, досягти та підтримувати оптимальне функціонування. Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я забезпечує основу, яку можна використовувати для всіх аспектів реабілітації.

Рада Європи також опублікувала серію доповідей і документів про людей з інвалідністю. Зокрема, вона сприяла прийняттю декларації європейських міністрів, відповідальних за політику інтеграції людей з обмеженими можливостями (Малага, 2003) [29]. Ці документи передбачають:

- покращення якості життя людей з інвалідністю та їхніх сімей;
- вжиття заходів, зокрема з реабілітації, спрямованих на покращення якості життя людей з інвалідністю, які мають ґрунтуватися на обґрунтованій оцінці їхнього становища, потенціалу та потреб;
- розроблення плану дій для досягнення цих цілей;
- забезпечення справедливого доступу до зайнятості як ключового елемента соціальної участі;

— застосування інноваційних підходів, зокрема з реабілітації, оскільки люди з фізичними, психологічними та інтелектуальними порушеннями можуть жити досить довго;

— створення заходів для забезпечення хорошого фізичного та психічного здоров'я на пізніх етапах життя;

— зміцнення структури підтримки навколо людей з інвалідністю, які потребують значної підтримки;

— сприяння наданню якості послуг, зокрема медичних;

— розроблення програм та ресурсів для задоволення потреб людей з інвалідністю.

Реабілітація довго не мала об'єднуючої концептуальної основи [107]. Історично цей термін описував низку реакцій на інвалідність, від втручань для покращення функціонування організму до більш комплексних заходів, спрямованих на сприяння інклюзії.

У 2005 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію «Інвалідність, включаючи профілактику, лікування та реабілітацію» [26]. Вона проголосила, що, серед іншого, держави-члени повинні:

— брати участь у заходах із запобігання інвалідності;

— просувати та зміцнювати програми реабілітації на рівні громади, пов'язані з первинною медичною допомогою та інтегровані в системи охорони здоров'я;

— сприяти доступу до відповідних допоміжних технологій і сприяти їх розвитку та іншим засобам, які заохочують інтеграцію людей з інвалідністю в суспільство;

— досліджувати та втілювати в життя найбільш ефективні дії щодо запобігання інвалідності;

— забезпечити надання адекватної та ефективної медичної допомоги людям з особливими потребами та полегшити їм доступ до такої допомоги, включаючи протези, інвалідні візки, засоби допомоги водієві та інші пристрої;

— дослідження та впровадження найефективніших заходів для запобігання інвалідності у співпраці з громадами та іншими секторами.

Крім того, Всесвітня асамблея охорони здоров'я звернулась до Генерального директора з проханням:

— активізувати співпрацю в рамках Організації з метою покращення якості життя та сприяння правам і гідності людей з інвалідністю;

— надавати підтримку державам-членам у посиленні національних програм реабілітації;

— підтримувати держави-члени в зборі більш надійних даних щодо всіх відповідних аспектів, включаючи економічну ефективність втручань для запобігання інвалідності, реабілітації та догляду;

— подальше посилення співпраці в рамках ООН та з державами-членами, неурядовими організаціями, включаючи організації людей з інвалідністю;

— сприяти дослідженням захворюваності та поширеності інвалідності як основи для формулювання стратегій профілактики, лікування та реабілітації.

2006 р. прийнято Конвенцію Організації Об'єднаних Націй про права людей з інвалідністю. Стаття 26 «Абілітація та реабілітація» цієї Конвенції закликає до: «...ефективних і належних заходів для того, щоб надати особам з інвалідністю можливість для досягнення й збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя. Із цією метою держави-учасниці організують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування, таким чином, щоб ці послуги та програми». Стаття теж закликає держави організувати, зміцнювати та розширювати комплексні реабілітаційні послуги та програми, які повинні розпочинатися якомога раніше, на основі мультидисциплінарної оцінки індивідуальних потреб і сильних сторін,

включаючи надання допоміжних пристроїв і технологій. Конвенція також заохочує держави сприяти розвитку початкового й подальшого навчання спеціалістів і персоналу, які працюють у сфері абілітаційних і реабілітаційних послуг [4].

У розділі Всесвітнього звіту про інвалідність [129], присвяченому «реабілітаційним заходам і результатам», зазначено, що реабілітаційні заходи повинні бути спрямовані на функції та структури організму, дії та участь, фактори середовища та особисті фактори. Вони мають сприяти досягненню та підтримці оптимального функціонування людини у взаємодії з навколишнім середовищем, використовуючи такі широкі результати:

- запобігання втраті функції
- уповільнення швидкості втрати функції
- поліпшення або відновлення функції
- компенсація втраченої функції
- підтримання поточної функції.

У європейських країнах також було створено законодавство про права людей з інвалідністю [8; 91]. Деякі з них мають давнє законодавство із загальною політикою щодо реабілітації людей з обмеженими можливостями (наприклад, у Франції діє Закон про інвалідів з 1975 року), але більшість країн прийняли антидискримінаційне законодавство лише протягом останніх 30 років, наприклад, Акт про рівні можливості для людей з обмеженими можливостями (Німеччина), Рамковий закон (Італія), Конституційний акт (Фінляндія), Закон про забезпечення прав осіб з обмеженими можливостями (Угорщина 1998), Здоров'я для всіх (Словенія 2004), Закон про дискримінацію за інвалідністю (Великобританія 1996), На зустріч інклюзії (Великобританія 2001) тощо. Європейське законодавство чітко визначає, що люди з інвалідністю повинні мати доступ до відповідної реабілітації.

У березні 2021 року Європейська комісія прийняла Стратегію прав людей з інвалідністю на 2021-2030 роки. За допомогою цієї десятирічної стратегії Європейська комісія хоче покращити життя людей з інвалідністю в

Європі та в усьому світі [121]. Нова стратегія містить широкий набір заходів і провідних ініціатив у різних сферах і має численні пріоритети, такі як:

- доступність: можливість вільно пересуватися та проживати, а також брати участь у демократичному процесі;
- мати гідну якість життя та жити незалежно, оскільки зосереджується на процесі деінституціоналізації, соціальному захисті та недискримінації на роботі;
- рівна участь, оскільки вона має на меті ефективний захист людей з інвалідністю від будь-якої форми дискримінації та насильства, забезпечення рівних можливостей і доступу до правосуддя, освіти, культури, спорту та туризму, а також рівний доступ до всіх медичних послуг.

В Україні закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» був прийнятий 2006 р. Цей Закон «відповідно до Конституції України визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності» [2].

2009 р. Верховною радою було ратифіковано Конвенцію ООН про права права осіб з інвалідністю.

2021 р. було прийнято закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». У ньому на відміну від закону 2006 р. введено нове поняття «особа з обмеженням життєдіяльності», а також було змінено визначення «особа з інвалідністю», яке фактично було прирівняно до офіційного статусу. Було введено визначення, принципи функціонування та завдання мультидисциплінарної команди і введено перелік фахівців з реабілітації, зокрема і нового для України спеціаліста – терапевта мови і мовлення, для фахівців з реабілітації передбачена необхідність атестації (за окремою процедурою, що має бути визначена Кабінетом Міністрів України). Закон також передбачив окрему процедуру обов'язкового ліцензування



господарської діяльності у сфері надання реабілітаційних послуг і надання реабілітаційних послуг на госпітальному рівні та рівні громади, зокрема, на гострому, підгострому і довготривалому реабілітаційних періодах. Законом впроваджується біопсихосоціальна модель, тобто модель, яка враховує не лише біологічні чинники інвалідності, але і психологічні та соціальні фактори, модель Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я і запроваджується телереабілітація, тобто можливість надання реабілітаційних послуг за допомогою дистанційних засобів зв'язку. Цей закон передбачив метод доказовості у реабілітації з прив'язкою до процедури ліцензування, тобто теоретично, заклади та фахівці, що пропонуватимуть реабілітаційні інтервенції без доказової бази, не отримуватимуть ліцензію або позбавлятимуться її. Також передбачено надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги, у тому числі первинному і передбачено координацію та обмін інформацією між eHealth (медичні послуги) та eSocial (соціальні послуги) [3].

Джерельна база дослідження репрезентована трьома категоріями джерел:

- науковими роботами зарубіжних та вітчизняних дослідників,
- документами офіційного походження,
- звітами та статистичними матеріалами.

Методологічною основою нашої магістерської кваліфікаційної роботи стали три групи методів: загальнонаукові, емпіричні та логічні:

1) контент–аналіз – для вивчення змісту і проведення аналізу наукових робіт зарубіжних та вітчизняних дослідників, а також міжнародної та вітчизняної діючої нормативно-правової бази щодо реабілітації осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я;

2) бібліосемантичний – для вивчення зарубіжних (в основному англійських) та вітчизняних досліджень з питання реабілітації осіб з інвалідністю;

3) порівняльний – для зіставлення та аналізу проблем та тенденцій, які постають щодо реабілітації осіб з інвалідністю;

4) системного аналізу – для проведення кількісного та якісного аналізу основних компонентів реабілітації людей з інвалідністю та обґрунтування необхідності реабілітації як важливого чиннику системи охорони здоров'я;

5) індукція, дедукція, аналіз та синтез для виокремлення ролі сестринської справи в реабілітації людей з інвалідністю, а також вони допомогли узагальнити опрацьований матеріал та підбити логічні підсумки магістерської кваліфікаційної роботи.

### *Висновки до 1 розділу*

Отже, аналіз стану вивчення проблеми дослідження дозволяє стверджувати, що від середини ХХ ст. відбулись суттєві зміни ставлення до людей з інвалідністю: від сприйняття їх лише як об'єкту догляду із боку держави та суспільства до визнання необхідності забезпечення особам з інвалідністю повноцінного функціонування та участі в усіх сферах суспільства. Основною стратегією, що повинна цьому сприяти вважається реабілітація, яка з кінця 70-х років ХХ ст. визнана як одна із п'яти стратегій системи охорони здоров'я на рівні із зміцненням здоров'я, профілактикою, лікуванням, підтримкою та паліативною допомогою.

До нормативно-правових документів, які справили найбільший вплив на визнання і закріплення прав людей із інвалідністю, а також визнання реабілітації важливою стратегією, яка сприятиме задоволенню цих прав можна віднести Декларацію ООН з прав людини (1948), Алма-Атинську декларацію ВООЗ (1978), законодавчі документи Ради Європи (1992), Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів ООН (1993), Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я ВООЗ (2001), декларації європейських міністрів, відповідальних за політику інтеграції людей з обмеженими можливостями (Малага, 2003), резолюція «Інвалідність, включаючи профілактику, лікування та реабілітацію» (2005),

Конвенція ООН про права людей з інвалідністю (2006), Стратегія ВООЗ «Реабілітація 2030» (2017).

Основними нормативно-правовими актами, які врегульовують систему надання реабілітаційних послуг в Україні можна вважати закони «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2006) і «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2021). Новий закон передбачає: окрему процедуру обов'язкового ліцензування господарської діяльності у сфері надання реабілітаційних послуг і надання реабілітаційних послуг на госпітальному рівні та рівні громади, зокрема, на гострому, підгострому і довготривалому реабілітаційних періодах; надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги, у тому числі первинному і передбачено координацію та обмін інформацією між eHealth (медичні послуги) та eSocial (соціальні послуги); надання реабілітаційних послуг мультидисциплінарною командою, фахівці якої повинні пройти окрему атестацію; впровадження моделі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я і можливості телереабілітації.

Джерельна база роботи репрезентована трьома категоріями джерел, які умовно можна поділити на такі групи: науково роботи зарубіжних та вітчизняних дослідників, документи офіційного походження, звіти та статистичні матеріали. Методологічною основою магістерської роботи стали три групи методів: загальнонаукові, емпіричні та логічні.

## РОЗДІЛ 2. ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 2.1. Реабілітація осіб з інвалідністю: теоретичні засади

З точки зору системи охорони здоров'я, реабілітація є однією з п'яти стратегій охорони здоров'я [105; 107], цілі та показники результатів яких наведено в таблиці 1 [106]. Після Алма-Атинської декларації 1978 року реабілітація вважається важливою стратегією охорони здоров'я, яка спрямована на вирішення «основних проблем охорони здоров'я в суспільстві» шляхом «надання промоційних, профілактичних, лікувальних та реабілітаційних послуг» [23].

Таблиця 1. Основні стратегії охорони здоров'я системи охорони здоров'я, їх цілі та показники [106]

Стратегії	Цілі здоров'я	Індикатор
<b>Профілактика</b>	Профілактика стану здоров'я (профілактика захворювань)	Хвороби
<b>Зміцнення здоров'я</b>	Оптимальне біологічне здоров'я	Спроможність за Міжнародною класифікацією функціонування, інвалідності та здоров'я
<b>Лікування</b>	Лікувальний контроль стану здоров'я (боротьба з хворобами)	Смертність
<b>Реабілітація</b>	Оптимальне функціонування	Спроможність і продуктивність за Міжнародною класифікацією функціонування, інвалідності та здоров'я
<b>Підтримування</b>	Оптимальне здоров'я	Продуктивність за Міжнародною класифікацією функціонування, інвалідності та здоров'я
<b>Паліативна допомога</b>	Якість життя та добробуту	Задоволення

ВООЗ визначила реабілітацію як «використання всіх засобів, спрямованих на зменшення впливу станів, що призводять до інвалідності і на надання людям з обмеженими можливостями можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції» [100]. Це визначення включає клінічну реабілітацію, але також, що важливо, підтримує концепцію соціальної участі

як вимогу відповідності соціального середовища потребам людей з інвалідністю, щоб усунути суспільні перешкоди для участі, будь то соціальні чи професійні.

У контексті охорони здоров'я реабілітацію було визначено як «процес активних змін, за допомогою яких особа, яка стала інвалідом, набуває знань і навичок, необхідних для оптимального фізичного, психологічного та соціального функціонування» [90]. Це визначення дає більш чітку вказівку на процес, який здійснюють люди з інвалідністю для розвитку власних здібностей, що є сферою, якій найбільш ефективно сприяє медична реабілітація.

В медичній науковій літературі використовується усталене визначення реабілітації як «активного процесу, за допомогою якого особи, які отримали інвалідність внаслідок травми чи хвороби, досягають повного одужання або, якщо повне одужання неможливе, реалізують свій оптимальний фізичний, розумовий і соціальний потенціал і інтегруються у найбільш відповідне для них середовище» [70].

Реабілітація – це процес, який допомагає людині досягти найвищого рівня працездатності, незалежності та якості життя. Реабілітація не усуває та не скасовує пошкодження, спричинені хворобою чи травмою, а радше допомагає відновити людину до оптимального здоров'я, функціонування та благополуччя. Таким чином, реабілітація зосереджена на досягненні функціональної незалежності в повсякденній діяльності, в роботі, навчанні чи відпочинку, для того, щоб люди могли виконувати значимі ролі в повсякденному житті. Очевидно, що реабілітація має ключове значення для досягнення не тільки індивідуальних переваг для здоров'я, але й загальної цілі в галузі охорони здоров'я, яка дозволяє створити здорову та функціональну націю.

Реабілітація — це орієнтована на людину стратегія здоров'я, де лікування відповідає основним умовам стану здоров'я, а також цілям і вподобанням пацієнта. Реабілітація зазвичай включає втручання, що

здійснюються фахівцями з реабілітації, такими як фізіотерапевти, ерготерапевти, логопеди та мовні терапевти, ортопеди та протезисти, психологи та лікарі з фізичної та реабілітаційної медицини [60]. Загальна мета реабілітації полягає в тому, щоб дати людям з інвалідністю можливість вести життя, яке вони хотіли б, враховуючи будь-які обмеження, накладені на їхню діяльність через порушення, спричинені хворобою чи травмою, а також їхній особистий контекст. На практиці це часто найкраще досягається шляхом поєднання заходів для подолання або усунення їхніх порушень і усунення або зменшення перешкод для участі в обраному людиною середовищі. Двома основними результатами реабілітації, які необхідно продемонструвати, є благополуччя людини та її соціальна та професійна участь.

Реабілітація може знадобитись на будь-яких етапах життя, від народження і до кінця життя, може залежати від стану здоров'я (профілактична попередня реабілітація, підтримуюча), у невідкладній медичній допомозі, після гострого стану до тривалого догляду та реабілітаційних втручань, вона може надаватись багатьма медичними та немедичними працівниками, а також окремими особами, їхніми родинами та особами, які здійснюють догляд. Відновлюючи, запобігаючи або уповільнюючи погіршення функціонування (сенсорного, фізичного, інтелектуального, психічного, когнітивного чи соціального), реабілітація ставить людину в центр процесу і це допомагає людям повністю розкрити свій потенціал і заохочує участь у житті суспільства.

Таким чином, якість реабілітації впливає не лише на окремих людей, а й на їхні сім'ї, громади та економіку держави загалом.

Реабілітація є основною медичною послугою для людей із широким діапазоном станів здоров'я на всіх етапах життєвого циклу, а також на всіх етапах гострого, підгострого стану та тривалого лікування. Реабілітація стосується впливу стану здоров'я на життя людини, зосереджуючись насамперед на покращенні її функціонування та зменшенні досвіду інвалідності. Реабілітація зосереджена на функціонуванні людини, а не на

хворобі. Це досягається завдяки сильному наголосу на навчанні та розширенні можливостей людей керувати своїм станом здоров'я, адаптуватися до своєї ситуації та залишатися максимально незалежними та активними. Завдяки цьому реабілітація дає змогу ширше брати участь у навчанні, працевлаштуванні та громадському житті з далекосяжними вигодами для здоров'я, соціального та економічного розвитку. Реабілітація стає все більш важливою послугою охорони здоров'я з огляду на старіння населення та зростання поширеності неінфекційних захворювань. Крім того, оскільки доступ до медичних заходів розширюється, реабілітація потрібна для максимізації їх ефективності та впливу. Однак наразі потреба в реабілітації значно перевищує її доступність [90].

Значна незадоволена потреба в реабілітації ставить під загрозу соціальні та економічні результати медичної допомоги та перешкоджає реалізації Цілей сталого розвитку (ЦСР) [7], зокрема Цілі 3: «Забезпечення здорового життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці». Для досягнення цієї Цілі має бути загальне охоплення медичним обслуговуванням і медичні послуги мають задовольняти повний спектр потреб населення в охороні здоров'я. Тому загальне охоплення медичним обслуговуванням вимагає забезпечення зміцнення здоров'я, профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги. Зміцнення системи охорони здоров'я є ключовою стратегією для досягнення загального охоплення медичним обслуговуванням.

Крім того, реабілітація також сприяє досягненню інших цілей ЦСР, таких як ЦСР 1 (позбавлення від бідності), ЦСР 4 (якісна освіта), ЦСР 5 (гендерна рівність), ЦСР 8 (гідна робота та економічне зростання), ЦСР 10 (зменшення нерівності) та ЦСР 11 (сталі міста та громади) [38].

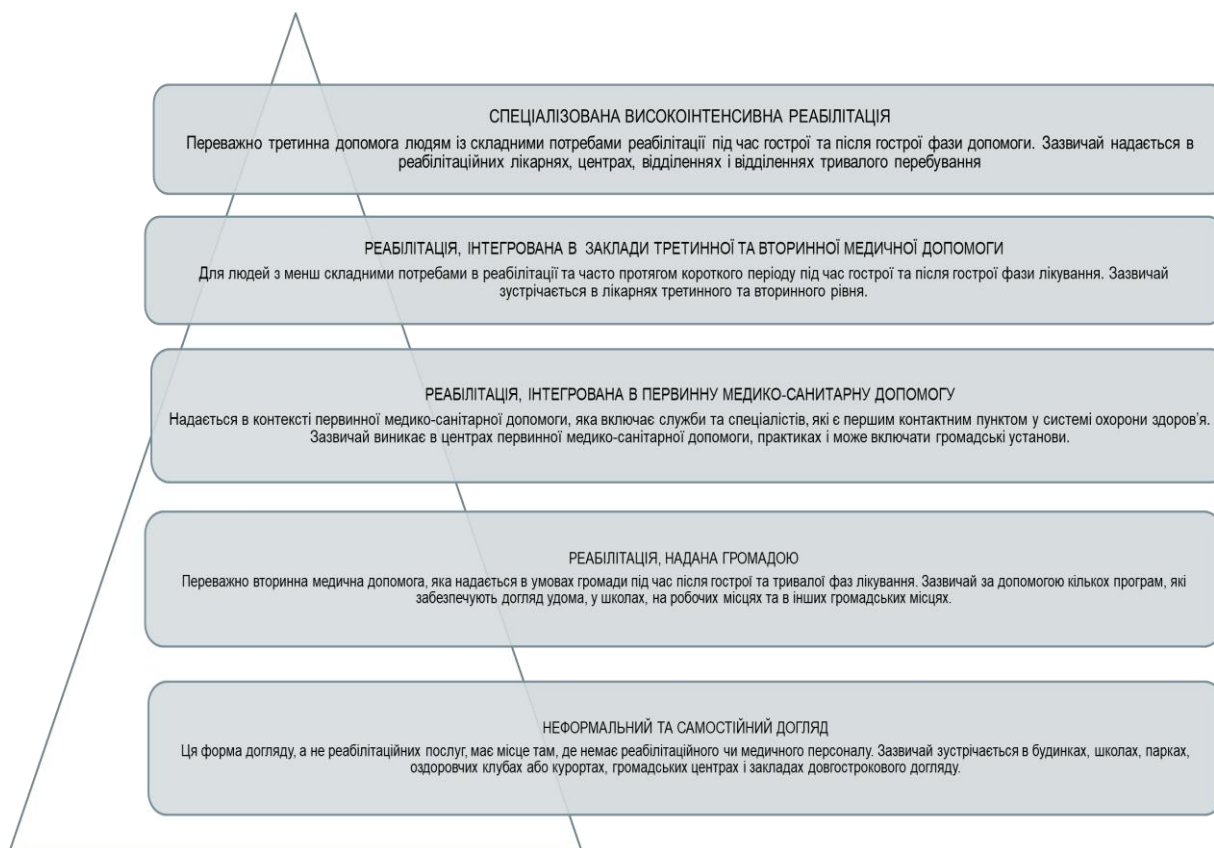
Структурні блоки системи охорони здоров'я ВООЗ [75] є важливою основою для розуміння систем охорони здоров'я та зусиль щодо їх зміцнення. Різні компоненти реабілітації в системі охорони здоров'я можна згрупувати за шістьма структурними блоками, як зазначено в таблиці 2.

