

УДК 364.2; 37.013.42

DOI: 10.12958/2227-2844-2020-2(333)-2-260-273

**Остролюцька Лариса Іванівна,**

методист Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; аспірантка кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Інституту Людини Київського університету імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна.

larisasm@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0002-6732-7863>

### **КОНЦЕПЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОНТЕКСТІ СИСТЕМНИХ ІНСТИТУЦІЙНИХ І ІСТОРИЧНИХ ЗМІН**

Після Першої світової війни у суспільстві почав формуватися запит на реабілітацію осіб з інвалідністю, зокрема військових з набутою інвалідністю. Період після Другої світової війни не лише посилив розпочату роботу, а й зафіксував підвищений науковий інтерес до питань реабілітації осіб з інвалідністю, що зумовило створення наукових концепцій та їх осмислення як на рівні індивіда, і суспільства загалом. Наступною хвилею, яка знову активізувала потребу у наукових розробках, постали громадські рухи осіб з інвалідністю за «незалежне життя», що зародилися в 1960-і роки в США в середовищі осіб з важкими формами інвалідності з дитинства. Це вплинуло на зміни в законодавстві і підходах до реабілітації (абілітації) дітей та осіб з інвалідністю всіх видів, ступені інвалідності і вікових груп. Наразі в Україні вже в перші роки її незалежності почала активно розвиватись система реабілітації дітей та молоді з інвалідністю через державний (система чотирьох міністерств) і недержавний (громадські, релігійні, некомерційні організації) сектори. Вона акумулювала у собі світові реабілітаційні концепції різних історичних етапів розвитку наукової думки, що одночасно закріпились як домінуючі в сучасній Україні. Зафіксоване одночасно існування різноманітних підходів з питань реабілітації ускладнює процеси їхньої соціальної інтеграції та інклюзії, обмежуючи тим самим ствердження єдності у баченні системи реабілітаційних послуг та розбудови відповідної соціальної політики. Саме це протиріччя ініціювало написання цієї статті.

Науковий аналіз показав, що державна політика, домінуюча концепція розуміння інвалідності та моделі реабілітації знаходяться у взаємообумовлюючих позиціях. Наразі, згідно домінуючого підходу науковці і спеціалісти виокремлюють різні типи моделей реабілітації осіб з інвалідністю, зокрема О. Беспалько, А. Капська, Е. Холостова – за політичними підходами (медична, соціальна, політико-правова, культурного плюралізму); О. Ярьська-Смірнова – за розвитком змін в

суспільстві (медична, соціальна, політекономічного конструктивізму, політичної/культурної меншини, незалежного життя, людської різноманітності, постмодерністська); О. Красюкова-Енс за ідеологічними чинниками (моральна, благодійна, медична, реабілітаційна, економічна, соціальна, британська, Handikap, культурна, правозахисна). Основні положення міжнародної класифікації як критерії визначення стану здоров'я в реабілітації осіб з інвалідністю досліджувала Е. Макарова (2014), і вказала на залежність приписування (оцінки) інвалідизації від культурних норм, що призводить до варіативності проявів соціальної недостатності людиною з інвалідністю згідно групи перебування часу, місця, становища та ролі (Макарова Е. В., 2014). С. Скорбатюк (2017) досліджував реабілітаційні моделі надання послуг в Німеччині і зазначає, що виходячи із особливостей соціальної політики у кожній державі реалізуються три моделі соціальної реабілітації: ліберальна (англосаксонська модель), соціал-демократична (скандинавська модель), корпоративна (континентальна модель), а в реабілітації осіб з інвалідністю орієнтуються на соціальну і біопсихосоціальну моделі реабілітації (Скорбатюк А., 2017).

Натомість при виокремленні біопсихосоціальної концепції, такої що певним чином інтегрує надбання попередніх історично надбаних моделей, залишаються нерозкритими саме інтеграційні процеси взаємообумовленості історичного та інституційного їх розвитку, що фіксується на рівні кожної країни через систему реабілітаційних послуг та їх конкретне інституційне втілення.

Метою статті було визначення історичних і інституційних аспектів змін у інтеграційному процесі ствердження концепцій реабілітації осіб з інвалідністю. Задачами послугувало визначення а) ключових позицій історичного та інституційного ствердження біопсихосоціальної моделі реабілітації; б) та професійних аспектів при опануванні нею.

**Визначення методики дослідження:** кабінетний аналіз документальної інформації (нормативно-правові акти, які регулюють систему реабілітації, зокрема нормативні документи Всесвітньої організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки, Міністерства соціальної політики, Міністерства молоді і спорту); звіти міністерств, громадських організацій осіб з інвалідністю; монографії, автореферати, збірниках наукових праць, науково-педагогічній періодиці; міжнародних і державних доповідей про становище дітей, осіб з інвалідністю в Україні.

Проведений нами аналіз показав, що актуальна біопсихосоціальна модель реабілітації осіб з інвалідністю включає тлумачення поняття «особа з інвалідністю» та «реабілітація осіб з інвалідністю» і передбачає перехід від реабілітації до процесів відновлення і соціального включення. Цьому сприяло те, що світова спільнота в ХХ столітті пройшла шлях розуміння інвалідності з догляду і лікування до

реабілітації, відновлення і включення: від пацієнта до громадянина. Якщо спочатку мова йшла про права людей з фізичними порушеннями, такими як сліпота, то пізніше ООН зосередила свою увагу на *запобіганні інвалідності й реабілітації*. Діяльність ООН можна тлумачити як таку, що не лише слугує розвитку наукової думки щодо реабілітації осіб з інвалідністю та й посилює шлях людей з інвалідністю від пасивного прийняття надаваних їм послуг до активної заяви про свою силу й упевненість у своїх здатностях і готовності вести незалежне (самостійне) життя в розрахунку тільки на себе (табл.1.).

Таблиця 1.

**Світові тенденції щодо реабілітації осіб з інвалідністю**

1940-х	основою політики щодо хронічно хворих та осіб з інвалідністю були орієнтовані на захист і догляд, так звана <i>концепція альтернативних потреб</i>
1950-х	почала розвиватися <i>концепція інтеграції</i> хронічно хворих та осіб з інвалідністю в звичайне суспільство; особливий акцент було зроблено на навчання, отримання технічних підсобних засобів
1960-і	відбувся перехід до <i>підтримки і реабілітації</i> , розвитку спеціальних шкіл. Результатом стало усвідомлення інвалідності, як по життєвої потреби і відмова від догляду і опіки
Так, завершився підхід до осіб з інвалідністю <i>принцип збереження</i> , який домінував у світі і забезпечував медичну допомогу, догляд у великих закладах і психіатричних лікарнях.	
1970-ті - 1980-ті	зароджується ідея <i>самовизначення і рівних можливостей</i> , максимальної адаптації навколишнього середовища під потреби осіб з порушенням здоров'я та інвалідності, всебічної законодавчої підтримки осіб з інвалідністю у сфері освіти, охорони здоров'я, соціальних послуг і забезпечення трудової діяльності. У зв'язку з цим, стає очевидним, що система медичної реабілітації в дуже великій мірі залежить від економічного розвитку суспільства
1990-і	сформувалась концепція <i>самостійного життя</i> осіб з інвалідністю
2000	<i>розширення прав і можливостей</i>
2006	<i>залучення і створення інклюзивного суспільства</i>

Розглянемо основні моделі реабілітації осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді), які були зафіксовані в міжнародних документах і наразі стали фундаментом концепції розуміння інвалідності і формуванню державних політик щодо осіб з інвалідністю. Згідно цих моделей формувалися реабілітаційні послуги (табл. 2).

Таблиця 2.

**Напрями послуг згідно моделей реабілітації осіб з інвалідністю**

назва моделі	підстава	у центрі уваги моделі	головна ідея	напрями / послуги
Медична	Міжнародна класифікація порушень, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності,	Спеціалісти – члени експертних професійних команд, які проводять діагностику людини з	Сегрегація та інституалізація (утримання в інтернатних закладах, робота на спеціалізованих	Лікування та догляд. Медична реабілітація. Трудова реабілітація для деяких