Таблиця 2. Блоки системи охорони здоров'я та реабілітації

Лідерство управління та	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Закони, політика, плани та стратегії, які стосуються реабілітації.</li> <li>• Структури управління, механізми регулювання та процеси підзвітності, які стосуються реабілітації.</li> <li>• Процеси планування, співпраці та координації реабілітації.</li> </ul>
Фінансування	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Витрати на оздоровлення для реабілітації.</li> <li>• Фінансування охорони здоров'я та структури оплати, які включають реабілітацію.</li> </ul>
Медичні працівники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медичні працівники, які можуть проводити реабілітаційні заходи, включаючи реабілітаційну медицину, персонал з реабілітаційної терапії та реабілітаційну сестринську допомогу.</li> </ul>
Охоплення	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медичні послуги, які здійснюють реабілітаційні заходи, в тому числі в спеціалізованих реабілітаційних лікарнях, центрах, палатах і відділеннях; у лікарнях і клініках третього та вторинного рівня; у закладах первинної медичної допомоги та в громадських закладах.</li> </ul>
Ліки та технології	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ліки та технології, якими зазвичай користуються люди, які мають доступ до реабілітації, зокрема допоміжні продукти.</li> </ul>
Інформаційні системи охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дані, що мають відношення до реабілітації в інформаційних системах охорони здоров'я, такі як дані про функціонування населення, дані про наявність і використання реабілітації, а також дані про результати реабілітації.</li> <li>• Дослідження, пов'язані з політикою та програмами реабілітації.</li> </ul>

У різних країнах існують значні відмінності в конфігурації реабілітації. ВООЗ пропонує схему [92], яка висвітлює загальні типи реабілітації та пропонує оптимальне поєднання реабілітації в країні. Вона інтегрує реабілітацію в пірамідальну структуру, яка зазвичай використовується для ілюстрації організації третинної, вторинної та первинної медичної допомоги, і розміщує реабілітацію, що надається громадою, під нею. Структура висвітлює різні типи реабілітації та умови, де вона зазвичай відбувається. Різновидами реабілітації є: спеціалізована реабілітація високої інтенсивності, яка зазвичай проводиться через заклади тривалого перебування; реабілітація, яка інтегрована в широкий спектр медичних спеціальностей у сфері третинної та вторинної медичної допомоги; реабілітація, інтегрована в первинну медичну допомогу; реабілітація, що надається громадою, яка може бути спеціальною або інтегрованою в низку програм охорони здоров'я, що надається громадою, та неформального та самостійного догляду, який відбувається в умовах громади. Рисунок 1 ілюструє цю структуру.





**Рисунок 1.** Реабілітація в системі охорони здоров'я запропонована ВООЗ

*Спеціалізована реабілітація високої інтенсивності*, яка розташована на вершині цієї структури є спеціалізованим типом реабілітації із можливістю високоінтенсивного лікування в закладі чи на програмі тривалого перебування. Ця реабілітація зазвичай призначена для людей зі складними потребами, які впливають на кілька сфер функціонування і вважається третинною допомогою і може починатися в гострій фазі і продовжуватися в після гострій фазі. Послуги можуть бути вузькоспеціалізованими для одного стану здоров'я, наприклад, при травмі спинного мозку, або надавати реабілітацію для людей із різними захворюваннями у спеціальному реабілітаційному центрі. У цьому типі реабілітації реабілітаційні втручання проводяться реабілітаційним персоналом, включаючи медсестер, але також можуть проводитися іншим спеціалізованим медичним персоналом. Основними групами користувачів спеціалізованої реабілітації високої

інтенсивності є люди з травмою спинного мозку, черепно-мозковою травмою, опіками, інсультом, великою травмою, ортопедичними переломами та протезами, декондиціонуванням, болем, трансплантацією органів, ампутацією та рядом інших серцево-судинних, неврологічних і психіатричних захворювань. Надавати таку реабілітацію можуть лікарні тривалого лікування, центри, підрозділи та відділення, за допомогою стаціонарних, амбулаторних та денних програм, а також спеціалізовані психіатричні лікарні або відділення, де проводиться інтенсивна реабілітація, наприклад відділення опіків або інсульту.

*Реабілітація інтегрована в заклади третинної та вторинної медичної допомоги* є менш спеціалізованим типом реабілітації і зазвичай проводиться протягом короткого періоду під час гострої або після гострої фази лікування. Її інтегровано в послуги та програми охорони здоров'я для людей із різноманітними захворюваннями, які проходять лікування у закладах третинної та вторинної медичної допомоги. У цьому типі реабілітації реабілітаційні втручання найчастіше виконуються реабілітаційним персоналом, але також можуть проводитися іншим медичним персоналом. Основними групами користувачів реабілітації інтегрованої в заклади третинної та вторинної медичної допомоги є люди з різними захворюваннями опорно-рухового апарату, неврологічними, серцево-судинними, дихальними, геріатричними, психіатричними, внутрішніми органами, слухом, зором, гінекологічними, педіатричними та іншими захворюваннями. Надавати таку реабілітацію можуть третинна або вторинна лікарня та клініка. Лікарні можуть бути загальними з кількома медичними спеціальностями або вони можуть бути спеціалізованими, такими як очні, вушні або онкологічні лікарні.

*Реабілітація інтегрована в первинну медичну допомогу* надається в контексті первинної медичної допомоги, яка включає служби та професіоналів, які є першим пунктом контакту з системою охорони здоров'я. Її можна надавати під час гострої, післягострої та тривалої фаз лікування. У цьому типі реабілітації реабілітаційні втручання найчастіше виконуються

реабілітаційним персоналом, але також можуть проводитися іншим персоналом первинної медичної допомоги. Основними групами користувачів реабілітації інтегрованої в первинну медичну допомогу є люди з опорно-руховим апаратом, неврологічними, серцево-судинними, педіатричними та/або психіатричними захворюваннями. І надається вона в центрах первинної медико-санітарної допомоги, клініках, одно- чи багатопрофесійних практиках та громадських установах.

*Реабілітація, що здійснюється громадою* вирізняється тим, що проводиться в умовах громади. Громадські умови включають будинок, школу, робоче місце, громадські центри, а також можуть включати медичний центр чи клініку. Третинна, вторинна та первинна медична допомога може надаватися в умовах громади, найчастіше цей тип реабілітації є формою вторинної медичної допомоги та відбувається під час після гострої та тривалої фаз лікування. Вона проявляється з помірною або низькою інтенсивністю протягом короткого, періодичного (епізодичного) або тривалого періоду. Цей тип реабілітації здійснюється за допомогою низки механізмів, наприклад: приходу реабілітаційного персоналу додому до пацієнта, в школі чи на робочому місці і в звичайних мобільних клініках, де реабілітаційний персонал надає допоміжні послуги. Цей тип реабілітації також може бути інтегрований в інші медичні та соціальні програми, такі як: сестринський догляд на дому, програми раннього втручання та громадські послуги, орієнтовані на інвалідність. У цьому типі реабілітації реабілітаційні втручання найчастіше виконуються реабілітаційним персоналом, але також можуть проводитися іншим медичним персоналом. Надання реабілітації в умовах громади спрямовано на людей, для яких надання в цих умовах реабілітаційних послуг додатково оптимізує їх функціонування і які мають труднощі з доступом до реабілітації поза цими умовами. Групи користувачів включають людей, які нещодавно звільнилися зі спеціалізованої служби високої інтенсивності, як от військові, люди з періодичними (епізодичними) потребами в реабілітації та обмеженим доступом до транспорту, діти з вадами розвитку та інвалідністю,

люди похилого віку отримують доступ до спеціалізованих програм охорони здоров'я, люди з проблемами зору або дегенеративними захворюваннями, люди з психічними захворюваннями та люди, які проходять реабілітацію в закладах тривалого догляду, таких як будинки престарілих. Реабілітація, що здійснюється громадою може відбуватись в будинках інтернатного типу, школах, дитячих садках, на робочих місцях, центрах дозвілля, закладах тривалого догляду, хоспісах, громадських центрах, центрах здоров'я та клініках.

В сучасній теорії та практиці медицини виділяють і інші типи реабілітації. Так, Дж. Дітц [25] описав чотири елементи реабілітації людей з онкологічними захворюваннями, які зараз використовуються та застосовуються в реабілітації для широкого спектру станів: профілактичний, відновний, підтримуючий, паліативний:

*Профілактична реабілітація* виникає незабаром після встановлення нового діагнозу або появи нових порушень. Мета її полягає в тому, щоб забезпечити освіту, поради та втручання, щоб запобігти або уповільнити настання подальших порушень і підтримувати рівень здібностей людини. Це поширена форма реабілітації при довготривалих захворюваннях, таких як онкологічні захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), діабет і багато неврологічних захворювань. Вона також лежить в основі підтримуваного самоконтролю та може включати втручання, спрямовані на підтримку функції якомога довше.

*Відновна реабілітація* зосереджена на втручаннях, які покращують такі порушення, як сила м'язів або дихальна функція та когнітивні порушення, щоб отримати максимальне відновлення функцій. Це поширена форма реабілітації після операції, хвороби або гострих подій, таких як сильна травма чи інсульт, з метою максимального покращення функції.

*Підтримуюча реабілітація* підвищує здатність людини до самообслуговування та мобільності за допомогою таких методів, як надання пристроїв самодопомоги та навчання людей компенсаторним стратегіям або

альтернативним способам виконання завдань. Це може включати надання допоміжного обладнання або модифікації середовища. Це іноді називають адаптаційною реабілітацією [28].

*Паліативна реабілітація* дозволяє людям з обмеженими життєвими умовами вести повноцінне життя фізично, психологічно та соціально, поважаючи їхні бажання. Вона часто спрямована на полегшення симптомів, таких як біль, задишка та набряк, запобігання контрактурам, допомогу в диханні, психологічне благополуччя, розслаблення або використання допоміжних пристроїв, щоб максимізувати функціональну незалежність і підтримувати комфорт, гідність і якість життя [82].

Отже, реабілітація — це безперервний і скоординований процес, який починається з появою хвороби чи травми і продовжується аж до досягнення особою ролі в суспільстві, яка відповідає її життєвим прагненням і бажанням.

## **2.2. Стратегії, моделі та практики в системі охорони здоров'я для реабілітації осіб з інвалідністю**

Як зазначалось вище, реабілітацію можна розглядати як стратегію охорони здоров'я разом із зміцненням здоров'я, профілактикою, лікуванням, підтримкою та паліативною допомогою [74; 105]. Це стратегія, яка підтримує людей із порушеннями здоров'я, які відчувають проблеми у взаємодії з навколишнім середовищем (що визначаються як інвалідність) і надає їм можливість повноцінно брати участь у житті суспільства. Щоб досягти цього, реабілітація передбачає комплекс втручань, спрямованих на індивідуальні потреби. Такі втручання підходять для покращення функцій організму та полегшення діяльності та участі. У багатьох випадках функціональні проблеми багатогранні та складні, а усвідомлення того, що життєві ситуації різноманітні, сприяє реабілітаційним втручанням, які, у більшості випадків, є багатовимірними та вимагають багато професійної реабілітаційної команди [77].

Реабілітація може бути ефективною у п'яти основних напрямках:

- лікування основної патології;
- зменшення порушення та/або інвалідності;
- профілактика та лікування ускладнень;
- покращення функціонування та діяльності;
- забезпечення участі.

Усі ці заходи враховують особистий, культурний та екологічний контекст людини, дотримуючись принципів Міжнародній класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я.

Ефективність реабілітації полягає в:

1) оцінці функціонування у зв'язку зі станом здоров'я, особистими факторами та факторами навколишнього середовища, включаючи прогноз, можливість зміни прогнозу, визначення довгострокових цілей, цілей програми втручання, цілей реабілітаційного циклу та цілей втручання, а також оцінкою юридичної інвалідності;

2) виконанні або застосуванні біомедичних та інженерних втручань для оптимізації працездатності, включаючи фізичні модальності, методи знеболювання, нейропсихологічні втручання, харчові та фармакологічні втручання, інженерні втручання, включаючи, наприклад, імплантати, протези та ортези, допоміжні засоби та пристрої, призначені для стабілізації, покращення або відновлення порушених функцій і структур організму. Це дозволяє мінімізувати біль, втому та інші симптоми, запобігти порушенням, медичним ускладненням і ризикам (наприклад, депресія, виразки шкіри, тромбоз, контрактури суглобів, остеопороз і падіння) і компенсувати відсутність або втрату функцій і структур організму;

3) керівництві та координації програм втручання для досягнення оптимальної продуктивності в мультипрофесійному ітеративному процесі вирішення проблем, виконанні, застосуванні та інтеграції біомедичних та інженерних втручань, психолого-поведінковій; освітньо-консультаційній; професійно-технічній; соціальній та архітектурній інтервенції;

4) наданні рекомендацій пацієнтам та їхньому найближчому оточенню, постачальникам послуг і платникам протягом усього періоду надання допомоги в усіх ситуаціях від госпіталю до громади;

5) управлінні реабілітацією в медичних та міжвідомчих службах;

б) консультуванні громадськості щодо запитів та осіб, які приймають рішення, щодо ухвалення та впровадження політики та програм у сфері охорони здоров'я, тому що це забезпечує доступ до реабілітаційних послуг як право людини і дає можливість фахівцям з реабілітаційної медицини надавати своєчасну та ефективну допомогу, щоб дати людям, які мають/або ризикують отримати інвалідність, досягти та підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії з ширшим фізичним, соціальним та економічним середовищем.

Перелік осіб, які потребують реабілітації, не обмежується особами з інвалідністю після травми (наприклад, травми спинного мозку, черепно-мозкової травми та множинної травми), це також основна частина ефективної допомоги всім із захворюваннями гострими чи хронічними, порушеннями, травмами чи пораненнями, які обмежують функціонування. Реабілітація може знадобитися людям протягом усього життя.

Іншим критично важливим моментом є розуміння того, що реабілітація – це не просто догляд, який надаватиметься в спеціальних відділеннях або центрах. Реабілітація має бути доступною майже в усіх закладах охорони здоров'я та на всіх етапах лікування (гострий, підгострий довгостроковий) [43; 127]. У невідкладній медичній допомозі скоординовані реабілітаційні втручання можуть сприяти прискоренню одужання та досягненню кращих довгострокових результатів для ряду захворювань [69; 93]. Реабілітація також підтримує інтенсивну терапію та може скоротити тривалість інтенсивної терапії.

Більш відомими, але менш доступними в багатьох країнах, є програми реабілітації після гострих захворювань. Це пояснюється тим, що гострі ситуації часто лікуються професійно, але функціональні дефіцити залишаються і потребують подальшого безперервного догляду добре

навченими командами. У багатьох випадках переривання активного лікування та реабілітації призводить до довготривалих порушень. У постгострій фазі реабілітація зосереджується на (подальшому) вдосконаленні функцій і діяльності. Реабілітація також спрямована на досягнення незалежного життя, включаючи деякі початкові заходи для підтримки повернення до роботи. На довгостроковій фазі реабілітація може знадобитися для різних цілей, включаючи підтримку та покращення функцій організму, для повсякденної діяльності та підтримки працездатності. Реабілітація також необхідна особам із довгостроковими порушеннями та хронічними захворюваннями або після онкологічних захворювань, які потребують підтримки працездатності та якості життя. Те, як досягається реабілітація, може відрізнятися в різних країнах і ситуаціях і може варіюватися від реабілітаційних заходів у стаціонарі до амбулаторних реабілітаційних відділень і реабілітаційних служб на рівні громади. І останнє, але не менш важливе: багато досліджень продемонстрували, що функціональне втручання перед лікарняними втручаннями (попередня реабілітація) може призвести до кращих результатів лікування [33; 54].

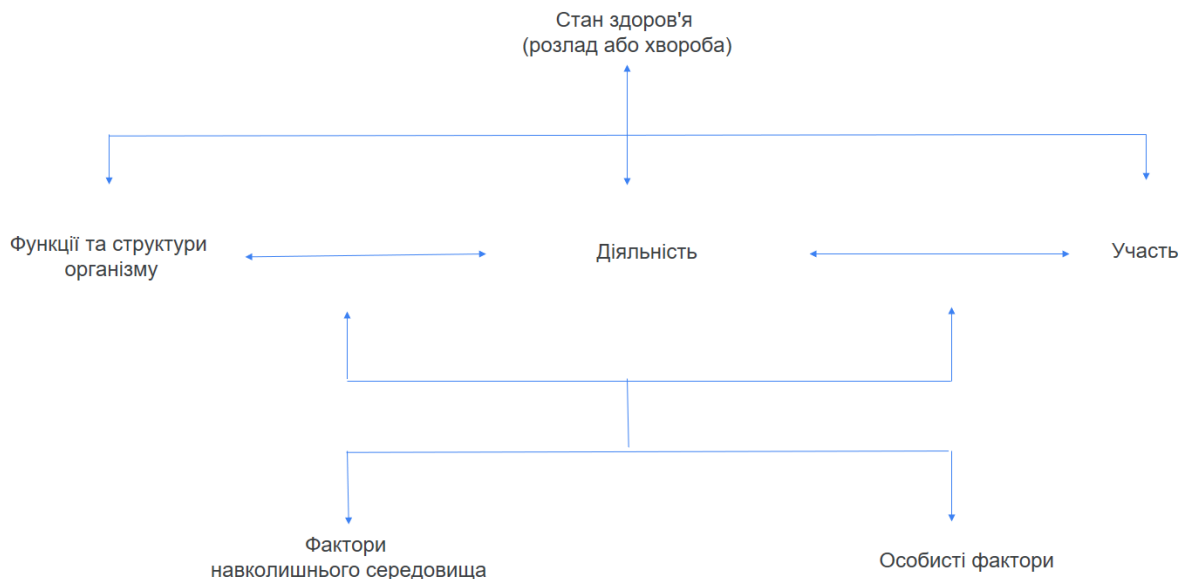
В 2001 році ВООЗ опублікувала свою Міжнародну класифікацію функціонування, інвалідності та здоров'я [128]. Це стало основоположним для кращого аналізу наслідків хвороби та практики реабілітації.

Оцінка впливу хвороби на людину відрізняється з точки зору медицини чи реабілітації. З медичної точки зору або точки зору хвороби, функціонування, інвалідність і здоров'я пацієнтів розглядаються в першу чергу як наслідки або вплив хвороби або стану здоров'я. Медичні втручання спрямовані на процес захворювання і кінцевою метою цих втручань є уникнення наслідків для людини. Щоб оцінити відповідні для пацієнта результати втручання, необхідно вимірювати як функціонування, так і стан здоров'я [108].

З точки зору реабілітації, функціонування та здоров'я пацієнтів розглядається з точки зору біопсихосоціальної моделі функціонування та



інвалідності і визнається як пов'язане зі станом здоров'я чи хворобою, а не просто як наслідок. Крім того, функціонування є не лише результатом, але й відправною точкою клінічної оцінки та втручання. Це також важливо для управління якістю. Крім того, функціонування слід розглядати як тісно взаємодію з характеристиками людини та оточенням [16]. Таким чином, реабілітаційний процес спрямований на функціонування, оточення та особистісні фактори, які можна змінити [115]. Корисною основою для такого розуміння є *біопсихосоціальна модель функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [109; 112].* Відповідно до неї, реабілітація починається з глибокого розуміння детермінант функціонування та їх взаємодії з особистими факторами та факторами навколишнього середовища незалежно від стану здоров'я. Компоненти біопсихосоціальної моделі функціонування та інвалідності, а також розуміння взаємодії між ними можна побачити на рисунку 2.



**Рисунок 2.** Модель функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [128].

На основі цієї моделі функціонування з його компонентами, функціями та структурами тіла, діяльністю та участю розглядається у зв'язку зі станом

здоров'я, а також з особистими факторами та факторами навколишнього середовища (рис. 2):

— *Стан здоров'я* — загальний термін для хвороби, розладу, травми, який також може включати інші обставини, такі як старіння, стрес, вроджена аномалія або генетична схильність. Він також може містити інформацію про патогенез та/або етіологію. Можливі взаємодії з усіма компонентами функціонування, функціями та структурами організму, діяльністю та участю.