	ICIDH, (1980); МКХ-10 (1998)? Міжнародна номенклатура порушень, обмежень, соціальної недостатності	інвалідністю (МСЕК, ЛКК, ПМПК (до 2019р), ІРЦ (з 2019р) тощо)	підприємствах)	категорій. Соціальні виплати та пільги, мінімальне соціальне забезпечення
Соціальна	«Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я», 2001	Людини з інвалідністю як соціальна меншина	Інтеграція	Створення центрів реабілітації Підготовка спеціалістів Надання комплексу реабілітаційних послуг
Правова (політична)	Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, 2006	Люди з інвалідністю як громадянин і носій прав	Інклюзія Права і гідність	Створення рівних можливостей: відповідної інфраструктури, законодавства, можливості реалізуватися
Культурного плюралізму	Рухи осіб з інвалідністю	Люди з інвалідністю як різноманіття роду людського	Самостійне життя людей з інвалідністю	Повна участь в житті суспільства: культурному, політичному, економічному тощо
Біопсихосоціальна	Проект глобального плану дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014-2021 рр. МКФ (2001) МКФ - ДП, (2006)	Структурні порушення; чинники навколишнього середовища; особистісні фактори	Власна відповідальність Інклюзія	Об'єднані під індивідуальні потреби особи в міждисциплінарному підході в інтерактивній динаміці

Наразі світова сучасна система переважно базується на правовій і біопсихосоціальній моделі інвалідності. Так, у країнах Європейського союзу система реабілітації передбачає отримання людьми з інвалідністю системи послуг за місцем проживання у рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров'я. Прикладом цього може бути започаткована ВООЗ міжнародна програма «Реабілітація на рівні громади», яка інтегрує такі напрями: здоров'я, освіта, самозабезпечення, соціальні питання, просування прав і можливостей (Всесвітня

Організація Охорони Здоров'я, 2010). Слід відзначити, що впровадження біопсихосоціальної моделі, як і попередніх моделей, базується на підґрунті професійних знань, чому слугує різні класифікаційні системи, зокрема Сімейство міжнародних класифікаторів ВООЗ (WHO-FIC) (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 2019):

- 1989 – Міжнародний класифікатор хвороби (МКХ-10, ICD);
- 2019 – Міжнародний класифікатор хвороби (МКХ-11, ICD), вступає в дію 1 січня 2022;
- 2001 – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності (інвалідності) і здоров'я (МКФ, ICF); попередня версія: 1980 – Міжнародна класифікація ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (МКП, International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICIDH);
- 2006 – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП);
- 2016 – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП, ICF-CY, Children & Youth Version 2017), Резолюція ВООЗ – 2012 (оновлена версія не ввійшла в роботу із-за етичних сперечань і злилась з попереднім варіантом);
- 2002 – Графік оцінки інвалідності ВООЗ 2.0 (WHODAS 2.0);
- 2018 – Міжнародна класифікація медичного втручання, 2-е видання (СІНІ-2).

Також в цьому контексті можуть використовуватися інші класифікації:

- Міжнародна класифікація хвороб з онкології, 3-е видання (ICD-O-3);
- МКБ-10. Класифікація психічних і поведінкових розладів: клінічні описи і рекомендації;
- МКБ.10. Класифікація психічних і поведінкових розладів: діагностичні критерії для досліджень;
- Міжнародного класифікатора хвороб в неврології (ICD-10-NA);
- Міжнародного класифікатора хвороб в стоматології, 3-е видання (ICD-DA);
- а також, родинні класифікації:
  - Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги, 2-е видання (ICPC-2);
  - Міжнародна класифікація зовнішніх причин травм (ICECI);
  - Допоміжні засоби для осіб з інвалідністю. Класифікація та технології (IS9999);
  - Система анатомо-терапевтичної хімічної класифікації з певними добовими дозами (АТС / DDC);
  - Міжнародна класифікація сестринської справи (ICNP).

Аналіз показав, що застосування біопсихосоціальної моделі передбачає зміну парадигми з позиції «медицини хвороби» на позиції «медицину здоров'я» (табл. 3.).

Таблиця 3.