Інформація про стан здоров'я і особливості пацієнта має важливе значення для прийняття рішень у реабілітації на всіх рівнях системи охорони здоров'я, оскільки метою реабілітації є оптимізація функціонування з огляду на порушення, травми та гострі чи хронічні захворювання [130].

На рівні пацієнта інформація про стан його чи її здоров'я сприяє встановленню цілей та оцінку результатів упродовж усього періоду реабілітаційної допомоги (первинної, вторинної та третинної), а також на етапах лікування (невідкладна допомога, допомога після невідкладної допомоги та довгострокова допомога).

На рівні закладу чи програми інформацію про стан здоров'я і особливості від пацієнтів можна агрегувати, щоб допомогти контролювати клінічні результати та покращити планування послуг і гарантію якості.

На рівні політики сукупна клінічна інформація про пацієнта дає особам, які формують політику, дані для планування медичних і реабілітаційних послуг і моніторингу їх впливу.

— *Функції організму* визначаються як фізіологічні функції систем організму, включаючи розумові, когнітивні та психологічні функції. Структури тіла - це анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їх компоненти. Аномалії функцій, а також аномалії структури називаються порушеннями, які визначаються як значне відхилення або втрата (наприклад, деформація) структур (наприклад, суглобів) та/або функцій (наприклад, зменшення діапазону рухів, м'язова слабкість, біль і втома).

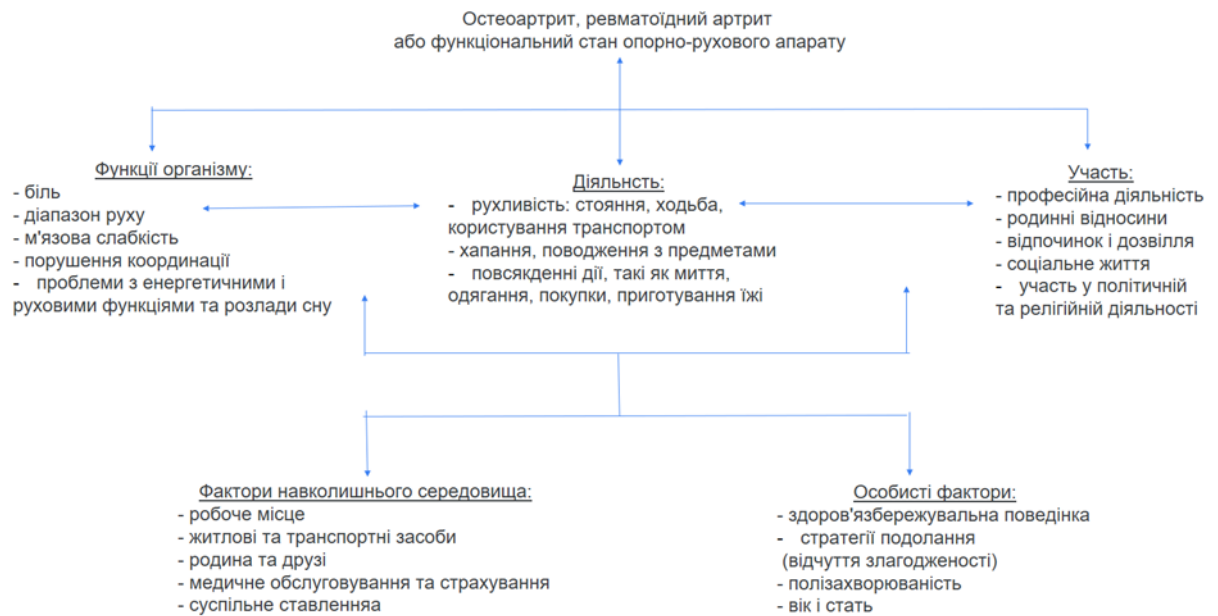
— *Діяльність* — це виконання завдання або дії індивідом і представляє індивідуальну перспективу функціонування.

— *Участь* означає залученість особи в життєву ситуацію та представляє суспільну перспективу функціонування. Труднощі на рівні активності називаються обмеженнями активності (наприклад, обмеження рухливості, такі як ходьба, підйом по сходах, хапання або носіння). Проблеми, з якими індивід може зіткнутися під час участі в життєвих ситуаціях, позначаються як обмеження участі (наприклад, обмеження в громадському житті, відпочинку та дозвіллі, але можуть бути також у ходьбі, якщо ходьба є аспектом участі з точки зору життєвої ситуації).

— *Фактори навколишнього середовища* – це повний фон життя і життєвої ситуації людини. Серед контекстуальних факторів фактори навколишнього середовища складають фізичне, соціальне середовище та середовище, в якому люди живуть і ведуть своє життя. Ці фактори є зовнішніми по відношенню до індивідів і можуть мати позитивний або негативний вплив, тобто вони можуть представляти сприяння або перешкоду для індивіда.

— *Особистісні чинники* — це особливий фон життя і життєвої ситуації індивіда та включають особливості, які не є частиною стану здоров'я, тобто стать, вік, раса, фізична підготовка, спосіб життя, звички та соціальне походження. Таким чином, фактори ризику можуть бути описані як особистими факторами (наприклад, спосіб життя, генетичний склад), так і факторами навколишнього середовища (наприклад, архітектурні бар'єри, умови життя та роботи).

На рисунку 3 можна побачити приклад застосування біопсихосоціальної моделі функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я при захворюваннях опорно-рухового апарату.



**Рисунок 3.** Приклад застосування біопсихосоціальної моделі функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я при захворюваннях опорно-рухового апарату

Базуючись на біопсихосоціальної моделі функціонування, інвалідності та здоров'я людини реабілітація як окрема медична спеціальність застосовує та інтегрує біомедичний та інженерний підхід, щоб отримати вигоду від можливостей людини за допомогою підходу, який спирається на ресурси людини та зміцнює їх, забезпечує сприятливе середовище та розвиває ефективність людини у взаємодії з навколишнім середовищем. Вона також охоплює втручання, спрямовані на покращення фізіологічного та психічного функціонування з використанням фізіологічних механізмів (таких як рефлекси, функціональна адаптація та нейропластичність), а також фізичне та розумове тренування. Реабілітаційна медицина часто надається через багатопрофесійну командну роботу, включаючи фізіотерапевтів, ерготерапевтів та інших відповідних медичних працівників, соціальних працівників, педагогічний персонал та інженерів. Реабілітаційна медицина зосереджується не лише на фізичному функціонуванні, але й на тому, щоб дати

людям змогу брати активну участь у житті суспільства. Щоб досягти цього, такі види діяльності, як самообслуговування, ходьба, водіння, покупки, навчання та багато інших, будуть набуватись в реабілітаційних установах. Огляд усіх можливих видів діяльності наведено в Міжнародній класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я [128].

Основними цілями реабілітації є оптимізація соціальної участі та якості життя. Це, як правило, включає надання допомоги людині в прийнятті рішень і в досягненні рівнів та моделей самостійності та незалежності, які вона бажає мати, включаючи участь у професійній, соціальній та рекреаційній діяльності, що відповідає її правам людини [32].

Реабілітація — це безперервний і скоординований процес, який починається з появою хвороби чи травми і продовжується аж до досягнення особою ролі в суспільстві, яка відповідає її життєвим прагненням і бажанням.

Загальна мета реабілітації полягає в тому, щоби дозволити людям з обмеженими можливостями вести життя, яке вони хотіли б, враховуючи будь-які неминучі обмеження, накладені на їхню діяльність через порушення, спричинені хворобою чи травмою.

На практиці це часто найкраще досягається шляхом поєднання заходів для:

- подолання або усунення порушень;
- усунення або зменшення перешкод для участі в обраному людиною середовищі;
- підтримування реінтеграції в суспільство.

Демонстрація благополуччя людини та участі в суспільстві є важливою характеристикою фундаментального результату реабілітації, орієнтованої на пацієнта [125]. Благополуччя, ймовірно, є більш надійним показником успіху, ніж якість життя, оскільки цілі реабілітації повинні відображати унікальні бажання пацієнта, адже різні люди, які стикаються з дуже подібними ситуаціями, можуть мати різні цілі. Багато поточних показників якості життя

щодо відповідності конкретних об'єктивних факторів, наприклад, таких як здатність підніматися сходами, можуть не сприйматися всіма людьми з інвалідністю як однаково важливі.

Реабілітація здатна зменшити тягар інвалідності як для окремих людей, так і для суспільства. Доведено, що вона ефективна у покращенні індивідуального функціонування та незалежного життя шляхом досягнення більшої активності, покращення здоров'я та зменшення ускладнень і наслідків супутніх захворювань [53]. Це приносить користь індивіду та суспільству, включаючи більшу особисту автономію, кращі можливості для працевлаштування та іншої професійної діяльності.

Незважаючи на те, що багато суспільних факторів впливають на повернення до незалежного життя та роботи, медична реабілітація може підготувати людину та сім'ї/опікунів до максимального використання наявних можливостей. Доведено, що реабілітація є ефективною не тільки для покращення індивідуального функціонування та незалежного життя, але й для зменшення вартості залежності [118]. Було з'ясовано, що гроші, витрачені на реабілітацію, повертаються за оцінками економії до сімнадцяти разів [24; 59; 73]. На індивідуальному рівні важливо вимірювати результати, щоб оцінити ефективність конкретних реабілітаційних заходів і послуг. Ці показники результатів мають бути безпосередньо пов'язані з конкретними цілями, визначеними в плані реабілітації.

Оцінка реабілітації має принципові відмінності від оцінки орієнтованих на хворобу медичних процедур, спрямованих на обмеження патології або лікування хвороби. Реабілітація може бути успішно досягнута в умовах, коли немає біологічного відновлення, а також в умовах, які періодично або постійно погіршуються. В останньому випадку реабілітація може здійснюватися в рамках безперервної програми, яка дозволяє пацієнту підтримувати рівень участі та благополуччя, яких інакше не було б досягнуто. Аудит послуг має бути стандартною практикою.

Реабілітація — це багатопрофесійна діяльність [120], яка залежить від хорошого спілкування між персоналом та індивідуальних навичок залучених фахівців. Щоб це спрацювало, команда повинна мати чіткі реабілітаційні цілі для пацієнта, в яких пацієнт і його/її близькі люди повинні бути повноцінними учасниками. Цінність командної роботи в цій ситуації полягає в тому, що продуктивність команди є більшою, ніж сума індивідуальних професійних вкладів. Діяльність командної роботи полягає в обміні досвідом і робочим навантаженням. Існують досить розмиті межі між ролями членів команди, і успішні команди процвітають, коли кожен робить внесок, незважаючи на професійні межі. Більшість реабілітаційних команд для людей з інвалідністю складатимуться з основного ядра професіоналів, а також інших, які відповідають певним потребам.

Команда працює з людиною з інвалідністю та її сім'єю, щоб встановити відповідні, реалістичні та своєчасні цілі лікування в рамках загальної скоординованої програми реабілітації. Цілі коригуються з часом і відповідно до прогресу і орієнтовані на пацієнта. Реабілітація здатна покращити функціонування та участь пацієнта, надаючи узгоджену інформацію, поради і лікування для людини з інвалідністю та сім'ї, а команда виступає в якості постачальника та каталізатора.

Співпраця в реабілітаційній команді забезпечується структурованою командною комунікацією та регулярними командними обговореннями. Діагноз, функціональний вплив на функціонування та діяльність, а також здатність пацієнта брати участь у житті суспільства систематично обговорюються із врахуванням можливих ризиків та прогнозу захворювання. Узгоджуються короткострокові та довгострокові цілі реабілітаційного процесу та плануються відповідні втручання. Оцінки членів команди включаються до письмового плану реабілітації. План реабілітації повинен регулярно переглядатися.

Фахівцям необхідно узгодити спільну стратегію, яка включає всі їхні втручання в потрібний час, а не розглядати ізольовані методи лікування за

випадковими обставинами. Для досягнення спільного підходу до загальної стратегії лікування необхідний регулярний особистий контакт між медичними спеціалістами. Спеціалісти з реабілітації повинні бути залучені якнайшвидше до реабілітації в невідкладних станах, навіть беручи участь у відділенні інтенсивної терапії [61]. Подібним чином може знадобитися постійний внесок інших медичних спеціалістів у відділеннях реабілітації, які сприятимуть процесу реабілітації своїми власними спеціалізованими втручаннями, наприклад, закриття трахеотомії у пацієнтів, які одужують після штучної вентиляції легень. У подальшій реабілітації та реабілітації людей з довгостроковою інвалідністю також потрібна співпраця з лікарем первинної ланки та іншими медичними спеціалістами.

Іншими основними напрямками роботи спеціалістів з реабілітації є підтримання та покращення функції та уникнення передбачуваних ускладнень, яким можна запобігти, у стабільному стані, хронічному стані інвалідності та прогресуючому погіршенні. У деяких європейських країнах (наприклад, Австрія, Німеччина, Італія, Польща) реабілітація в стаціонарі або в денних клініках відіграє важливу роль у лікуванні хронічних захворювань, наприклад хронічні скелетно-м'язові або нервово-м'язові розлади, хронічні захворювання системи кровообігу, дихання та обміну речовин, а також захворювання шкіри та урологічні чи гінекологічні захворювання. Переривчасті сплески інтенсивної реабілітації також можуть бути використані для боротьби зі зниженням функцій навіть через кілька років після гострої події [17].

Основними цілями заходів з підтримуючої реабілітації при хронічних станах є покращення уражених функцій організму та збільшення активності. Такі заходи також стосуються питань участі, таких як повернення до роботи або уникнення дострокового виходу на пенсію через проблеми зі здоров'ям. Використовувані методи включають фізичну терапію, навчання, дієту, психологічне втручання та санітарну освіту. Клінічна ефективність і



позитивний соціально-економічний ефект показані у відкритих подальших дослідженнях, а також у контрольованих дослідженнях [34; 72].

Потенціал реабілітації людини не можна розглядати окремо від того, який результат був би без реабілітації. Питання, на яке намагається відповісти спеціалізована реабілітація: «Чи отримає пацієнт від програми реабілітації таку користь, якої б не відбулося, якби одужання залишилося напризволяще?» Природний перебіг порушення, а також пов'язані з ним вади та недоліки відіграють важливу роль у кінцевому результаті після реабілітації.

Деякі стани відновлюються спонтанно, і раннє втручання може створити хибне враження, що терапія була ефективною [126]. З іншого боку, раннє втручання може бути пов'язане з покращенням результату, навіть якщо повного одужання не настає [72]. Життя людей із інвалідністю та їхніх сімей можна покращити шляхом реабілітації, але, що більш важливо, наслідком відсутності у них реабілітації може бути зниження самостійного функціонування та якості життя [124].

У лікарні невідкладної допомоги може бути багато проблем, які можна виправити, таких як харчування, ковтання, рухливість та ці проблеми з функціонуванням можуть не розглядатися, оскільки увага неминуче зосереджена на лікуванні первинного порушення. Саме тут спеціалісти з реабілітації можуть допомогти запобігти ускладненням і забезпечити оптимальний рівень функціонування [87].

За відсутності реабілітації можуть виникнути ускладнення та втрата функцій, а виписка може бути відкладена. Проте служби охорони здоров'я, як з'ясовано в першому розділі нашої роботи, мають законодавчий обов'язок надавати реабілітаційні послуги, щоб задовольнити потреби здоров'я всіх пацієнтів.

Фахівці з реабілітації повинні також продовжувати брати участь у нагляді за пацієнтами, коли вони переїжджають жити в громаду. Загальним результатом відсутності реабілітації може бути погіршення функціональних можливостей і якості життя людини.

У контексті реабілітації профілактика захворювання не зупиняється лише на запобіганні виникненню та наслідку захворювання, а розглядає ширший аспект зменшення впливу захворювання на всі аспекти життя людини. Таким чином, профілактика захворювань класифікується як первинна, вторинна або третинна (таблиця 3). Фахівці з реабілітації можуть брати участь у профілактиці захворювань або травм на всіх рівнях. Необхідно враховувати загальні принципи фізичної підготовки, включаючи серцево-судинну, опорно-рухову та координаційну роботу. Це може сприяти, наприклад в профілактиці гіпертонічної хвороби, інфаркту міокарда, болю в попереку і падінь.

Таблиця 3. Принципи профілактики

Профілактика	Характеристики	Ситуація, в якій вживаються профілактичні заходи	Приклади
Первинна	Уникнення хвороб або травм	Політична та суспільна аргументація Первинна допомога	Зниження швидкості для запобігання ДТП Зниження факторів ризику захворювань міокарда та цереброваскулярних захворювань
Вторинна	Уникнення наслідків і ускладнень самої хвороби чи травми	Швидкий стаціонар та відділення ранньої реабілітації	Профілактика внутрішньочерепної гіпертензії при черепно-мозкових травмах Профілактика інсульту після інфаркту міокарда Профілактика знерухомленості, проблем життєздатності тканин Профілактика контрактур
Третинна профілактика	Уникнення впливу хвороби або травми на життя людини, тобто обмеження діяльності та/або	Відділення післягострої та підтримуючої реабілітації	Лікування поведінкових проблем після черепно-мозкової травми Запобігання фінансовим труднощам, яких можна уникнути, і безробіттю після хвороби чи травми

	обмеження участі		
--	---------------------	--	--

Існують загальні вторинні ускладнення після захворювання або травми. До них відносяться пневмонія, тромбоз, пролежні, порушення кровообігу та м'язів, остеопороз та погане харчування. Крім того, існують ускладнення, характерні для різних станів, наприклад дисфагія після інсульту та дисфункція сечовипускання при травмі спинного мозку. Усе це реабілітація може вирішити з хорошим ефектом.

Реабілітаційний потенціал людини (тобто здатність отримати користь від реабілітації) не можна сформулювати без знання її історії або її стану. Деякі одужують спонтанно, тому раннє втручання може створити хибне враження, що лікування було ефективним [67; 126]. З іншого боку, для багатьох відсутність реабілітації може призвести до зниження рівня їхньої незалежності та якості життя [39].

Реабілітація, яка починається на ранніх стадіях, дає кращі функціональні результати майже для всіх захворювань, пов'язаних з інвалідністю [21; 62]. Ефективність раннього втручання особливо помітна для дітей із затримкою розвитку або з ризиком затримки розвитку [81; 98], і було доведено, що вона збільшує досягнення в освіті та розвитку [66]. Контрольовані дослідження, в яких ці фактори були враховані, показали, що раннє втручання, як правило, пов'язане з покращенням кінцевого результату, незалежно від того, відбувається повне одужання чи ні, і навіть відкладене чи пізнє втручання може принести користь [117; 125].

Спеціаліст з реабілітації відіграє особливо важливу роль у реабілітації, коли:

— існує складна комбінація порушень, наприклад когнітивні, поведінкові та фізичні порушення;

— було значне порушення, що призвело до втрати активності та/або участі внаслідок раптової події, наприклад, інсульту, травми спинного мозку або травми;

— основне захворювання може рецидивувати, наприклад розсіяний склероз, ревматоїдний артрит;

— доступні медичні заходи, які можуть безпосередньо покращити порушення або покращити самопочуття та активність, наприклад, ліки від спастичності, нетримання або болю;

— медикаментозне лікування основного захворювання та його ускладнень саме по собі несе ризик інвалідизації, що вимагає моніторингу;

— медичні ризики стану, що призводить до інвалідності, були посилені змінами в способі життя пацієнта, наприклад, під час переходу від підліткового віку до дорослого, під час переходу від освіти до роботи та в процесах старіння в подальшому житті.

Існує низка загальних проблем, пов'язаних із багатьма станами здоров'я, з якими фахівці з реабілітації стикаються щодня. Вони можуть включати:

— тривалий постільний режим та іммобілізація, погіршуючи стан пацієнтів і спричиняючи втрату фізичної та психологічної працездатності;

— моторні дефіцити, що викликають слабкість і втрату особистого функціонування;

— спастичність, що призводить до деформації кінцівок і проблем із самооцінкою;

— дисфункції сечового міхура та кишечника, які часто зустрічаються у пацієнтів з обмеженими можливостями;

— пролежні як небезпека нерухомості у хворих із пошкодженням спинного мозку, діабетиків, ослаблених та літніх пацієнтів;

— дисфагія — люди з розладами ковтання втрачають задоволення від їжі та ризикують аспіраційною пневмонією та недоїданням;

— больові синдроми;

— труднощі спілкування;

— сексуальність і сексуальна дисфункція, що охоплює питання ідентичності та самооцінки, а також функціонування органів;

— зміни настрою, поведінки та особистості;

— зміни сімейної динаміки, особистих стосунків, кар'єрних можливостей і фінансової безпеки.