**Зміна парадигми з медицини хвороби на медицину здоров'я  
(за Андріано Мілані-Сравенті і Людвіг Отто-Розер, 1987):**

позиції «медицина хвороби»	позиції «медицина здоров'я»
фокус на дефекті	фокус на компетенціях
фокус уваги на соматичному стані, як предметі лікування: хвора людина, особа з інвалідністю, особа після медичного втручання	фокус уваги на соціальний стан: громадянин
медикаментозне лікування	соціальні послуги, турбота
інституційні послуги засобом створення відділень	інституційні послуги на основі комплексного підходу
орієнтація на реальний час: модель спільних дій; рефлексії; тести; етапи втручання	орієнтація на майбутнє: моделі структурної дії; цілісність особи у відношенні до його фізичного і соціального оточення
реактивність: робота в системі стимул/реакція	проактивність: діалог, спостереження, пошук творчих рішень
негативна семіотика	позитивна семіотика
оцінка та скринінги патології, аналітичне придбання	оцінка та скринінги здоров'я, структурні придбання
профілактика захворювань, корекція дефекту	зміцнення здоров'я
в реабілітації	
ізоляція, сегрегація, компетентність лікаря	соціальне включення, досвід, компетентність

Практика показала, що такий історично обумовлений перехід вимагає здійснення системних та інституційних змін у наданні реабілітаційних послуг особам з інвалідністю. Україна приєднавшись до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю взяла на себе відповідальність щодо їх впровадження. На цей час в Україні прийнято ряд законів і нормативів щодо реабілітації осіб з інвалідністю. Згідно законодавства України концепція реабілітації включає такі напрямки як: медичний, фізичний, психологічний, професійний, трудовий, соціальний, психолого-педагогічний та фізкультурно-спортивний, що, наразі, реалізується у тому числі і для дітей та молоді (Верховна Рада України, 2005; Організація Об'єднаних Націй, 2019).

Науковий аналіз, згідно даних ВООЗ, вказав, що мінімізації ризиків інвалідизації слугують всі три рівні профілактики: так, *первинна профілактика* спрямована на раннє виявлення дітей, які потребують реабілітації і втручання, інвестиції в ранню діагностику, лікування, та реабілітацію, а також соціальну адаптацію. Тоді значна частина цих дітей зможе своєчасно отримати допомогу, зменшити ризики інвалідизації. *Вторинна профілактика* представляє собою лікування наявних

патологічних станів з метою усунення або зниження їх впливу на самостійне життя чи адекватної підтримки людини, посилення якості життя засобами реабілітації. *Третина профілактика* має на меті не допустити поширення наслідків вже існуючих патологічних станів і розладів та запобігти обмеженню активності суб'єкта і сприяти його незалежності, участі і інклюзії (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 2010). *Принципи* з послідовної і глобальної політики підтримки осіб з інвалідністю та осіб, яким загрожує небезпека отримати інвалідність є закладені нормативними документами і такими, що спрямовані на профілактику або усунення інвалідності, запобігання її погіршення, ствердження пом'якшення її наслідків, гарантію особам з інвалідністю активної їх участі в житті суспільства та отримання допомоги для того, щоб вони могли жити незалежно тощо.

А. Капська (2003) засвідчує, що надання різних видів реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю мають опиратися на наступні принципи, а саме: 1) реабілітація є результатом впливу на особистість, її окремі психічні і фізичні функції (відношення, активізація); 2) реабілітація є наступним етапом після адаптації (приспособування компенсаторних здібностей); 3) реабілітацію дитини не можна розглядати при відмежуванні її від сім'ї, яка зобов'язана сприяти реабілітаційним можливостям; 4) реабілітація – неперервний, але обмежений у часі процес, протягом якого мають з'явитися нові якості дитини; 5) реабілітація має спрямованість, специфіку для кожного вікового етапу (Капська А. Й., 2003).

Важливим в опануванні біопсихосоціальної моделі є врахування *системного сімейно-орієнтованого підходу*, що був запропонований американським науковцем М. Селігманом. Просування цього підходу сприяло те, що в 1980-х роках в навчальні програми підготовки медичних сестер і соціальних працівників були включені навчальні програми з технологій сімейного втручання, сімейних систем. С. Селігман (Селігман М. & Дарлинг Р., 2009) сімейні системи описує через динамічний процес, в якому задіяні всі члени сім'ї: якщо професійний вплив здійснюється на одного члена сім'ї, це вплине на всіх інших. Автор наголошує на важливості врахування у технології сімейного втручання наступних компонентів при роботі з сім'єю: 1) структура сім'ї (характеристика складу сім'ї, культурний стиль, ідеологічний стиль), 2) сімейна взаємодія (підсистеми: чоловік-дружина, батьки-діти, діти-діти, сім'я-родичі-друзі-спеціалісти; згуртованість і пристосовність; комунікація), 3) функції сім'ї (економічна, господарська, дозвілля, соціалізація, самоідентичність, прихильність, освіта/кар'єра), життєвий цикл сім'ї і інвалідність дитини (народження дитини/молодший шкільний вік, шкільний вік, підлітковий вік, дорослішання, пост батьківська стадія), 4) етапи розвитку і криз сім'ї. Соціально-екологічна модель (еко-карта сім'ї) дає спеціалістам більш ширше розуміння внутрішніх зв'язків і зовнішніх впливів на сім'ю на