Діагностика та оцінка в реабілітаційній медицині включають всі виміри функцій і структур організму, діяльності та питань участі, що мають відношення до процесу реабілітації [119]. Додатково оцінюються відповідні контекстуальні фактори. Щоб отримати діагноз структурних дефектів, пов'язаних із захворюванням і реабілітаційним процесом, крім клінічного обстеження використовуються стандартні дослідження та методики. Вони включають лабораторний аналіз зразків крові, візуалізацію тощо. Клінічна оцінка та вимірювання функціональних обмежень і функціонального потенціалу включають клінічну оцінку м'язової сили, діапазону рухів, кровообігу та дихальних функцій. Технічні вимірювання можуть включати тестування м'язів (сила, електрична активність та інші), тестування функцій кровообігу (кров'яний тиск, частота серцевих скорочень, ЕМГ у стані спокою та під напругою), функції легенів та інші. Фахівці з реабілітації можуть використовувати стандартизовані вимірювання продуктивності, такі як аналіз ходи, ізокінетичне тестування м'язів та інші рухові функції. При реабілітації пацієнтів з певними захворюваннями будуть потрібні спеціальні діагностичні заходи, наприклад оцінка дисфагії у пацієнтів з інсультом, уродинамічні вимірювання у пацієнтів із травмою спинного мозку або аналіз виконавчої функції у пацієнтів із травмою головного мозку [85]. Діяльність пацієнтів можна оцінити різними способами. Ці оцінки можуть виконуватися професіоналами з реабілітації або можуть оцінюватися самостійно за допомогою стандартизованих анкет.

План реабілітації розробляється та використовується для кожної особи окремо, щоб керувати його чи її майбутньою проблемно-орієнтованою реабілітацією. Акценти плану змінюються залежно від конкретних проблем,

які виникають, але основні елементи мають подібний основний формат. План має регулярно переглядатися та оновлюватися реабілітаційною командою та формувати основу регулярного спілкування членів команди щодо прогресу пацієнтів під час реабілітації.

План повинен містити таку інформацію:

- діагноз;
- представлення проблем і збережених функцій (відповідно до структури моделі функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я);
- цілі особистості;
- цілі опікуна/сім'ї;
- цілі фахівців;
- дії, які необхідно вжити.

Фахівці з реабілітації розробляють план втручання з урахуванням діагнозу та інвалідності пацієнта. Після цього лікар чи медична сестра здійснює втручання, спрямоване на вирішення поставлених проблем, Втручання включають:

- 1) Медичні втручання: ліки, спрямовані на відновлення або покращення структур та/або функцій тіла, наприклад терапія болю, терапія запалення, регуляція м'язового тону, поліпшення пізнання, підвищення фізичної працездатності, лікування депресії; практичні процедури, включаючи ін'єкції та інші техніки введення ліків; оцінка та огляд втручань; прогнозування.
- 2) Фізичне лікування: методи мануальної терапії оборотної ригідності суглобів і пов'язаних з ними дисфункцій м'яких тканин; кінезіотерапія та ЛФК; електротерапія.
- 3) Інші, включаючи ультразвук, застосування тепла та холоду, фототерапію (наприклад, лазерну терапію), гідротерапію та бальнеотерапію, діатермію, масажну терапію та лімфотерапію (ручний лімфодренаж).

4) Ерготерапія для: аналізу діяльності, наприклад повсякденного життя та професійної діяльності, підтримки пошкоджених структур тіла (наприклад, шини); навчання пацієнта навичкам подолання перешкод у повсякденному житті (наприклад, пристосування приватних приміщень); тренування за наявності порушених функцій і пізнання; підвищення мотивації.

5) Логопедична допомога в рамках комплексних спеціалізованих реабілітаційних програм.

6) Лікування дисфагії.

7) Нейропсихологічні втручання.

8) Психологічна оцінка та втручання, включаючи консультування.

9) Лікувальне харчування.

10) Обладнання для людей з інвалідністю, допоміжні технології, протези, ортопедичні засоби, технічні опори та допоміжні засоби.

11) Навчання пацієнтів.

Таблиця 4. Приклад деяких проблем, розглянутих у плані реабілітації.

Проблема	Цілі	Можливі заходи
Функції та діяльність організму		
Фізична активність	Підвищення мобільності в приміщенні та на відкритому повітрі (досягти/вдосконалити ходьбу, підйом по сходах, використання приватного та громадського транспорту)	Тренування постави та рухів з використанням необхідного обладнання Тренування постави та рухів Вивчіть і навчіться користуватися засобами для пересування
Спілкування	Поліпшити спілкування, мовлення та розуміння	Навчання, спрямоване на логопедичну та мовну терапію для покращення мови та артикуляції Дослідження та навчання використанню допоміжних технологій, якщо це необхідно
Поведінка і настрої	Поліпшити поведінку Нормалізувати настрої	Ліки, психотерапія, поведінкова терапія та когнітивна поведінкова терапія Зменшіть депресію та тривогу за допомогою консультацій та ліків

Біль	Зменшити біль	Анальгетики, фізіотерапія, управління стресом, використання подолання та інші стратегії
Нетримання сечі	Сприяти стриманості кишечника та сечового міхура	Перепідготовка сечового міхура, вправи для тазового дна, медикаменти, використання катетерів і стом
Нездатність доглядати за собою	Досягти здатності самостійно вмиватися, доглядати, одягатися та здійснювати туалет	Аналіз складових частин діяльності, відновлення працездатності альтернативними методами та/або обладнанням та/або перенавчання
Участь		
Нездатність самостійно господарювати вдома	Навчити готувати та готувати їжу та вести домашні справи	Аналіз складових частин діяльності, відновлення працездатності за допомогою альтернативних методів чи джерел допомоги та/або обладнання та/або перенавчання
Втрата роботи	Повернення до роботи	Аналіз складових частин діяльності та працевлаштування, відновлення здібностей, трудова адаптація, трудова перепідготовка, адаптація та обладнання робочого місця, покращення доступу та підтримки на роботі

Люди з інвалідністю мають бути активними учасниками створення та розвитку реабілітаційних послуг. Належна практика реабілітації гарантує, що людина з інвалідністю знаходиться в центрі мультипрофесійного підходу та здатна робити свідомий вибір лікування. У разі необхідності до процесу реабілітації залучається і сім'я.

Навчання – це сучасна і найважливіша частина реабілітаційного процесу. Спеціаліст з реабілітаційної медицини є вчителем, особливо коли нові концепції пластичності та моторного навчання мають підтримувати програми реабілітації. Фахівці реабілітаційної медицини повинні знати принципи адаптації та пластичності та розуміти теоретичні основи принципів викладання та навчання. Команди медичних працівників, які тісно співпрацюють у мультипрофесійних групах, проводять реабілітацію організовано, орієнтовано на ціль і пацієнта. Навчання людей з обмеженими



можливостями має важливе значення для розвитку знань і навичок самопомоги, догляду, управління та прийняття рішень. Люди з обмеженими можливостями та їхні сім'ї відчувають кращий стан здоров'я та функціонування, коли вони є партнерами в реабілітації [15; 68].

Люди з інвалідністю повинні бути активними учасниками створення та розвитку реабілітаційних послуг. Прийнята 2021 року Стратегія прав людей з інвалідністю на 2021-2030 роки [121] дає такі рекомендації щодо належної практики реабілітації:

— людина з обмеженими можливостями повинна бути в центрі багатопрофесійного підходу та мати можливість робити свідомий вибір лікування. Він або вона повинні повною мірою брати участь у процесі та мати право на отримання послуг незалежно від типу інвалідності, віку, статі, релігії, етнічного походження, місця проживання та фінансових ресурсів; — залучення сім'ї має бути включено, де це доцільно;

— безперервні та скоординовані заходи мають забезпечити повернення до звичного середовища та обраного соціального та професійного життя;

— стратегії реабілітації повинні підлягати оцінці користувача.

Відповідно до цієї Стратегії усі реабілітаційні відділення, програми та практики повинні сформулювати чіткі оперативні плани з урахуванням етики та прав людини, щоб:

— завжди ставитися до пацієнтів з гідністю та повагою;

— надати пацієнтам доступну інформацію для полегшення прийняття рішень;

— отримати інформовану згоду так і дозволити інформовану відмову;

— визначити здатність пацієнта приймати грамотні рішення;

— захистити приватність та конфіденційність пацієнтів;

— заборонити фізичне або психологічне насильство;

— бути чутливим до культурних, релігійних та інших переконань і до різних практик лікування;

— усунути архітектурні, світоглядні, комунікаційні, трудові та інші бар'єри для таких осіб.

Зараз є значні докази того, що реабілітація дає реальні переваги [123] та покращує функціональну продуктивність та результати участі, і що навіть пізніше вона все ще дає переваги [111]. Ті, хто пройшов реабілітацію, мають меншу ймовірність померти та можуть відновитись після хвороби або травми. Цей ефект виявляється в багатьох групах захворювань і в будь-якому віці, хоча молоді, як правило, почуються краще. Більшість досліджень підтверджують цінність двох різних аспектів реабілітації: по-перше, більшість задокументованих покращень стосується функціональних результатів, а по-друге, люди з інвалідністю, які проходять реабілітацію, мають менше ускладнень, яких можна уникнути. Менше фізичних проблем (наприклад, тих, що пов'язані з нерухомістю, контрактурами та пролежнями) і менше психологічних проблем, таких як нелікована депресія. Хоча є чіткі докази того, що інтенсивний період реабілітації після гострої події, такої як травма голови або спинного мозку, дає чіткі, короткочасні функціональні переваги [125], є також докази того, що короткострокові переваги втрачаються, якщо не надавати довгострокову підтримку [9; 37]. Навіть якщо ефективність індивідуальних терапевтичних методів недостатня, докази підтверджують ефективність мультипрофесійної реабілітації [31; 45]. Таким чином, тривалий контакт з особою з інвалідністю є важливим для забезпечення реабілітації до повного відновлення функціонування та запобігання подальшому розвитку ускладнень, яких можна уникнути.

Реабілітація, яка надається впродовж тривалого періоду лікування, починаючи від стаціонарного догляду та закінчуючи реабілітацією в громаді [110], може покращити результати здоров'я, зменшити витрати за рахунок скорочення перебування в лікарні [88; 104], зменшити інвалідність та покращити якість життя [30; 56].

*Висновки до 2 розділу*

Отже, реабілітація – це стратегія, за допомогою якої особи, які отримали інвалідність внаслідок травми чи хвороби, досягають повного одужання або, якщо повне одужання неможливе, реалізують свій оптимальний фізичний, розумовий і соціальний потенціал і інтегруються у найбільш відповідне для них середовище. Реабілітація є основною медичною послугою для людей із широким діапазоном станів здоров'я на всіх етапах життєвого циклу, а також на всіх етапах гострого, підгострого стану та тривалого лікування і якість реабілітації впливає не лише на окремих людей, а й на їхні сім'ї, громади та економіку держави загалом. Двома основними результатами реабілітації, які необхідно продемонструвати, є благополуччя людини та її соціальна та професійна участь.

Доведено, що реабілітація, яка починається на ранніх стадіях, дає кращі функціональні результати майже для всіх захворювань, пов'язаних з інвалідністю. Реабілітація, яка надається впродовж тривалого періоду лікування, починаючи від стаціонарного догляду та закінчуючи реабілітацією в громаді, може покращити результати здоров'я, зменшити витрати за рахунок скорочення перебування в лікарні, зменшити інвалідність та покращити якість життя. Було з'ясовано, що гроші, витрачені на реабілітацію, повертаються за оцінками економії до сімнадцяти разів. Реабілітація може бути ефективною у п'яти основних напрямках: лікуванні основної патології; зменшенні порушення та/або інвалідності; профілактиці та лікуванні ускладнень; покращенні функціонування та діяльності; забезпеченні участі.

Основні компоненти реабілітації в системі охорони здоров'я можна згрупувати за шістьма структурними блоками: лідерство та управління, фінансування, медичні кадри, охоплення, ліки та технології, інформаційні системи охорони здоров'я.

Реабілітація може бути забезпечена в багатьох закладах, які варіюються від спеціалізованих реабілітаційних центрів і відділень у лікарнях невідкладної допомоги до амбулаторних і громадських установ. ВООЗ пропонує схему, яка висвітлює загальні типи реабілітації та пропонує

оптимальне функціонування реабілітації національній системі охорони здоров'я: спеціалізована реабілітація високої інтенсивності, яка зазвичай проводиться через заклади тривалого перебування; реабілітація, яка інтегрована в широкий спектр медичних спеціальностей у сфері третинної та вторинної медичної допомоги; реабілітація, інтегрована в первинну медичну допомогу; реабілітація, що надається громадою, яка може бути спеціальною або інтегрованою в низку програм охорони здоров'я, що надаються громадою, та неформального та самостійного догляду, який відбувається в умовах громади.

В сучасній теорії та практиці медицини виділяють такі типи реабілітації, які застосовуються для широкого спектру станів: профілактичний, відновний, підтримуючий, паліативний.

Оцінка впливу хвороби на людину відрізняється з точки зору медицини чи реабілітації. З медичної точки зору або точки зору хвороби, функціонування, інвалідність і здоров'я пацієнтів розглядаються в першу чергу як наслідки або вплив хвороби або стану здоров'я, медичні втручання спрямовані на процес захворювання і кінцевою метою цих втручань є уникнення наслідків для людини. З точки зору реабілітації, функціонування та здоров'я пацієнтів визнається як пов'язане зі станом здоров'я чи хворобою, а не просто як наслідок, функціонування визнається не лише результатом, але й відповідною точкою клінічної оцінки та втручання і розглядається у взаємодії з характеристиками пацієнта та його оточенням. Таким чином, реабілітаційний процес спрямований на функціонування, оточення та особистісні фактори, які можна змінити. Корисною основою для такого розуміння є біопсихосоціальна модель функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я, відповідно до якої, реабілітація починається з глибокого розуміння детермінант функціонування та їх взаємодії з особистими факторами та факторами навколишнього середовища незалежно від стану здоров'я.

Реабілітація як окрема медична спеціальність застосовує та інтегрує біомедичний та інженерний підхід, щоб отримати вигоду від можливостей людини за допомогою підходу, який спирається на ресурси людини та зміцнює їх, забезпечує сприятливе середовище та розвиває ефективність людини у взаємодії з навколишнім середовищем.

Реабілітація часто надається через багатопрофесійну командну роботу, яка формує та реалізовує план реабілітації, який повинен враховувати бажання та ресурси людини, прогноз її інвалідності, характер її фізичних і когнітивних порушень та її здатність здобувати нові знання та навички, які дозволять їй підвищити рівень активності та участі, оцінює ступінь, до якої можна знизити бар'єри навколишнього середовища для участі. План реабілітації охоплює: медичні втручання, фізичне лікування, інші форми лікування, ерготерапію, логопедичну допомогу, лікування дисфагії, нейропсихологічні втручання, психологічну оцінку та втручання, включаючи консультування, лікувальне харчування, обладнання для людей з інвалідністю, допоміжні технології, протези, ортопедичні засоби, технічні опори та допоміжні засоби, навчання пацієнтів.

### **РОЗДІЛ 3. ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА РОЛЬ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ**

#### **3.1. Дослідження стану і підходи до удосконалення системи надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в сфері охорони здоров'я України**

Аналіз вітчизняної наукової літератури показав, що стан системи надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в сфері охорони здоров'я України є малодослідженим питанням. Є лише кілька публікацій, які присвячені цій проблемі, зокрема, це стаття М.К. Хобзея та колег «Аналіз сучасного стану реабілітації інвалідів в Україні» (2010), аналітичний матеріал Б. Мойси «Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я» (2017), Р. Мисули та колег «Система реабілітації в Україні та шляхи її вдосконалення» (2019), стаття С. Богданова «Державний механізм організації системи медичної реабілітації в Україні» (2020), аналітичні огляди Української Гельсинської спілки: «Реабілітація жертв конфлікту. Чи пропонує держава щось, крім встановлення інвалідності та милиць?» (2018), «Реабілітація жертв конфлікту. Що може запропонувати громада Дніпра та Дніпропетровської області?» (2019), «Реабілітація жертв конфлікту. Що може запропонувати громада Сум та Сумської області» (2020), «Реабілітація жертв конфлікту. Що може запропонувати Донецька область?» (2021).

Для дослідження сучасного стану надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю в системі охорони здоров'я України нами було проведено опитування, проаналізовано його результати і запропоновані підходи до удосконалення.

Респонденти (особи з інвалідністю) відбирались методом «сніжного кому», тобто перші респонденти давали контакти наступних респондентів, з якими лікувались або отримували реабілітаційні послуги. До опитування запрошувались цивільні особи та військові, що набули порушень здоров'я

внаслідок захворювань, каліцтва чи поранень під час бойових дій. Загалом було опитано 23 особи (16 жінок і 7 чоловіків), з них 18 – цивільні особи і 4 учасники бойових дій.

Опитування здійснювалось через телефонне анкетування. Респондентам пропонувалося відповісти на запитання, пов'язані з отриманням ними реабілітаційних послуг після набуття порушень здоров'я – інформування про такі послуги, оплата цих послуг, а також пропонувалося оцінити відповідність наданих їм реабілітаційних послуг та засобів їхнім очікуванням. Загалом респондентам ставились 10 питань:

1. Ваша стать?
2. Ваш вік?
3. Де Ви мешкаєте (місто/село)?
4. Які порушення здоров'я отримали?
5. Чи Ви знаєте про існуючі програми отримання реабілітаційних послуг? Звідки про них отримували інформацію? Чи достатньо було цієї інформації?
6. Чи на рівні Вашої громади є можливість отримувати реабілітаційні послуги?
7. Чи Ви отримали необхідні реабілітаційні послуги?
8. Чи задоволені Ви якістю отриманих послуг?
9. Чи задоволені Ви ставленням і роботою фахівців, які надавали реабілітаційні послуги?
10. Чи необхідні реабілітаційні послуги для Вас є доступними у фінансовому плані?

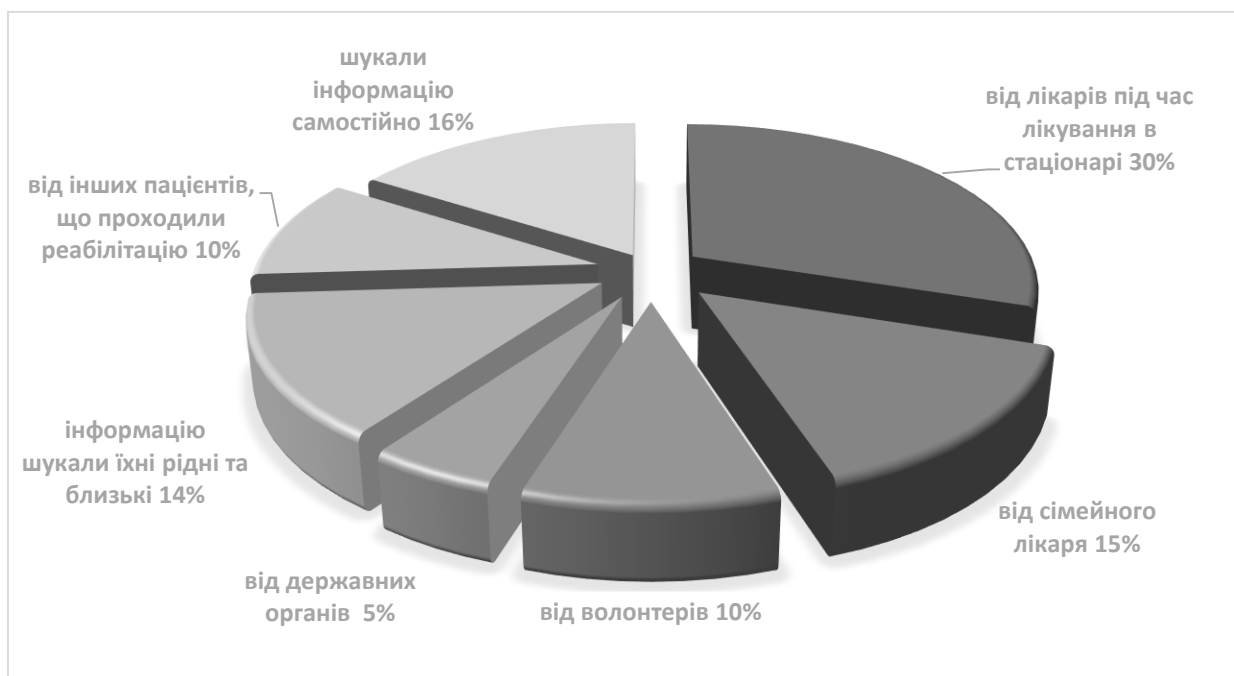
Загалом було опитано 23 особи (16 жінок і 7 чоловіків), з них 18 – цивільні особи і 4 учасники бойових дій. Середній вік опитуваних серед жінок був – 48 років, а серед чоловіків – 45 років. 65% респондентів мешкають у місті, 35% - у селі.

Респонденти повідомили, що внаслідок захворювань, каліцтва чи поранень під час бойових дій набули таких порушень здоров'я: 22 % фізичні

травми, 16 % осколкові поранення, 13% контузія, 35% гіпертонічна криза/інфаркт/інсульт, 10% переломи, 9% погіршення фізичного та емоційного стану, в зв'язку з постійним страхом і постійної депресією, нервові розлади, психічні розлади, 12% втрата чи часткове погіршення слуху чи зору.

На питання «Чи Ви знаєте про існуючі програми отримання реабілітаційних послуг?» 18 респондентів відповіли, що знають, а 5 повідомили, що нічого не знають про такі програми.