мікро-, екзо- та макрорівнях системи. Це дозволяє більш ефективно спрямовувати соціальну підтримку і втручання і реалізувати надання реабілітаційних послуг її членам, чому найкраще слугує біопсихосоціальна модель.

Ще один поширений у реабілітаційній роботі «клієнто-орієнтований» підхід теж ратує за вирішення проблем з врахуванням найближчого оточення клієнта, тобто на місцевому рівні. Цей підхід заперечує думки, що «вищі органи» краще знають, які необхідно здійснювати втручання ніж самі користувачі. Для постачальників послуг принцип участі користувачів має важливе етичне спрямування і пріоритет «Нічого про нас без нас», яка вимагає, щоб постачальники послуг ставились до користувачів послуг як до покупців або клієнтам. Дана концепція розглядає користувачів послуг як партнерів в процесі надання послуг, створює коаліції постачальників послуг з організаціями користувачів послуг для лобіювання створення необхідних послуг і підвищення їх якості. Він наголошує на оптимізації участі користувачів послуг в розробці стратегії і в структурі управління постачальників послуг. «Клієнто-орієнтований» підхід має наснажуючий вплив і надає право клієнту управляти індивідуальним бюджетом або прямими виплатами з метою купівлі необхідної послуги згідно індивідуального вибору. Розробники однозначно наголошують, що особи з інвалідністю повинні бути представлені на урядовому рівні на рівні держави і у всіх ключових комітетах і радах, які приймають рішення в сфері політики людей з інвалідністю.

На думку А. Кунцевська (2019) у контексті біопсихосоціальної моделі соціальне відновлення має реалізуватись на основі *особистісно-орієнтованої допомоги*. Автор визначає орієнтованість на людину ключовим у її принциповій розбудові: повага та інтеграція індивідуальних відмінностей при наданні послуг: розуміння отримувача як унікальної особистості з її особливостями, потребами, цінностями, переконаннями, уподобаннями; гнучкість, що передбачає надання послуг, чутливих до змін у потребах і бажаннях отримувачів. Ця модель відмовляється від підходу, де спеціалісти вирішують за людину її долю, стверджуючі отримувача послуги експертом власної ситуації і пережитого досвіду (Кунцевська А., 2019).

У цьому контексті слід звернутися до прикладу реабілітації на рівні громади методу CArE – професійному догляду, який спрямований на підтримку процесу поліпшення і підтримки якості життя як людини, так і в суспільстві в цілому. Розроблявся в Нідерландах з 1987 року на основі ідей з США, Великобританії та інших країн, перевагою цього методу є його динамічність: постійно адаптує нові наукові ідеї; розробляє додатки для конкретних груп; має широку теоретичну і доказову базу, використовується в ряді європейських країн і країн центральної Азії. Метод був представлений під час семінару в Києві в лютому 2017 року одним із засновників Жаном Пьером Вилкенем. Він складається з нових



підходів в питаннях розвитку, де реабілітація заміщується відновленням і спрямовується включенням в громаду людей з ментальною і інтелектуальною інвалідностями. Автор стверджує, що відновлення має кілька значень. Це може бути наступний після хвороби процес одужання, подолання негативного досвіду або ж досягнення більш високої самооцінки і самовпевненості. Частина відновлення – це повернення в осмислене, звичайне життя. Це стосується великої кількості людей по всьому світу, які зазнали серйозні проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям. Користувачі поділяють процес відновлення індивідуальним шляхом. Послуги не можуть «принести» відновлення, вони можуть тільки його підтримати. Підхід, заснований на відновленні, значно відрізняється від традиційного підходу до розвитку сфери душевного здоров'я. Особисті відносини і їх тривалість мають важливе значення в процесі відновлення. Для ствердження моделі біопсихосоціальної реабілітації важливо підкреслити його відмінності від традиційного підходу, що надаємо у табл. 4.