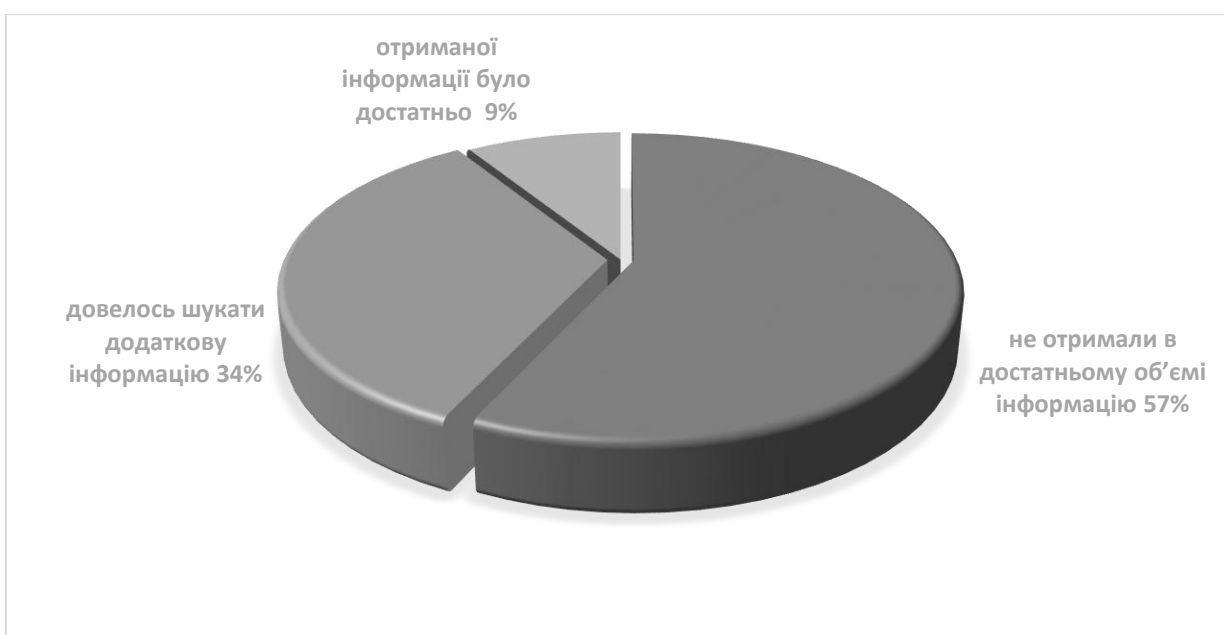
На питання звідки респонденти дізнавались про можливість отримати реабілітаційні послуги, 30% повідомили, що дізнались про існуючі програми реабілітації від лікарів під час лікування в стаціонарі, 15% - від сімейного лікаря, 10% - від волонтерів, 5% - від державних органів (управління соціального захисту, медико-соціальної експертної комісії, міністерства оборони, 14% респондентів відповіли, що цю інформацію шукали їхні рідні та близькі, 10% вказали що дізналися від інших пацієнтів, що проходили реабілітацію, 16% осіб шукали інформацію самостійно (рисунок 4).



**Рисунок 4.** Відповіді респондентів щодо джерел інформації про можливість отримати реабілітаційні послуги



Респонденти по-різному відповіли на питання чи достатньо було цієї інформації для отримання в подальшому відповідної реабілітації. Так, більшість (57%) відповіли, що вони не отримали в достатньому об'ємі інформацію про порядок та умови отримання реабілітаційних послуг, 34% відповіли, що їм довелося шукати додаткову інформацію, тому що їм було не було достатньо інформації про те, які реабілітаційні послуги можна отримати і лише 9% відповіли, що отриманої інформації було достатньо і це дозволило їм без проблем звернутись за отриманням цих послуг (рисунок 5).



**Рисунок 5.** Відповіді респондентів щодо об'єму отриманої інформації про реабілітаційні послуги

15 осіб з 23 опитаних (65%) повідомили, що отримали реабілітаційні послуги.

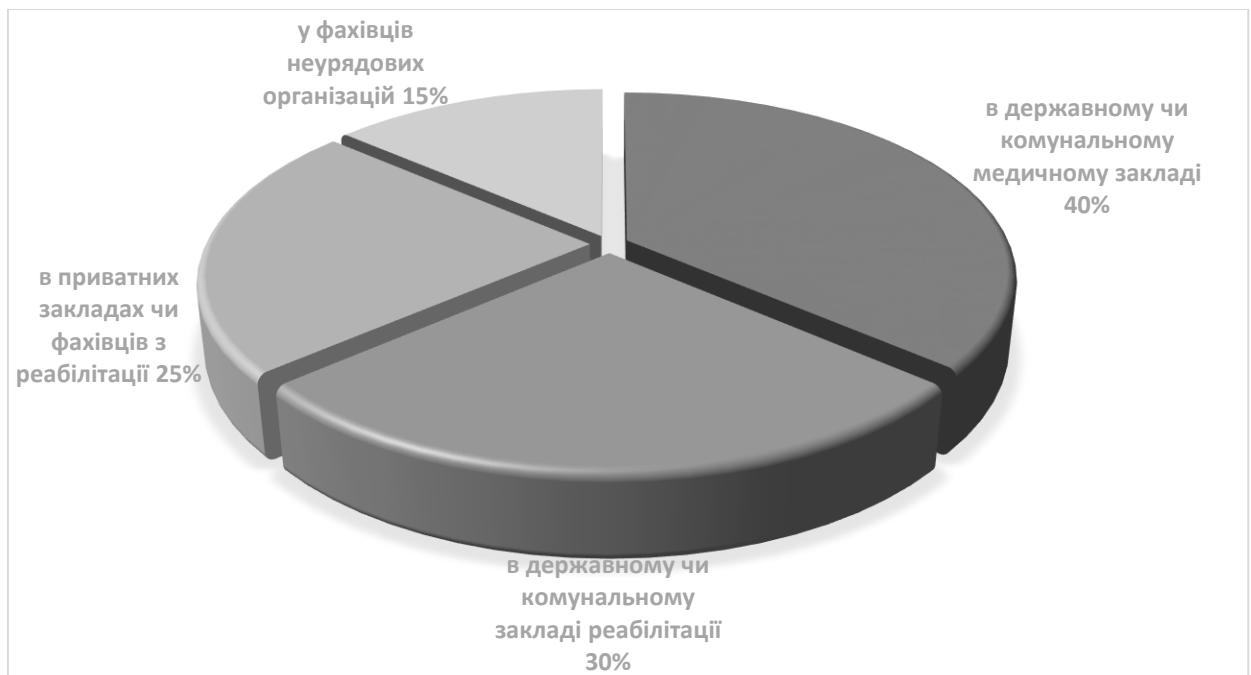
З 2020 року Національна служба здоров'я України перейшла на фінансування за медичні послуги. Послуги реабілітації, як складові, увійшли у декілька пакетів:

- амбулаторної допомоги,
- стаціонарної допомоги,
- допомоги при інсульті,

– лікуванні онкологічних захворювань.

Національною службою здоров'я України (НСЗУ) укладено договори за пакетом «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» з 386 закладами в Україні. Найбільша кількість — у місті Києві, Дніпропетровській, Львівській, Полтавській та Харківській областях [5].

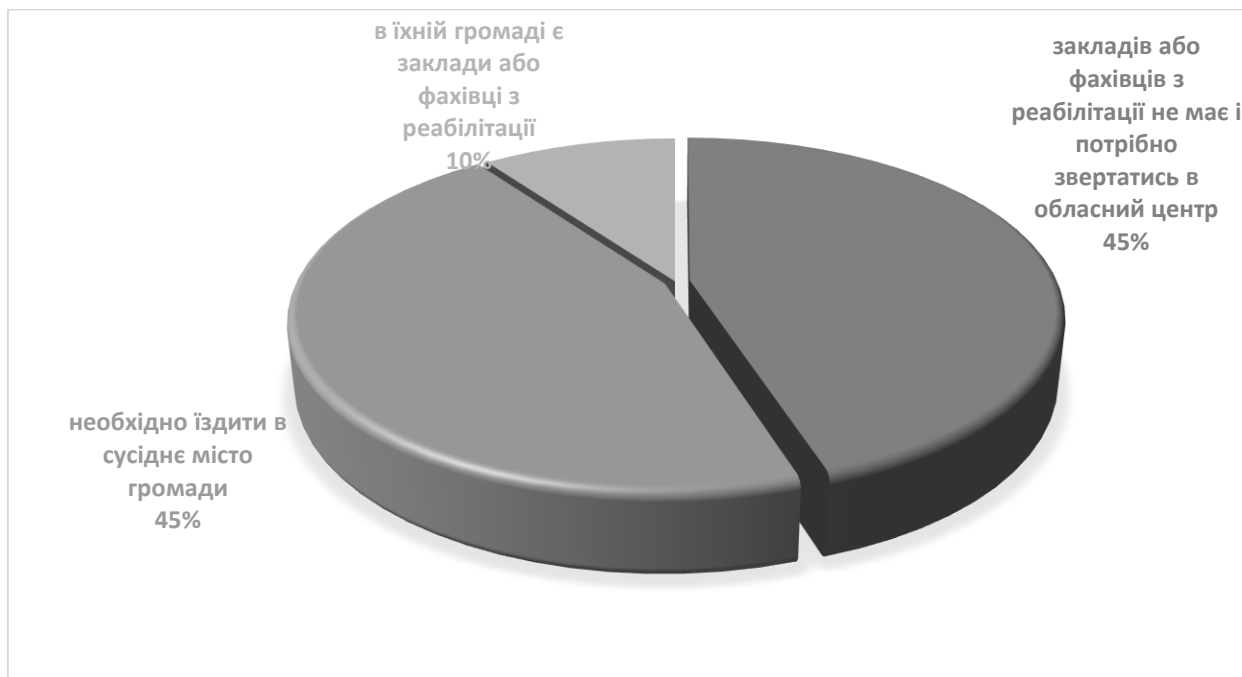
40% респондентів повідомили, що реабілітаційні послуги вони отримали в державному чи комунальному медичному закладі, 30% сказали, що отримали реабілітаційні послуги в державному чи комунальному закладі реабілітації, 25% повідомили, що отримали послуги в приватних закладах чи фахівців з реабілітації, 15% сказали, отримали реабілітаційні послуги у фахівців неурядових організацій (рисунок 6).



**Рисунок 6.** Відповіді респондентів щодо закладу чи місця отримання реабілітаційних послуг

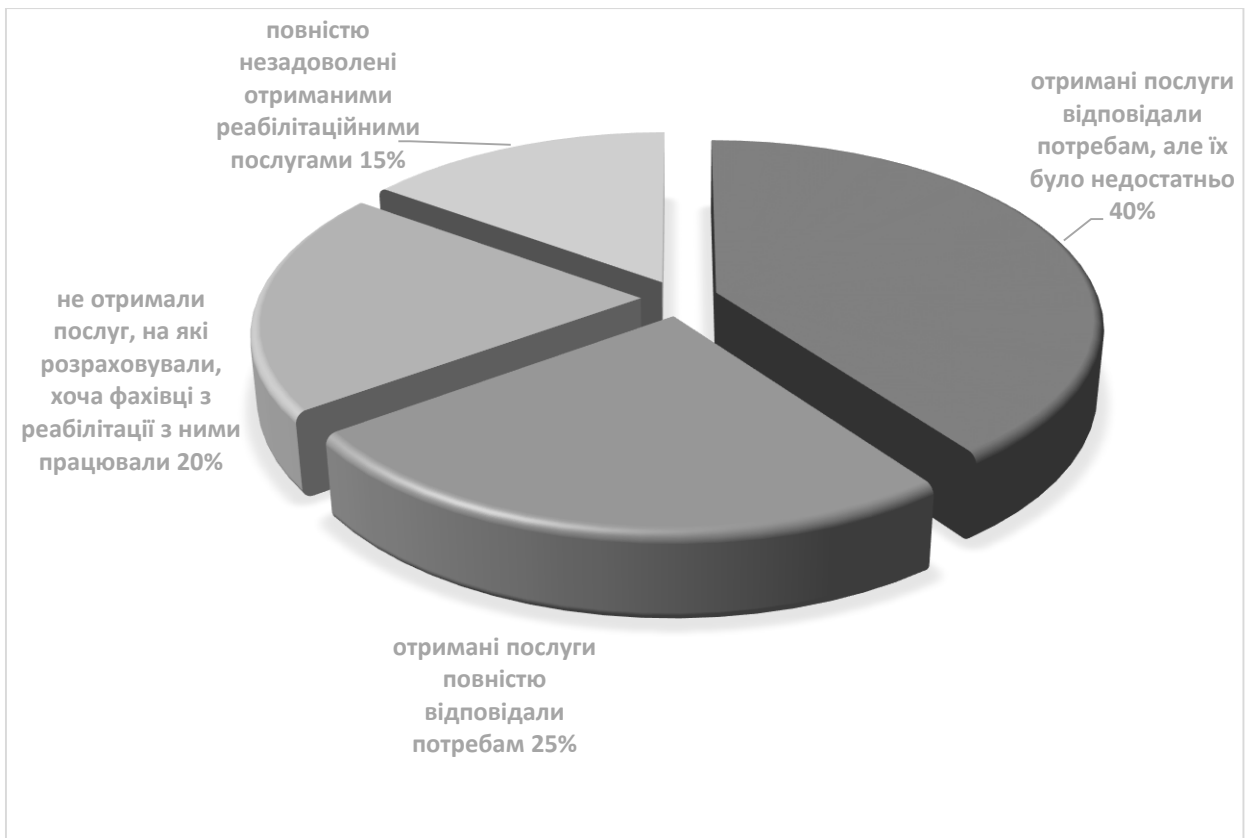
На питання «Чи на рівні Вашої громади є можливість отримувати реабілітаційні послуги?» 45% респондентів відповіли, що там, де вони мешкають закладів або фахівців з реабілітації не має і потрібно звертатись в

обласний центр для отримання послуг із реабілітації, 45% відповіли, що для отримання реабілітаційних послуг їм необхідно їздити в сусіднє місто їхньої громади, а 10% відповіли, що в їхньому місті є заклади або фахівці з реабілітації (рисунок 7).



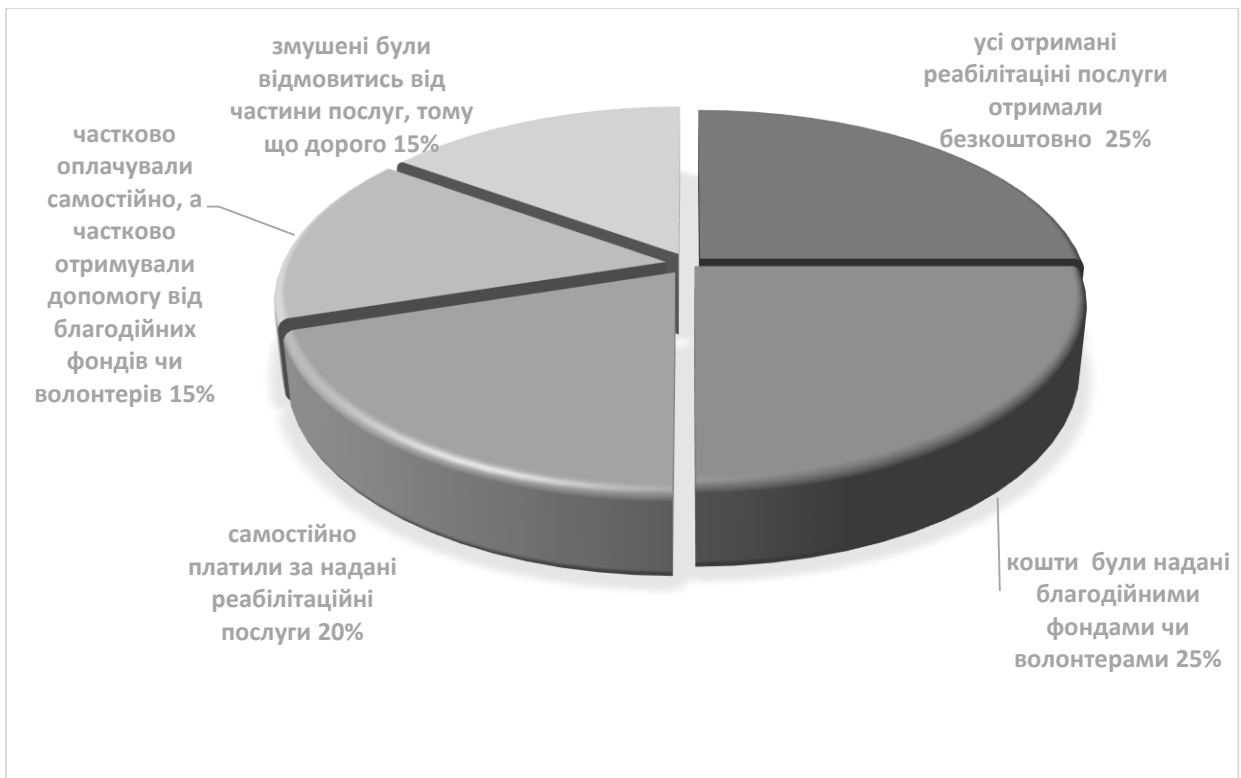
**Рисунок 7.** Відповіді респондентів щодо доступності реабілітаційних послуг в громаді

Відповідаючи на питання чи респонденти задоволені отриманими реабілітаційними послугами, 40% респондентів відповіли, що отримані послуги відповідали їхнім потребам, проте їх було недостатньо, 25% відповіли, що отримані ними послуги повністю відповідали їхнім потребам, 20% відповіли, що не отримали тих послуг, на які розраховували, хоча фахівці з реабілітації з ними працювали, 15% відповіли, що повністю незадоволені отриманими реабілітаційними послугами. При цьому 80% респондентів відповіли, що задоволені ставленням і роботою фахівців, які їм надавали реабілітаційні послуги, а 20% відповіли, що не задоволені (Рисунок 8).



**Рисунок 8.** Відповіді респондентів щодо задоволеності отриманими реабілітаційними послугами

Щодо питання доступності послуг, то 25% респондентів відповіли, що усі отримані реабілітаційні послуги вони отримали безкоштовно і державою були надані усі необхідні засоби реабілітації, 25% відповіли, що кошти на послуги та засоби реабілітації були надані благодійними фондами чи волонтерами, 20% відповіли, що самостійно платили за надані реабілітаційні послуги, а засоби купували теж самостійно за потребою, 15% відповіли, що частково оплачували реабілітаційні послуги і засоби, а частково отримували допомогу від благодійних фондів чи волонтерів, 15% відповіли, що змушені були відмовитись від частини послуг чи засобів реабілітації, тому що були надто дорогими (рисунок 9).



**Рисунок 9.** Відповіді респондентів щодо доступності реабілітаційних послуг

Отже, проведене дослідження свідчить, що інформації про можливість отримати реабілітаційні послуги є недостатньо і джерела отримання інформації є різні і часто інформацію доводиться шукати самостійно. Доступ до реабілітації після хвороби, травми чи поранення залишається проблемою. Найімовірніше це пов'язано з браком ресурсів, інформації для людей з інвалідністю чи поганою організацією послуг, що призводить до невідповідності наданих послуг потребам. Зокрема, проблемою є розташування реабілітаційних установ та фахівців переважно в обласних центрах або великих містах. Ще однією проблемою є нестача коштів в осіб з інвалідністю для оплати реабілітаційних послуг.

З огляду на ці проблеми для покращення стану системи реабілітаційних послуг в Україні було би необхідно:

- популяризувати переваги реабілітації, що призведе до культури, в якій доступ до належної реабілітації розглядатиметься як основне право людини;
- покращити інформування населення щодо системи реабілітаційних послуг в Україні;
- забезпечити справедливий і легкий доступ до всіх рівнів та типів реабілітації, включаючи спеціалізовану реабілітаційну медицину, допоміжні технології та соціальну підтримку для усіх осіб з інвалідністю;
- поглибити взаєморозуміння та співпрацю між неурядовими організаціями, волонтерами та державними медичними установами;
- створювати реабілітаційні установи по усій країні з добре підготовленими реабілітаційними командами та забезпечувати їх необхідними реабілітаційними засобами;
- створювати реабілітаційні структури на рівні громади;
- в медичних навчальних закладах, зокрема сестринських, відкривати спеціальності для підготовки компетентних кадрів з реабілітації;
- встановлювати загальні високі стандарти догляду на основі наявних даних;
- впроваджувати нові розробки в практику реабілітації;
- забезпечувати інклюзивність, підтримувати середовище, в якому люди з обмеженими можливостями можуть повноцінно брати участь у житті суспільства;
- сприяти науковій діяльності та дослідженням у сфері реабілітації.

### **3.2. Роль медсестринства та компетентісний підхід у системі реабілітаційних послуг**

Як уже було зазначено у попередніх розділах роботи, в медичному співтоваристві існує консенсус щодо того, що реабілітація повинна проводитися командами, які складаються з кількох професіоналів, так званими

мультипрофесійними командами. У складних випадках реабілітація може бути ефективною, лише якщо враховуються всі відповідні аспекти функціонування (визначені як функції організму, діяльність та участь) і якщо всі члени команди разом з пацієнтами переслідують ті самі цілі. Глобальний реабілітаційний альянс (GRA) і Міжнародна рада медичних сестер (ICN) відзначили, що сестринська справа є ключовим елементом реабілітації [42]. Адже реабілітація спрямована на розширення можливостей виконувати діяльність (наприклад, повсякденну діяльність) та брати активну участь у житті суспільства і тому сестринська справа є ключовим рушієм реалізації таких стратегій.

За останні десятиліття сестринська справа зазнала величезних змін у розумінні її цілей і типів догляду. Традиційна модель сестринського догляду полягала в підтримці пацієнтів із базовими потребами та відводила пацієнтам пасивну роль. З'явилися також моделі сестринського догляду, які зосереджуються на більш складних потребах людей, підкреслюючи різні функції сестринського догляду в профілактиці, навчанні та реабілітації. Проте пацієнти іноді отримують роль пасивних одержувачів медсестринського процесу, і тому не користуються перевагами втручань, спрямованих на усвідомлення самообслуговування, навчання та незалежного життя. Сучасні підходи до сестринської справи суттєво змінили цю концепцію, заохочуючи пацієнтів самостійно та активно здійснювати самообслуговування. Таким чином, пацієнт бере активну участь, і догляд більше не лише надає допомогу, але й навчає пацієнтів, як досягти цілей втручання. Такий підхід медсестринського догляду є основою реабілітації, щоб дати можливість людям з інвалідністю досягти оптимального функціонування [74], що включає незалежне та якісне життя.

Професія медичної сестри продовжує розвиватися та стає все більш спеціалізованою, відбулося різке зростання кількості моделей і структур, розроблених для визначення конкретних сфер практики [97]. Приклади включають синергетичну модель догляду за пацієнтами, розроблену Американською асоціацією медсестер реаніматології (1995 р.), і модель

Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я, яка використовується фізіотерапевтами та фізіотерапевтами як інструмент для вирішення клінічних проблем [103].

Міжнародна рада медичних сестер (ICN) стверджує, що сестринська справа охоплює автономний і спільний догляд за людьми різного віку, сім'ями, групами та спільнотами, хворими чи здоровими та в будь-яких умовах. Вона включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань і догляд за хворими, людьми з інвалідністю та людьми, що вмирають [51]. Згідно з цією логікою, медсестри є головними дійовими особами, які задовольняють основні складні та постійно мінливі потреби пацієнтів. Однак традиційні функції надання допомоги наразі зміщуються в бік більш активного підходу до осіб, яким надається допомога. У цьому підході значне місце займає самообслуговування як стратегія, що була розроблена Доротеєю Орем, відомим теоретиком медсестринства, і яка включає теорію дефіциту самообслуговування, що зосереджена на здатності людей виконувати дії, пов'язані з управлінням своїм здоров'ям. [80]. Орем визначила самообслуговування «як практику діяльності, яку індивіди починають і виконують від свого імені для підтримки життя, здоров'я та благополуччя». Ця теорія була далі розширена як теорія середнього діапазону [94-96].

У медсестринстві концепція самообслуговування зараз широко поширена, щоб сприяти кращому управлінню допомогою, частину якої здійснюватиме отримувач допомоги. На самообслуговування впливають досвід, впевненість, навички, функції, мотивація, культура, підтримка з боку інших, навчання, звички та доступ до догляду [96]. Згідно з цією логікою, самообслуговування є ключовим рушієм для швидкої співпраці між одержувачами медичної допомоги та медичними працівниками, а також між сестринською справою та реабілітацією як інтегрованими та спорідненими дисциплінами.

Фактично, починаючи з 70-х років, реабілітаційне медсестринство стало особливим сектором медсестринського спектру і, згідно з даними Асоціації



реабілітаційних медсестер [11; 14], реабілітаційне медсестринство є саме відповіддю на функціональні порушення та погіршення стану здоров'я людей. М. Спассер і А. Вайсмантель [102] охарактеризували цілі реабілітаційного сестринського догляду за такими ключовими словами: потенціал, якість життя, культурно-компетентний догляд, здатність, догляд, орієнтований на сім'ю, навчання, здоров'я та інтеграція в громаду. Це вже дуже близько до визначення цілей реабілітації, заснованого на Міжнародній класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я, яка полягає в «досягненні та підтримці оптимального функціонування у взаємодії з навколишнім середовищем» [44; 74].

Базуючись на визначенні Асоціації медсестер реабілітації, Е. Хаврілла [49] визначив «чотири основні сфери реабілітаційного сестринського догляду в сфері охорони здоров'я»:

- втручання під керівництвом медсестри (наприклад, допомога пацієнтам у використанні допоміжних технологій),
- зміцнення здоров'я та успішного життя (наприклад, сприяння самоконтролю),
- лідерство (наприклад, поширення знань про реабілітаційну сестринську допомогу)
- міжпрофесійний догляд (наприклад, впровадження міжпрофесійного та цілісного плану догляду).

У 2012 році А. Коц більш детально описав роль медсестринства в реабілітації та перерахував низку конкретних проблем, у яких реабілітаційне медсестринство відіграє вирішальну роль [57]. Серед іншого, це догляд за шкірою (лікування пролежнів), гігієна (купання, туалет), прийом їжі, мобілізація та лікування черезшкірної ендоскопічної гастростоми (ЧЕГ). Для реабілітації після інсульту були розроблені навіть більш конкретні концепції [78]. Вони також підкреслюють роль реабілітаційного медсестринства у зв'язку з проблемами психічного здоров'я.

Реабілітаційне медсестринство складається з «чотирьох областей: втручання під керівництвом медсестри, зміцнення здоров'я та успішного життя, лідерство та міжпрофесійна допомога» [122]. Модель С. Вона включає, наприклад, використання допоміжних технологій навчання клієнтів і опікунів, сприяння самоконтролю та сприяння ефективній міжпрофесійній співпраці. Ці аспекти стосуються суті реабілітації в цілому. К. Буркс [18] виділив модель медсестринської практики для людей з хронічними захворюваннями, яка визначила важливі відповідні результати медсестринського втручання в реабілітацію як «ефективні навички самоконтролю та подальше покращення стану здоров'я та якості життя».

Щоб досягти консенсусу щодо принципів реабілітаційного сестринського догляду, С. Сутер-Рідерер та інші [114] провели дослідження і результати цього дослідження показали, що орієнтованість на пацієнта та сім'ю має найвищий пріоритет. Крім того, врахування переваг пацієнтів, а також підхід, що ґрунтується на доказах, були вирішальними та високо оцінені.

У цих міркуваннях конкретну роль медсестер у реабілітаційних програмах на різних етапах життя та догляду можна розглядати в ширшій перспективі. Насправді цей комплексний догляд можна оцінити з різних поглядів [65; 78], які включають, наприклад, нове використання альтернативної та додаткової медицини [48] або реабілітаційний догляд для людей, які живуть з ВІЛ [83].

З точки зору надання реабілітаційних послуг, роль медичних сестер у реабілітації актуальна для всіх етапів і видів реабілітаційної допомоги:

- *Під час невідкладної реабілітації* сестринський догляд сприяє підтримці основних функцій організму, таких як дихання, серцево-судинні функції, функції шкіри та нервово-м'язові функції. Медсестри піклуються про адекватне харчування (включаючи підтримку лікування дисфагії). Сестринська справа також включає ранню мобілізацію та тренування (активних) функцій самообслуговування. Це має бути виконано у співпраці з

лікарями, фахівцями з фізичної та реабілітаційної медицини, фізіотерапевтами, ерготерапевтами, логопедами та, якщо це доцільно, із залученням родичів пацієнта.

- *Під час реабілітації після гострого періоду* медсестринський догляд відіграє ключову роль у забезпеченні мобільності та самообслуговування. Тут все більш важливим є включення рекомендацій пацієнтам і особам, які доглядають за ними. Медсестри також підтримують конкретні втручання, такі як лікування сечового міхура та кишечника, лікування стоми та трахеальної канюлі, а також використання допоміжних та технологічних пристроїв. Когнітивно-поведінкові методи лікування, які дотримуються принципів 24-годинного лікування, також повинні підтримуватися та продовжуватися медсестрами [10]. Звичайно, відповідно до конкретної ситуації, необхідно враховувати індивідуальні потреби пацієнтів. На цьому етапі важлива тісна співпраця з багато професійною реабілітаційною командою.

- *У будинках престарілих і геріатричному догляді* медсестри є першими, хто відповідає за довгостроковий догляд. Це включає в себе аналіз функціональних показників пацієнтів і здатність координувати різні втручання інших реабілітологів. Сам сестринський догляд включає позиціонування та мобілізацію, тренування функцій самообслуговування (включаючи самостійне вмивання, туалет, прийом їжі), харчування та багато інших. Психосоціальне втручання та розширення можливостей пацієнтів також є критично важливими стратегіями в будинках престарілих і геріатричному догляді.

- *Довгострокова реабілітація* з особливим акцентом на *особах з інвалідністю*, яка часто проводиться вдома, поєднує вищезазначені стратегії та втручання. Залежно від індивідуальних потреб пацієнта та умов догляду, медсестри (за можливості) надають реабілітаційну допомогу. Необхідно успішно проводити підтримку та тренування таких функцій організму, як дихання (включаючи механічну вентиляцію), функції сечового міхура та

кишечника, управління стоною та інші втручання. Важливими цілями є самостійне життя, участь у соціальних і культурних заходах і підвищення гідності пацієнтів [116].

Іншими формами *тривалої реабілітації* є періодичні реабілітаційні заходи в стаціонарі або денному стаціонарі. Такий вид реабілітації часто надається особам з хронічними захворюваннями та працездатного віку. Залежно від концепції таких реабілітаційних відділень, медсестри беруть участь у базовому управлінні відділеннями, медичному обслуговуванні та можуть брати участь у когнітивно-поведінкових підходах.

У *реабілітаційних службах на базі громади* медсестри можуть бути єдиними особами, які надають реабілітацію. У багатьох випадках до таких програм залучаються лікарі первинної ланки, реабілітологи та непрофесіонали. У цьому середовищі проводяться базові реабілітаційні заходи, а пацієнтів та їхні сім'ї необхідно проінструктувати та навчити керувати інвалідністю. Сюди входить допомога в повсякденному житті та інтеграція в громаду, доставка та навчання застосовувати допоміжні пристрої, управління переміщенням у спеціальні реабілітаційні відділення та багато інших заходів.

Ці приклади показують, що активна (або проактивна реабілітаційна) сестринська справа відіграє значну роль на всіх етапах реабілітації. Разом з іншими членами реабілітаційної групи медичні сестри є ключовими факторами хороших результатів реабілітації.

Існує широкий консенсус щодо того, що реабілітація має бути спрямована на багато компонентів функціонування, включаючи діяльність та участь, а також індивідуальні та контекстуальні фактори. Це потребує індивідуального інтегрованого плану реабілітації та – у більшості випадків – багатовимірного підходу, який сприятиме мультипрофесійній командній роботі. Сестринська справа відіграє вирішальну роль у такому підході, і це вимагає хорошої підготовки медсестер, включаючи розуміння процесів реабілітації та навичок, щоб розширити можливості отримувачів допомоги для

досягнення оптимальної незалежності. Однак у деяких ситуаціях, наприклад, у реабілітації на базі громади, медсестри можуть працювати монопрофесійно; однак у більшості реабілітаційних центрів сестринська справа має бути повністю інтегрована в реабілітаційну командну роботу, спрямовану на взаємне встановлення цілей, міжпрофесійну командну роботу та комунікацію.

Реабілітація є спеціалізацією сестринської справи і потребує власної моделі професійної компетентності. Реабілітація практикується в різних умовах, включаючи, але не обмежуючись, реабілітацію при невідкладних станах, установи кваліфікованого медсестринського догляду, медичну допомогу вдома, невідкладну допомогу, тривалу невідкладну допомогу та амбулаторні умови. Таким чином, структура або модель для опису професійної реабілітації медсестер має охоплювати області, які відображають компетенції, необхідні в кожній практичній установці.

Практика реабілітаційного медсестринства визнана спеціальністю управління доглядом за людьми з обмеженими можливостями та хронічними захворюваннями протягом усього життя. Пірс [84] зазначив, що медсестри можуть використовувати практику, засновану на доказах, щоб полегшити процес зміни політики або розробки чи впровадження нових практик догляду для осіб, які потребують реабілітації. Поточні дані підтверджують ці втручання під керівництвом медсестри та навчання пацієнтів та їхніх сімей, необхідні для максимального підвищення якості життя людей з інвалідністю та хронічними захворюваннями. Реабілітаційні медсестри розглядають людей як частину сім'ї, а сім'ї складають структуру підтримки для кожного клієнта.

Важливою компетентністю, якою повинні оволодіти реабілітаційні медсестри є використання допоміжних технологій, яке покращує самоконтроль, функціональне покращення та якість життя людей з інвалідністю та/або хронічними захворюваннями. Зокрема, це може бути електронний моніторинг, телемедицина та контроль навколишнього середовища, наприклад інтелектуальні технології в домашніх умовах [27]. Було виявлено, що персоналізовані стратегії самоконтролю, які включають

орієнтовану на користувача технологію для постраждалих від інсульту, підвищують їхню самоефективність і здатність досягати особистих цілей [71]. Крім того, дистанційна реабілітація дає можливість більшій кількості людей брати участь у контрольованих реабілітаційних заходах після виписки [76].

Реабілітаційні медсестри повинні бути обізнані з поточними доказами та інтегрувати відповідні докази в межах свого рівня кваліфікації. Адже, втручання, засновані на фактичних даних, спрямовані на лікування осіб з інвалідністю і хронічних захворювань, таких як черепно-мозкова травма, інсульт, травма спинного мозку, ампутація та нервово-м'язові розлади. Подолання розриву між доказами та практикою допомагає вищезазначеним групам клієнтів досягти оптимальних цілей реабілітації [13]. Реабілітаційна медсестра вміти використовувати креативні стратегії оцінки, виявляти прогалини в догляді та співпрацювати з пацієнтом, родиною та міжпрофесійною командою для розробки плану з реалістичними цілями реабілітації.

Медичні сестри, які займаються передовою практикою, сприяють отриманню медсестринських знань через рольове моделювання, прийняття клінічних рішень і діючи як агенти змін [35]. Вони використовують свій досвід і знання, щоб: надавати експертну допомогу, враховуючи культурну чутливість і гендерні переваги під час консультацій зі складними пацієнтами; взаємодіяти з пацієнтом, сім'єю та міжпрофесійною командою для досягнення цілей щодо управління здоров'ям інвалідності та хронічних захворювань; та оцінити ефективність втручань у досягненні результатів для клієнтів. Прикладами такої діяльності є розробка та тестування рекомендацій для покращення результатів для клієнтів, таких як тренування щодо нетримання сечі або рекомендацій щодо сечовипускання після інсульту, які впливають на безпеку клієнтів і якість догляду [40]. Іншим прикладом є впровадження заходів щодо гігієни сну у людей із черепно-мозговою травмою, які сприяють покращенню функціональних результатів у цій групі [22]. Загалом, ефективні стратегії медсестринського догляду, пов'язані з висновками, такими як

клінічні рекомендації, сприяють швидкому послідовному догляду та можуть позитивно вплинути на результати пацієнтів [41].

Ще однією важливою компетентністю є забезпечення навчання пацієнтів і осіб, які доглядають за ними, щодо інвалідності, хронічних захворювань і управління здоров'ям, зокрема сферами, щодо яких проводиться навчання можуть бути: діяльність з управління повсякденним життям, мобільність, спілкування, безпека та лікування захворювань. Медсестра повинна вміти розробити та надати інструменти, необхідні для ефективного навчання, наприклад, створити або адаптувати навчальні матеріали, передбачити довгострокові потреби у навчанні, надати консультативну реабілітаційну освіту окремим особам, сім'ям, міжпрофесійним командам і спільнотам та оцінити ефективність освітніх програм. Приклади ефективних ресурсів для навчання та догляду за особами, які потребують реабілітації в можна знайти на сайті громадської організації INgenius (<https://ingeniusua.org/reabilitatsiya-veteraniv-materialy-dlya-patsiyentiv-i-likariv>), яка спільно з командою Програми реінтеграції ветеранів IREX переклала та адаптувала українською мовою практичні рекомендації, що допоможуть у веденні пацієнтів ветеранів та ветеранок відповідно до міжнародних стандартів. Всі матеріали, які були використані для перекладу та адаптації були взяті з доказових наукових джерел. Корисні матеріали також можна знайти на сайті Асоціації реабілітаційних медсестер - [www.rehabnurse.org](http://www.rehabnurse.org).

Компетенція надання догляду, орієнтованого на пацієнта та сім'ю підкреслює спільний підхід до планування, надання та оцінки догляду, який визнає та поважає культуру клієнта та сім'ї, цінності, переконання та прийняття рішень щодо догляду. Гілл та його колеги відзначили, що учасники їхнього дослідження (пацієнти та родини) бажали частого спілкування з дружніми, чуйними членами команди; регулярне спілкування зі «старшим персоналом»; і прагнули отримати точну інформацію, яка була передана своєчасно разом із послугами інтенсивної реабілітації для оптимізації результатів [36]. Медсестра-реабілітолог разом із міжпрофесійною командою

визнає та заохочує клієнта та сім'ю як активних учасників процесу реабілітації та цінує їхній внесок. Гвінн [46] підкреслив роль сестринського персоналу в міжпрофесійній команді в координації та наданні сімейно-орієнтованої допомоги пацієнту в умовах реабілітації, що включало навчання пацієнта або сім'ї, визначення ресурсів громади та заходи для сприяння оптимальному одужанню.

Хоча більшість реабілітаційних програм є короткостроковими та зосереджені на гострій травмі чи захворюванні клієнта, дуже важливо, щоб реабілітаційна медсестра співпрацювала з клієнтами та міжпрофесійною командою, щоб допомогти пацієнтам зміцнити здоров'я та запобігти подальшій інвалідності, а також керувати його або її хворобою та інвалідністю з оптимальною незалежністю в домашньому середовищі проживання та суспільстві. Реабілітаційні медсестри визначають потреби пацієнтів і опікунів у сфері здоров'я та благополуччя, включно з бар'єрами на шляху до покращення здоров'я, а також інтегрують послуги громадського догляду, які лікують хронічні захворювання та підтримують здоров'я з часом [101]. Ця сфера спрямована на роль реабілітаційної медсестри у сприянні загальному успішному життю шляхом зменшення ризиків, запобігання шкоди та підтримки оптимального здоров'я.

Компетентність зміцнення здоров'я та запобігання інвалідності передбачає використання стратегій зменшення ризику, запобігання шкоди та сприяння здоров'ю, таких як освіта щодо харчування та модифікація способу життя, для збереження та покращення здоров'я. Зміцнення здоров'я шляхом первинної профілактики, а також попередження ускладнень для тих, хто вже має інвалідність, має важливе значення для ролі реабілітаційної медичної сестри [12]. Медсестра оцінює клієнта на предмет ризику та готовності керувати потенційною шкодою та бере участь у зміцненні здоров'я, співпрацюючи з пацієнтом, сім'єю та міжпрофесійною командою у встановленні цілей для реабілітації.



Виховувати самоуправління у пацієнтів теж є необхідною компетентністю, яка підкреслює важливість використання підходу до взаємодії, яка враховує здібності пацієнта, минулий досвід і медичну грамотність для вирішення проблем і здатність приймати рішення щодо свого здоров'я, щоб сприяти досягненню високої якості життя. Дослідження Шульмана-Гріна та ін. [99] виявило кілька областей, у яких медсестри та міжпрофесійна команда через спілкування можуть покращити самоконтроль пацієнта. Ці дослідники відзначили координацію дій, визнання процесів самоконтролю, таких як знання про свій стан, заходи зміцнення здоров'я, ресурси та підтримку, які допомагали пацієнту або родині зрозуміти особливості цього стану. Такі теоретики, як Доротея Орем, припустили, що медсестри зобов'язані підтримувати самообслуговування пацієнтів і таким чином сприяти здоров'ю та зціленню [79]. Дослідження Каміція підтверджує тезу, що реабілітаційні медсестри є ідеальними членами команди, які можуть допомогти з переходом на догляд після гострого періоду через їхні унікальні знання та набір навичок, який охоплює різноманітні умови догляду [19].

Розвиток лідерських навичок серед реабілітаційних медсестер має важливе значення, оскільки вони вважаються ключовими членами міжпрофесійної команди та використовують лідерські навички всередині команди для сприяння оптимальному догляду за пацієнтами та сім'ями. Ласковські-Джонс [64] заявив, що адвокація від імені пацієнтів зміцнює основу догляду. Прайор і Бузіо [86] виявили, що ініціативи з розвитку практики серед реабілітаційних медсестер сприяли розвитку лідерства та вплинули на культуру реабілітаційного відділення, включаючи командну співпрацю. Сфера сестринського лідерства складається з чотирьох основних компетентностей: сприяти відповідальності за догляд, поширювати знання медсестринської реабілітації, розширювати можливості пацієнта через навчання, співпрацю та підтримку, вплив на політику охорони здоров'я для людей з інвалідністю та/або хронічними захворюваннями.

Сфера міжпрофесійного догляду охоплює три компетності. У цій сфері реабілітаційна медсестра підтримує міжпрофесійні стосунки за допомогою навичок ефективної комунікації та стратегій, таких як командні обговорення, зустрічі тощо. Довіра та повага є важливими елементами не лише у взаємодії між пацієнтом і медсестрою, але й між членами міжпрофесійної команди, оскільки вони встановлюють партнерство між командою та клієнтом і розробляють план реабілітації, який відображає вподобання клієнта та втручання [58]. Було доведено, що допомога, яку надають міжпрофесійні команди експертів, сприяє позитивним результатам реабілітації пацієнтів [52].

Хоча деякі науковці підкреслюють роль медсестринства в реабілітації [49; 55; 102; 114; 122], проте у багатьох концептуальних роботах з реабілітації цим нехтують, а роль медсестринства в концепції активної реабілітаційної допомоги не повністю зрозуміла і часто залишається непомітною та недооцінюється [63]. Це може бути пов'язано з деякими хибними уявленнями або недостатньою обізнаністю з багатьох галузей медсестринської науки, а також ці неправильні оцінки часто можуть бути пов'язані зі старими моделями освіти в галузі охорони здоров'я, з тим фактом, що в різних країнах світу, а також в економічно розвинутих країнах освіта медсестер все ще є профтехнічною, а їхня цілісна роль все ще залишається незначною. В інших країнах рівень і пропонована освіта є надзвичайно високими, але іноді медсестри не можуть працювати в повному обсязі своєї практики для різних макро- та мезосоціальних контекстуалізованих змінних [14]. Ці ж тлумачення були перенесені на реабілітаційні послуги без фундаментального переосмислення. З цією метою дуже важливо аргументувати роль медсестер у реабілітаційній команді як ключових членів команди та залучених до всіх аспектів багатовимірною процесу реабілітації.

Важливо розуміти, що медсестри в першу чергу не просто доглядають за пацієнтом, а одночасно доглядають за пацієнтом і спонукають людину доглядати за собою відповідно до її здібностей і навичок. Це включає

пояснення, демонстрацію та практику з метою допомогти пацієнту (повторно) набутти поступової незалежності [55].

Отже, можна стверджувати, що роль медсестер як членів реабілітаційної команди та їхня участь у всіх аспектах багатовимірного процесу реабілітації є ключовою. Адже, сестринська справа не лише забезпечує догляд за пацієнтом, а складається в основному із заходів, спрямованих на надання допомоги пацієнту та спонукає його піклуватися про себе відповідно до своїх можливостей і навичок.

І саме тому:

- медсестри повинні бути повністю інтегровані в реабілітаційну команду і розглядатися як рівноправні члени команди;
- освіта медсестер повинна включати глибоке розуміння ролі реабілітації в покращенні функціонування, а також медсестринських втручань, що ведуть до цієї мети;
- має бути забезпечена академічна підготовка та профінансовано більше наукових досліджень, щоб уможливити практику реабілітації, засновану на доказах;
- необхідно запровадити спеціальну післядипломну підготовку для реабілітаційних медсестер;
- мають бути доступні ресурси для кращого технічного оснащення, а медсестрам має бути надано належне визнання.

Міжнародна рада медичних сестер (ICN) і Глобальний реабілітаційний альянс (GRA) у 2020 році запропонували розробити стратегії та дії щодо розвитку ролі сестринської справи в реабілітації. Нижче наведено ключові компоненти, які лежатимуть в основі цих стратегій:

- Освіта та безперервний професійний розвиток: трансформаційний підхід до надання відповідної медичної допомоги шляхом забезпечення освіти та підготовки медичних працівників.

- Мультидисциплінарний підхід до догляду: командний підхід до лікування пацієнтів на основі мультидисциплінарних відносин між

медичними працівниками. Починати слід із плану лікування, моніторингу та спільного узгодження коригування/зміни планів лікування.

- Сестринське лідерство та участь у прийнятті рішень на високому рівні: лідерство медсестринства в політиці та прийнятті рішень має бути посилено. Потрібні будуть інвестиції в лідерство медсестр. Крім того, інвестиції в медсестринські дослідження, пов'язані з реабілітацією, такі як економічна ефективність і ефективність втручань та перетворення знань у практику, засновану на доказах.

- Інвестиції в реабілітацію: необхідно створити якісні реабілітаційні засоби та послуги в гострих, післягострих і довготермінових ситуаціях, включаючи реабілітацію в громаді.

- Вдосконалення медсестринських реабілітаційних кадрів: збільшення кількості та навичок медсестер, які спеціалізуються на реабілітації, для покращення доступу до якісного, економічно ефективного та сталого лікування [50].

Зміцнення сестринської допомоги в реабілітації є життєво важливим фактором для надання високоякісної допомоги та забезпечення того, щоб реабілітація відповідала потребам людей з інвалідністю та досягала оптимальних результатів для здоров'я. Тому, для тих, хто приймає рішення, важливо створити можливості для медсестер спеціалізуватися на реабілітаційному медсестринстві. Постачальники реабілітаційних послуг повинні забезпечити включення в реабілітаційну бригаду посад спеціалізованих медсестер. А також клініцисти з реабілітації повинні працювати над створенням командних структур, які об'єднуюватимуть медсестер як членів команди, і використовуватимуть можливості, які впливають із включення медсестер як основного елемента програм реабілітації.

*Висновки до 3 розділу*

Отже, проведене опитування та аналіз стану системи реабілітаційних послуг в Україні свідчить, що інформації про можливість отримати

реабілітаційні послуги є недостатньо і джерела отримання інформації є різні і часто інформацію доводиться шукати самостійно. Доступ до реабілітації після хвороби, травми чи поранення залишається проблемою. Найімовірніше це пов'язано з браком ресурсів, інформації для людей з інвалідністю чи поганою організацією послуг, що призводить до невідповідності наданих послуг потребам. Зокрема, проблемою є розташування реабілітаційних установ та фахівців переважно в обласних центрах або великих містах. Ще однією проблемою є нестача коштів в осіб з інвалідністю для оплати реабілітаційних послуг.

З огляду на ці проблеми для покращення стану системи реабілітаційних послуг в Україні було би необхідно: популяризувати переваги реабілітації, покращити інформування населення щодо системи реабілітаційних послуг в Україні, забезпечити справедливий і легкий доступ до всіх рівнів та типів реабілітації, поглибити взаєморозуміння та співпрацю між неурядовими організаціями, волонтерами та державними медичними установами, створювати реабілітаційні установи по усій країні, створювати реабілітаційні структури на рівні громади, в медичних навчальних закладах відкривати спеціальності для підготовки компетентних кадрів з реабілітації, встановлювати загальні високі стандарти догляду на основі наявних даних, впроваджувати нові розробки в практику реабілітації, забезпечувати інклюзивність, сприяти науковій діяльності та дослідженням у сфері реабілітації.

На основі проведеного дослідження можна стверджувати, що сестринська справа є ключовим елементом реабілітації.

Фактично, починаючи з 70-х років, реабілітаційне медсестринство стало особливим сектором медсестринського спектру. За останні десятиліття сестринська справа перейшла від традиційної моделі сестринського догляду, яка полягала в підтримці пацієнтів із базовими потребами та відводила пацієнтам пасивну роль до більш сучасних моделей сестринського догляду, які зосереджуються на більш складних потребах людей, підкреслюючи різні

функції сестринського догляду в профілактиці, навчанні та реабілітації. Сучасні підходи до сестринської справи, заохочують пацієнтів самостійно та активно здійснювати самообслуговування. Такий підхід сестринського догляду є основою реабілітації, оскільки дає можливість людям з інвалідністю досягти оптимального функціонування, що включає незалежне та якісне життя.

Сестринська справа відіграє вирішальну роль у такому підході і це вимагає хорошої підготовки медсестер, включаючи розуміння процесів реабілітації та навичок, щоб розширити можливості отримувачів допомоги для досягнення оптимальної незалежності. В деяких ситуаціях, наприклад, у реабілітації на базі громади, медсестри можуть працювати монопрофесійно; однак у більшості реабілітаційних центрів сестринська справа має бути повністю інтегрована в реабілітаційну командну роботу, спрямовану на взаємне встановлення цілей, міжпрофесійну командну роботу та комунікацію.

Можна виділити чотири основні сфери реабілітаційного сестринського догляду в сфері охорони здоров'я: втручання під керівництвом медсестри; зміцнення здоров'я та успішного життя пацієнтів, лідерство; міжпрофесійний догляд.

З точки зору надання реабілітаційних послуг, роль медичних сестер у реабілітації актуальна для всіх етапів і видів реабілітаційної допомоги: під час невідкладної реабілітації, під час реабілітації після гострого періоду, у будинках престарілих і геріатричному догляді, у довгостроковій реабілітації.

Хоча деякі науковці підкреслюють роль медсестринства в реабілітації, проте у багатьох концептуальних роботах з реабілітації цим нехтують, а роль медсестринства в концепції активної реабілітаційної допомоги не повністю зрозуміла і часто залишається непомітною та недооцінюється.

Це може бути пов'язано з деякими хибними уявленнями або недостатньою обізнаністю з багатьох галузей медсестринської науки, а також ці неправильні оцінки часто можуть бути пов'язані зі старими моделями освіти, а також з тим, що освіта медсестер часто все ще є профтехнічною, а

їхня цілісна роль, як висококваліфікованих фахівців все ще залишається незначною. З цією метою дуже важливо аргументувати роль медсестер у реабілітаційній команді як ключових членів команди та залучених до всіх аспектів багатовимірного процесу реабілітації. Для цього необхідно, щоби: медсестри були повністю інтегровані в реабілітаційну команду і розглядатися як рівноправні члени команди, освіта медсестер повинна включати глибоке розуміння ролі реабілітації в покращенні функціонування, має бути забезпечена академічна підготовка та профінансовано більше наукових досліджень, щоб уможливити практику сестринської реабілітації, засновану на доказах, необхідно запровадити спеціальну післядипломну підготовку для реабілітаційних медсестер, мають бути доступні ресурси для кращого технічного оснащення, а медсестрам має бути надано належне визнання.

## ВИСНОВКИ

На основі проведеного дослідження, можемо зробити наступні висновки:

1) Аналіз стану вивчення проблеми дослідження дозволяє стверджувати, що від середини ХХ ст. відбулись суттєві зміни ставлення до людей з інвалідністю: від сприйняття їх лише як об'єкту догляду із боку держави та суспільства до визнання необхідності забезпечення особам з інвалідністю повноцінного функціонування та участі в усіх сферах суспільства. Основною стратегією, що повинна цьому сприяти вважається реабілітація, яка з кінця 70-х років ХХ ст. визнана як одна із п'яти стратегій системи охорони здоров'я на рівні із зміцненням здоров'я, профілактикою, лікуванням, підтримкою та паліативною допомогою.

До нормативно-правових документів, які справили найбільший вплив на визнання і закріплення прав людей із інвалідністю, а також визнання реабілітації важливою стратегією, яка сприятиме задоволенню цих прав можна віднести Декларацію ООН з прав людини (1948), Алма-Атинську декларацію ВООЗ (1978), законодавчі документи Ради Європи (1992), Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів ООН (1993), Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я ВООЗ (2001), декларації європейських міністрів, відповідальних за політику інтеграції людей з обмеженими можливостями (Малага, 2003), резолюція «Інвалідність, включаючи профілактику, лікування та реабілітацію» (2005), Конвенція ООН про права людей з інвалідністю (2006), Стратегія ВООЗ «Реабілітація 2030» (2017).

Основними нормативно-правовими актами, які врегульовують систему надання реабілітаційних послуг в Україні можна вважати закони «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2006) і «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2021). Новий закон передбачає: окрему процедуру обов'язкового ліцензування господарської діяльності у сфері надання реабілітаційних послуг і надання реабілітаційних послуг на госпітальному



рівні та рівні громади, зокрема, на гострому, підгострому і довготривалому реабілітаційних періодах; надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги, у тому числі первинному і передбачено координацію та обмін інформацією між eHealth (медичні послуги) та eSocial (соціальні послуги); надання реабілітаційних послуг мультидисциплінарною командою, фахівці якої повинні пройти окрему атестацію; впровадження моделі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я і можливості телереабілітації.

2) Реабілітація – це стратегія, за допомогою якої особи, які отримали інвалідність внаслідок травми чи хвороби, досягають повного одужання або, якщо повне одужання неможливе, реалізують свій оптимальний фізичний, розумовий і соціальний потенціал і інтегруються у найбільш відповідне для них середовище. Реабілітація є основною медичною послугою для людей із широким діапазоном станів здоров'я на всіх етапах життєвого циклу, а також на всіх етапах гострого, підгострого стану та тривалого лікування і якість реабілітації впливає не лише на окремих людей, а й на їхні сім'ї, громади та економіку держави загалом. Двома основними результатами реабілітації, які необхідно продемонструвати, є благополуччя людини та її соціальна та професійна участь.

Доведено, що реабілітація, яка починається на ранніх стадіях, дає кращі функціональні результати майже для всіх захворювань, пов'язаних з інвалідністю. Реабілітація, яка надається впродовж тривалого періоду лікування, починаючи від стаціонарного догляду та закінчуючи реабілітацією в громаді, може покращити результати здоров'я, зменшити витрати за рахунок скорочення перебування в лікарні, зменшити інвалідність та покращити якість життя. Було з'ясовано, що гроші, витрачені на реабілітацію, повертаються за оцінками економії до сімнадцяти разів. Реабілітація може бути ефективною у п'яти основних напрямках: лікуванні основної патології; зменшенні порушення та/або інвалідності; профілактиці та лікуванні ускладнень; покращенні функціонування та діяльності; забезпеченні участі.

Основні компоненти реабілітації в системі охорони здоров'я можна згрупувати за шістьма структурними блоками: лідерство та управління, фінансування, медичні кадри, охоплення, ліки та технології, інформаційні системи охорони здоров'я.

Реабілітація може бути забезпечена в багатьох закладах, які варіюються від спеціалізованих реабілітаційних центрів і відділень у лікарнях невідкладної допомоги до амбулаторних і громадських установ. ВООЗ пропонує схему, яка висвітлює загальні типи реабілітації та пропонує оптимальне функціонування реабілітації національній системі охорони здоров'я: спеціалізована реабілітація високої інтенсивності, яка зазвичай проводиться через заклади тривалого перебування; реабілітація, яка інтегрована в широкий спектр медичних спеціальностей у сфері третинної та вторинної медичної допомоги; реабілітація, інтегрована в первинну медичну допомогу; реабілітація, що надається громадою, яка може бути спеціальною або інтегрованою в низку програм охорони здоров'я, що надаються громадою, та неформального та самостійного догляду, який відбувається в умовах громади.

В сучасній теорії та практиці медицини виділяють такі типи реабілітації, які застосовуються для широкого спектру станів: профілактичний, відновний, підтримуючий, паліативний.

3) Оцінка впливу хвороби на людину відрізняється з точки зору медицини чи реабілітації. З медичної точки зору або точки зору хвороби, функціонування, інвалідність і здоров'я пацієнтів розглядаються в першу чергу як наслідки або вплив хвороби або стану здоров'я, медичні втручання спрямовані на процес захворювання і кінцевою метою цих втручань є уникнення наслідків для людини. З точки зору реабілітації, функціонування та здоров'я пацієнтів визнається як пов'язане зі станом здоров'я чи хворобою, а не просто як наслідок, функціонування визнається не лише результатом, але й відповідною точкою клінічної оцінки та втручання і розглядається у взаємодії з характеристиками пацієнта та його оточенням. Таким чином,

реабілітаційний процес спрямований на функціонування, оточення та особистісні фактори, які можна змінити. Корисною основою для такого розуміння є біопсихосоціальна модель функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я, відповідно до якої, реабілітація починається з глибокого розуміння детермінант функціонування та їх взаємодії з особистими факторами та факторами навколишнього середовища незалежно від стану здоров'я.

Реабілітація як окрема медична спеціальність застосовує та інтегрує біомедичний та інженерний підхід, щоб отримати вигоду від можливостей людини за допомогою підходу, який спирається на ресурси людини та зміцнює їх, забезпечує сприятливе середовище та розвиває ефективність людини у взаємодії з навколишнім середовищем.

Реабілітація часто надається через багатопрофесійну командну роботу, яка формує та реалізовує план реабілітації, який повинен враховувати бажання та ресурси людини, прогноз її інвалідності, характер її фізичних і когнітивних порушень та її здатність здобувати нові знання та навички, які дозволять їй підвищити рівень активності та участі, оцінює ступінь, до якої можна знизити бар'єри навколишнього середовища для участі. План реабілітації охоплює: медичні втручання, фізичне лікування, інші форми лікування, ерготерапію, логопедичну допомогу, лікування дисфагії, нейропсихологічні втручання, психологічну оцінку та втручання, включаючи консультування, лікувальне харчування, обладнання для людей з інвалідністю, допоміжні технології, протези, ортопедичні засоби, технічні опори та допоміжні засоби, навчання пацієнтів.

4) Проведене опитування та аналіз стану системи реабілітаційних послуг в Україні свідчить, що інформації про можливість отримати реабілітаційні послуги є недостатньо і джерела отримання інформації є різні і часто інформацію доводиться шукати самотійно. Доступ до реабілітації після хвороби, травми чи поранення залишається проблемою. Найімовірніше це пов'язано з браком ресурсів, інформації для людей з інвалідністю чи поганою

організацією послуг, що призводить до невідповідності наданих послуг потребам. Зокрема, проблемою є розташування реабілітаційних установ та фахівців переважно в обласних центрах або великих містах. Ще однією проблемою є нестача коштів в осіб з інвалідністю для оплати реабілітаційних послуг.

З огляду на ці проблеми для покращення стану системи реабілітаційних послуг в Україні було би необхідно: популяризувати переваги реабілітації, покращити інформування населення щодо системи реабілітаційних послуг в Україні, забезпечити справедливий і легкий доступ до всіх рівнів та типів реабілітації, поглибити взаєморозуміння та співпрацю між неурядовими організаціями, волонтерами та державними медичними установами, створювати реабілітаційні установи по усій країні, створювати реабілітаційні структури на рівні громади, в медичних навчальних закладах відкривати спеціальності для підготовки компетентних кадрів з реабілітації, встановлювати загальні високі стандарти догляду на основі наявних даних, впроваджувати нові розробки в практику реабілітації, забезпечувати інклюзивність, сприяти науковій діяльності та дослідженням у сфері реабілітації.

5) На основі проведеного дослідження можна стверджувати, що сестринська справа є ключовим елементом реабілітації.

Починаючи з кінця 70-х років, реабілітаційне медсестринство стало особливим сектором медсестринського спектру. За останні десятиліття сестринська справа перейшла від традиційної моделі сестринського догляду, яка полягала в підтримці пацієнтів із базовими потребами та відводила пацієнтам пасивну роль до більш сучасних моделей сестринського догляду, які зосереджуються на більш складних потребах людей, підкреслюючи різні функції сестринського догляду в профілактиці, навчанні та реабілітації. Сучасні підходи до сестринської справи, заохочують пацієнтів самостійно та активно здійснювати самообслуговування. Такий підхід сестринського догляду є основою реабілітації, оскільки дає можливість людям з інвалідністю

досягти оптимального функціонування, що включає незалежне та якісне життя.

Сестринська справа відіграє вирішальну роль у такому підході і це вимагає хорошої підготовки медсестер, включаючи розуміння процесів реабілітації та навичок, щоб розширити можливості отримувачів допомоги для досягнення оптимальної незалежності. В деяких ситуаціях, наприклад, у реабілітації на базі громади, медсестри можуть працювати монопрофесійно; однак у більшості реабілітаційних центрів сестринська справа має бути повністю інтегрована в реабілітаційну командну роботу, спрямовану на взаємне встановлення цілей, міжпрофесійну командну роботу та комунікацію.

Можна виділити чотири основні сфери реабілітаційного сестринського догляду в сфері охорони здоров'я: втручання під керівництвом медсестри; зміцнення здоров'я та успішного життя пацієнтів, лідерство; міжпрофесійний догляд.

З точки зору надання реабілітаційних послуг, роль медичних сестер у реабілітації актуальна для всіх етапів і видів реабілітаційної допомоги: під час невідкладної реабілітації, під час реабілітації після гострого періоду, у будинках престарілих і геріатричному догляді, у довгостроковій реабілітації.

Хоча деякі науковці підкреслюють роль медсестринства в реабілітації, проте у багатьох концептуальних роботах з реабілітації цим нехтують, а роль медсестринства в концепції активної реабілітаційної допомоги не повністю зрозуміла і часто залишається непомітною та недооцінюється.

Це може бути пов'язано з деякими хибними уявленнями або недостатньою обізнаністю з багатьох галузей медсестринської науки, а також ці неправильні оцінки часто можуть бути пов'язані зі старими моделями освіти, а також з тим, що освіта медсестер часто все ще є профтехнічною, а їхня цілісна роль, як висококваліфікованих фахівців все ще залишається незначною. З цією метою дуже важливо аргументувати роль медсестер у реабілітаційній команді як ключових членів команди та залучених до всіх аспектів багатовимірного процесу реабілітації. Для цього необхідно, щоби:

медсестри були повністю інтегровані в реабілітаційну команду і розглядатися як рівноправні члени команди, освіта медсестер повинна включати глибоке розуміння ролі реабілітації в покращенні функціонування, має бути забезпечена академічна підготовка та профінансовано більше наукових досліджень, щоб уможливити практику сестринської реабілітації, засновану на доказах, необхідно запровадити спеціальну післядипломну підготовку для реабілітаційних медсестер, мають бути доступні ресурси для кращого технічного оснащення, а медсестрам має бути надано належне визнання.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text)
2. Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». 2006. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
3. Закон України Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. 2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
4. Конвенція про права осіб з інвалідністю. ООН. 2006. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text)
5. Реабілітаційна допомога: як отримати в стаціонарі та амбулаторно? Право в умовах війни. URL: <https://law-in-war.org/reabilitacijna-dopomoga-yak-otrymaty-v-staczionari-ta-ambulatorno/>
6. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН №48/96 прийнята на 48 сесії Генеральної Асамблеї ООН 20 грудня 1993 року. URL: <https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/20900/1/Стандартні%20правила%20щодо..pdf>
7. Цілі сталого розвитку. Офіційний сайт ООН-Україна. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/tsili-staloho-rozvytku>
8. A coherent policy for people with disabilities. 1992. Recommendation R (92) 6. Strasbourg: Council of Europe; 1992. URL: <https://www.independentliving.org/docs3/coe92r6.html>
9. André JMF. Fondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation. In: Held JP, Dizien O editors. Traité de médecine physique et de réadaptation. Paris: Flammarion; 1999. p. 3-13.
10. Aries, A. & Hunter, S.M. (2014) Optimising rehabilitation potential after stroke: a 24-hour interdisciplinary approach. British Journal Neuroscience Nursing, 10 (6), 268–273. URL: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjnn.2014.10.6.268>
11. Association of Rehabilitation Nurses (2014) Standards and Scope of Rehabilitation Nursing Practice. Association of Rehabilitation Nurses, Chicago, IL. URL:
12. Association of Rehabilitation Nurses (2014a). Standards and scope of rehabilitation nursing practice (6th ed.). Chicago, IL: Association of Rehabilitation Nurse. Association of

- Rehabilitation Nurses. (2014b). The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. URL: <http://www.rehabnurse.org/profresources/content/ARN-Competency-Model-for-ProfessionalRehabilitation-Nursing.html>
13. Bayley, M., Teasell, R., Wolfe, D., Gruen, R., Eng, J., Ghajar, J., Tavender, E., Kua, A., & Bragge, P. Where to bridge between evidence and practice? Results of an international workshop to prioritize knowledge translation activities in traumatic brain injury care. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2014. 29(4), 268–276. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24984091/>
  14. Benton, D. C., Al Maaitah, R., & Gharaibeh, M. (2017) An integrative review of pursuing policy and political competence. *International Nursing Review*, 64 (1), 135–145. URL:<https://doi.org/10.1111/inr.12275>
  15. Beswick AD et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2008,371:725-735. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18313501/>
  16. Brandt E, Pope A. *Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering*. Washington, DC: National Academy Press; 1977. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25121279/>
  17. British Society of Rehabilitation Medicine Working Party Report on Traumatic Brain Injury. London: British Society of Rehabilitation Medicine; 2018. URL: <https://www.bsrn.org.uk/downloads/appg-on-abireporttime-for-change2018.pdf>
  18. Burks, K.J. A nursing practice model for chronic illness. *Rehabilitation Nursing*, 1999. 24 (5), 197–200. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10754910/>
  19. Camicia, M., Black, T., Farrell, J., Waites, K., Wirt, S., & Lutz, B.; with the ARN Task Force. The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: A white paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation Nursing*, 2014. 39(1), 3–15. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24402652/>
  20. Cieza A. Rehabilitation the Health Strategy of the 21st Century, Really? *Arch Phys Med Rehabil*. 2019 Nov;100(11):2212-2214. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31128114/>
  21. Davies EJ et al. Exercise based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2010. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20393935/>
  22. De La Rue-Evans, L., Nesbitt, K., & Oka, R. (2013). Sleep hygiene program implementation in patients with traumatic brain injury. *Rehabilitation Nursing*, 38, 2–10. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23365000/>
  23. Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe. 1978. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>



24. Didier JP. La plasticité de la fonction motrice. Collection de l'Académie Européenne de Médecine de Réadaptation. Paris: Springer Verlag; 2004. p.476. URL: [https://books.google.com.ua/books/about/La\\_plasticité\\_de\\_la\\_fonction\\_motrice.html?hl=fr&id=KLZZt7BqyPUC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ua/books/about/La_plasticité_de_la_fonction_motrice.html?hl=fr&id=KLZZt7BqyPUC&redir_esc=y)
25. Dietz Jr JH. Rehabilitation of the cancer patient. *Medical Clinics of North America*. 1969 May 1;53(3):607-24. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712516327572>
26. Disability, including prevention, management and rehabilitation. World Health Assembly 58.23. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20373/WHA58\\_23-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20373/WHA58_23-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Dreyfus, D. (2009). Smart-home technology for persons with disability. *American Family Physician*, 80(3), 233–234. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621833/>
28. Duttine A, Battello J, Beaujolais A, Hailemariam M, Mac-Seing M, Mukangwije P, et al. Introduction to Rehabilitation Factsheet. Handicap International. 2016. URL: [https://humanity-inclusion.org.uk/sn\\_uploads/document/2017-02-factsheet-rehabilitation-introduction-web\\_1.pdf](https://humanity-inclusion.org.uk/sn_uploads/document/2017-02-factsheet-rehabilitation-introduction-web_1.pdf)
29. EU Council of Ministers Meeting for Integration Policies for People with disabilities. Malaga: European Union; 2003. URL: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805df31f](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805df31f)
30. Forster A et al. Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2009. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19160233/>
31. Franchignoni F, Salaffi F. Generic and specific measures for outcome assessment in orthopaedic and rheumatological rehabilitation. In: Barat M, Franchignoni F editors. *Advances in Physical Medicine and Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*. Pavia: Maugeri Foundation Books; 2004. p.58. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10515649/>
32. Friberg F, Scherman MH. Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scand J Caring Sci* 2005;19:274-9. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16101856/>
33. Fulop, A., et al. The effect of trimodal prehabilitation on the physical and psychological health of patients undergoing colorectal surgery: a randomised clinical trial. *Anaesthesia*, 2020. 76 (1), 82–90. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32761611/>
34. Garraway GM, Akhtar AJ, Prescott RJ, Hockey L. Management of acute stroke in the elderly: follow-up of a controlled trial. *BMJ* 1980;1:827-9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1714235/>
35. Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirschbaum, M., & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-

- based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2004–2014. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21507046/>
36. Gill, S., Dunning, T., McKinnon, F., Cook, D., & Bourke, J. (2014). Understanding the experience of inpatient rehabilitation: Insights into patient-centred care from patients and family members. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28(2), 264–272. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23789871/>
37. Glaesner, JJ, Harloff KJ, van de Weyer TH. [Rehabilitation in Acute Hospitals]. *Fortschritt und Fortbildung in der Medizin* 2005;29:13-9. URL: <https://www.esprm.eu/wp-content/uploads/2019/11/UEMS-J-Rehabil-Med-2010.pdf>
38. GRA & HI Rehabilitation for the realisation of human rights and inclusive development. 2019. URL: [https://www.handicap-international.de/sn\\_uploads/document/Study2019\\_Rapport\\_rehab\\_human\\_rights\\_v4\\_Web.pdf](https://www.handicap-international.de/sn_uploads/document/Study2019_Rapport_rehab_human_rights_v4_Web.pdf)
39. Grahn BE, Borgquist LA, Ekdahl CS. Rehabilitation benefits highly motivated patients: a six-year prospective cost-effectiveness study. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20:214-21. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15209181/>
40. Grandstaff, M., & Lyons, D. (2012). Impact of a continence training program on patient safety and quality. *Rehabilitation Nursing*, 37(4), 180–184. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22744990/>
41. Green, T., Kelloway, L., Davies-Schinkel, C., Hill, M., & Lindsay, P. (2011). Nurses' accountability for stroke quality of care: Part one: Review of the literature on nursingsensitive outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(3), 13–21. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22338209/>
42. Gutenbrunner C, Stievano A, Nugraha B, Stewart D, Catton H. Nursing – a core element of rehabilitation. *Int Nurs Rev* 2021 Jan 28. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12661>
43. Gutenbrunner, C., et al. (2018) Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50 (4), 317–325. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28383089/>
44. Gutenbrunner, C., Meyer, T., Melvin, J. & Stucki, G. (2011) Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43 (9), 760–764. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21874211/>
45. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 4*. UK: John Wiley & Sons Ltd; 2004. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11869581/>

46. Gwinn, J. (2008). An investigation into rehabilitation nursing of children in pediatric rehabilitation settings. *Journal Australian Rehabilitation Nurses Association*, 11(4), 11–14. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17291324/>
47. Hadders-Algra M. General movements: a window for early identification of children at high risk for developmental disorders. *The Journal of Pediatrics*, 2004,145. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15292882/>
48. Hall, H., et al. (2018) Registered Nurses' communication about patients' use of complementary therapies: A national survey. *Patient Education and Counseling*, 101 (8), 1403–1409. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29550294/>
49. Havrilla E. Rehabilitation concepts for the acute care nurse. *Madridge J Nursing* 2017; 2: 72–75. URL: <https://madridge.org/journal-of-nursing/mjn-1000113.php>
50. International Council of Nurses (2019) Nursing, Global health and delivering universal health coverage. URL: <https://www.icn.ch/node/1453>
51. International Council of Nurses. (2020) Nursing definitions. ICN, Geneva. URL: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
52. Jacelon, C. Health care, rehabilitation, and rehabilitation nursing. In C. Jacelon (Ed.), *The specialty practice of rehabilitation nursing: A core curriculum*. 2011 pp. 3–14. Glenview, IL: Association of Rehabilitation Nurses. URL: <https://profiles.umassmed.edu/display/132755>
53. Jesus, T. S., Landry, M. D., & Hoenig, H. (2019). Global need for physical rehabilitation: systematic analysis from the global burden of disease study 2017. *International journal of environmental research and public health*, 16(6), 980. URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/6/980>
54. Kaye, D.R., et al. (2020) The feasibility and impact of a pre-surgical exercise intervention program (prehabilitation) for patients undergoing cystectomy for bladder cancer. *Urology*, 145, 106–112. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32739310/>
55. Kearney, P.M. & Lever S. (2010) Rehabilitation Nursing: invisible and underappreciated therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17 (8), 394–395. URL: [https://www.researchgate.net/publication/235930789\\_Rehabilitation\\_nursing\\_Invisible\\_and\\_underappreciated\\_therapy](https://www.researchgate.net/publication/235930789_Rehabilitation_nursing_Invisible_and_underappreciated_therapy)
56. Khan F et al. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2007. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17443610/>
57. Koc, A. (2012) Rehabilitation nursing: applications for rehabilitation nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 5 (2), 80–86. URL: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/2.Rehabilitation%20Nursing.pdf>

58. Korner, M., Ehrhardt, H., & Steger, A. (2013). Designing an interprofessional training program for shared decision making. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 146–154. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23151149/>
59. Krauth C, Hessel F, Klingelhöfer HE, Schwelkert B, Hansmeier T, Wasem J. [Health Economic Evaluation of Rehabilitation Programmes in the “Rehabilitation Science” Research Funding Programme in Germany]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2005;44:297-306. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16208593/>
60. Krug E, Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(2):153–4. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28250526/>
61. Kuper, H.; Hanefeld, J. Debate: Can we achieve universal health coverage without a focus on disability? *BMC Health Serv. Res.* 2018, 18, 738. URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3547-2>
62. Lacasse Y et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2006. URL:
63. Larsen, P.D. (2020) Be a champion for nursing. *Rehabilitation Nursing*, 45 (3), 115–116. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25705944/>
64. Laskowski-Jones, L. (2012). Advocacy-strengthening the foundation of caring. *British Journal of Nursing*, 2(16), 955. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23123648/>
65. Le Danseur, M., et al.(2019) Music as a therapy to alleviate anxiety during inpatient rehabilitation for stroke. *Rehabilitation Nursing*, 44 (1), 29–34. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30601431/>
66. Learning disabilities and young children: identification and intervention [Fact sheet]. New York, National Joint Committee on Learning Disabilities, 2006 URL: [http://www.ldonline.org/article/Learning\\_Disabilities\\_and\\_Young\\_Children%3A\\_Identification\\_and\\_Intervention?theme=print](http://www.ldonline.org/article/Learning_Disabilities_and_Young_Children%3A_Identification_and_Intervention?theme=print)
67. Legh Smith JA, Denis R, Enderby PM. Selection of aphasic stroke patients for intensive speech therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987;50:1488-92. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3694208/>
68. Llewellyn G et al. Development and psychometric properties of the Family Life Interview. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2010,23:52-62. URL: [https://www.research.lancs.ac.uk/portal/en/publications/development-and-psychometric-properties-of-the-family-life-interview\(1a3ce4c3-1506-47ff-8f0a-8902b7a5b158\).html](https://www.research.lancs.ac.uk/portal/en/publications/development-and-psychometric-properties-of-the-family-life-interview(1a3ce4c3-1506-47ff-8f0a-8902b7a5b158).html)
69. Marti, J.D., McWilliams, D. & Gimeno-Santos, E. (2020) Physical therapy and rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients admitted to the intensive care unit.

- Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, 41 (6), 886–898. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32725615/>
70. Martin J, Meltzer H, Eliot D. Report 1; The Prevalence of Disability among Adults. Office of Population, Census and Surveys, Social Survey Division. OPCS Surveys of Disability in Great Britain, 1988- 89. London: HMSO; 1988. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059957/pdf/jepicomh00198-0046.pdf>
71. Mawson, S., Nasr, N., Parker, J., Zheng, H., Davies, R., & Mountain, G. (2014). Developing a personalized selfmanagement system for post-stroke rehabilitation; utilizing a user-centred design methodology. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*, 9(6), 521–528. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24131371/>
72. Mazaux JM, De Seze M, Joseph PA, Barat M. Early rehabilitation after severe brain injury: a French perspective. *J Rehabil Med* 2001;33:99-109. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11482356/>
73. Melin R, Fugl-Meyer AR. On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. *J Rehabil Med* 2003;35:284-9. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14664319/>
74. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *J Rehabil Med* 2011; 43: 765–769 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21826389/>
75. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010. 110 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
76. Munro, J., Angus, N., & Leslie, S. (2013). Patient focused internet-based approaches to cardiovascular rehabilitation-a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19 (6), 347–353. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24163299/>
77. Neumann, V., et al. (2010) Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42 (1), 4–8. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20111837/>
78. O'Connor, S., et al. (2020) Professionalism in a digital and mobile world: A way forward for nursing. *Journal of Advance Nursing*, 76 (1), 4–6. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31588582/>
79. Orem, D.E. (1995). *Nursing concepts of practice* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book. URL: [https://www.scirp.org/\(S\(vtj3fa45qm1ean45vffcz55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1595951](https://www.scirp.org/(S(vtj3fa45qm1ean45vffcz55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1595951)

80. Orem, D.E. (2001) *Nursing: Concept of practice*. Mosby, St. Louis, MO (6th ed.) URL: [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqw2orz553k1w0r45\)\)/reference/referencespapers.aspx?referencid=2384115](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqw2orz553k1w0r45))/reference/referencespapers.aspx?referencid=2384115)
81. Overview of Early Intervention. Washington, National Dissemination Center for Children with Disabilities, 2009. URL: <http://www.nichcy.org/babies/overview/Pages/default.aspx>
82. Parola V, Coelho A, Neves H, Cardoso D, Almeida M, Cruz A, Apóstolo J. Palliative rehabilitation interventions in palliative care: a scoping review protocol. *JBIE Evidence Synthesis*. 2020 Nov 1;18(11):2349-56. URL: <https://europepmc.org/article/med/32925394>
83. Perazzo, J.D., Webel, A.R., McGough, E. & Voss, J. (2018) People living with HHIV: implications for rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing*, 43 (3), 167–173. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29710061/>
84. Pierce, L. (2007). Evidence-based practice in rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing*, 32(5), 203–209. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17899991/>
85. Pradat-Diehl P, Azouvi P. *Fonctions executives et rééducation*. Paris: Masson; 2006. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/51341321.pdf>
86. Pryor, J., & Buzio, A. (2010). Enhancing inpatient rehabilitation through the engagement of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 978–987. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20337804/>
87. Quintard B, Croze P, Mazaux JM, Rouxel L, Joseph PA, Richer E et al. Life satisfaction and psychosocial outcome in severe traumatic brain injuries in Aquitaine. *Ann Readapt Med Phys* 2002;45:456-65. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12490334/>
88. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning Disability and health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical Rehabilitation Medicine*, 2008,44:439-442. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18762742/>
89. Rehabilitation 2030 – a call for action. Background paper: Rehabilitation: Key for health in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: [https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/keyforhealth21stcentury.pdf?sfvrsn=43cebb7\\_5](https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/keyforhealth21stcentury.pdf?sfvrsn=43cebb7_5)
90. Rehabilitation 2030 – a call for action. Background paper: The need to scale up rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/rehab2030meetingreport\\_plain\\_text\\_version.pdf?sfvrsn=891ff06f\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/call-for-action/rehab2030meetingreport_plain_text_version.pdf?sfvrsn=891ff06f_5)

91. Rehabilitation and integration of people with disabilities: policy and integration. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2003. 7th ed. p. 369. URL: <https://rm.coe.int/16805a2a15>
92. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506>
93. Rethnam, V., et al. (2020) Early mobilisation post-stroke: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Disability and Rehabilitation*, 16, 1–8. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32673130/>
94. Riegel, B. & Dickson, V.V. (2008) A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (3), 190–196. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18437059/>
95. Riegel, B., Jaarsma, T. & Stromberg, A. (2012) A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35 (3), 194–204. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22739426/>
96. Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C.S. & Stromberg, A. (2019) Integrating symptoms Into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 42 (3), 206–215. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30475237/>
97. Rimmer, J.H., & Rowland, J.L. (2008). Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2 (5), 409–420. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10331753/>
98. Roberts G et al. Rates of early intervention services in very preterm children with developmental disabilities at age 2 years. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2008,44:276-280. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.2007.01251.x>
99. Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N., Reynolds, N., & Whittlemore, R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22551013/>
100. Shimizu Y. Rehabilitation. World Health Organization. 2020. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
101. Smeltzer, S.C. (2010). Improving health and wellness of people with disabilities. In J.H. Stone, & M. Blouin, (Eds.). *International encyclopedia of rehabilitation*. URL: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/300/>
102. Spasser MA, Weismantel A. Mapping the literature of rehabilitation nursing. *J Med Libr Assoc* 2006. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463035/>

103. Steiner, W., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*, 82(11), 1098–1107. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12405874/>
104. Stucki G et al. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disability and Rehabilitation*, 2005,27:353-359. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16040536/>
105. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med*. 2017. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28140419/>
106. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(1):134-8. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28118696/>
107. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2007,39:279-285. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17468799/>
108. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002;24:932-8. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12523361/>
109. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH editors. *Rheumatology*. 3rd ed. Vol. 1. Edinburgh: Mosby; 2003. p. 517-30. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11092800/>
110. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part II: Conceptual descriptions and domains for research. *Journal of Rehabilitative Medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2007,39:299-307. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17468802/>
111. Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadowski M, Berleth B, Smolenski U. [General early rehabilitation] *Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2002;12:146-56. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16040536/>
112. Stucki G. Rehabilitation medicine in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15:132-3.
113. Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C. & Melvin, J. (2018) Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50 (4), 309–316. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28140419/>



114. Suter-Riederer S, Imhof RM, Gabriel C, Kesselring J, Schnepf W, Imhof L. Consenting on principles of rehabilitation nursing care: a Delphi study. *Rehabil Nurs* 2018. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30395561/>
115. Templeton J. Organising the management of life-threatening injuries. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:3-5. URL: <https://boneandjoint.org.uk/article/10.1302/0301-620x.76b1.8300676/pdf>
116. Thompson, G.N., McArthur, J. & Doupe, M. (2016) Identifying markers of dignity-conserving care in long-term care: a modified Delphi study. *PLoS One*, 11 (6). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156816>
117. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16034923/>
118. Turner-Stokes L. The evidence for the cost-effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. *Clin Med* 2004;4:10-2. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14998259/>
119. UEMS Charter on Specialty Training EC Directive 93/16/EEC. Brussels. European Commission; 5 April 1993. URL: <https://cutt.ly/FwtZEL6k>
120. UEMS-PRM-Section: Definition of Physical and Rehabilitation Medicine. URL: [www.euro-prm.org](http://www.euro-prm.org). 2005
121. Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030. URL: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8376&furtherPubs=yes>
122. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, Larsen PD, Rye J, Wintersgill W, et al. The competency model for professional rehabilitation nursing. *Rehabil Nurs* 2016; 41: 33–44. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26395123/>
123. Verplancke D, Snape S, Salisbury CF, Jones PW, Ward AB. A randomised controlled trial of the management of early lower limb spasticity following acute acquired severe brain injury. *Clin Rehabil* 2005;19:117-25. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15759526/>
124. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions—a misguided enterprise? *Clin Rehabil* 2005;19:1-3. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15704502/>
125. Wade DT. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disabil Rehabil* 2003;25:875-81. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12851098/>
126. Warner R. Stroke rehabilitation: benefits of educational initiatives. *Br J Nurs* 2000;9:2155-62. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12271184/>
127. WHO (2017a) Recommendations: Rehabilitation in Health Systems. WHO, Geneva. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506>

128. World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF: Geneva: WHO; 2001. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>
129. World Health Organization (WHO), The World Bank. World report on disability. Geneva: WHO; 2011. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>
130. World Health Organization. Health information systems and rehabilitation. Rehabilitation. 2017. URL:: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354362/WHO-NMH-NVI-17.2-eng.pdf>