*Таблиця 4.*

**Аналіз підходів, заснованих на відновленні особистості з інвалідністю (Метод CARE)**

<i>критерії</i>	<i>традиційний підхід</i>	<i>підхід, заснований на одужанні</i>
Цінності і розподіл влади	(показні) вільні від цінностей відповідальність фахівця орієнтація на контроль влада над людиною	засновані на цінностях  особиста відповідальність орієнтація на вибір активізація запасів сил людини
Основні поняття	наукова патографія психопатологія діагноз лікування персонал і пацієнти	гуманістична біографія досвід розладу значення для людини зростання і розкриття людини експерти на основі навчання та експерти на основі досвіду
Наукова база	контрольовані випробування, засновані на випадковому виборі систематичні огляди незалежність від контексту	обґрунтування особистими історіями  використання рольових моделей облік соціального контексту
Діючі послуги	опис у центрі уваги розлад заснована на хворобі орієнтована на зменшення негативних випадків індивід пристосовується до програмі винагороджує пасивність і підпорядкованість координатори-експерти соціального забезпечення	розуміння у центрі уваги людина заснована на силі орієнтована на надію і мрію  постачальник послуг пристосовується до індивіду сприяє діям  самоврядування

Цілі послуг	спрямовані проти хвороби знаходження під контролем підпорядкування повернення до норми	спрямовані на здоров'я самоконтроль вибір зміна
-------------	---	---

Тут важливим є поняття «участі», залучення і послуг (Вілкен Ж. П. & Холландер Д., 2011). Участь означає наступне: участь в діях різних сфер життя, таких як придбання роботи і освіти. Залучення означає, що навколишнє середовище приймає і підтримує людей, які «інші», так, щоб вони були повноцінними членами громади, поважаючи і цінуючи їх відмінності. Залучення є процесом, в ході якого люди і групи людей стають сильними, зростає їхня самовпевненість, самоконтроль та інші якості. Сам процес відновлення можна вважати процесом залучення. Всі стратегії залучення та «будівництва мостів» можуть допомогти в збільшенні рівності. Як з'ясувалося з інтерв'ю з ерготерапевтами, вони використовують різні методи по залученню з метою збільшення самовпевненості у користувачів послуг і створення довірчих відносин. Проекти по залученню спрямовані на вразливих людей в громаді, які хочуть брати участь в процесах, досягаючи тим самим більшої самостійності і зменшуючи почуття самотності і відокремленості. Для досягнення цих цілей люди спілкуються між собою і ними керують волонтери, активні члени суспільства і фахівці. Фахівці та активні громадяни отримують в добавок до підтримки співгромадян від утворилася синергії і особисту користь (наприклад, привласнюють нове значення одному або декількох аспектах свого життя, отримують дохід; вони визнані й шановані, зменшують своє почуття самотності або розвивають ефективні трудові методи). Це користь для них самих на додаток до поваги і честі, яку отримують вразливі соціальні групи в обмін на свою працю. Послуги мають бути «орієнтовані на людину». Це звучить як ходова фраза. Зрозуміло, що послуги придумані для обслуговування тих людей, яких повинні обслуговувати, згідно необхідності і бажанням. Але до сих пір багато послуг піклування є стандартизованими, а не орієнтованими на людину. Щоб отримати доступ до послуг, люди повинні пройти через багато бюрократичні правил. Навіть, якщо ними і отриманий доступ до певних платних послуг, не завжди послуги доступні або ж люди повинні їх довго чекати. Доступність послуг значною мірою залежить від різних установ, співпраці між фахівцями, особистих ресурсів і особливостей регіону.

Напрацьовані у попередніх реабілітаційних моделях (правова, медична, соціальна) професійні надбання мають бути інтегровані у новому біопсихосоціальному підході на основі їх переосмислення. Це стосується 1) професійних класифікаційних систем, що мають ґрунтуватися на підходах «медицини здоров'я»; 2) принципів застосування профілактичних рівнів, а також сімейно-орієнтованого та клієнтсько-орієнтованого підходів; 3) пріоритетності скерованості на

процеси відновлення і включення дітей та молоді з інвалідністю в суспільство.

Врахування історичного, системного та інституційного контексту ствердження біопсихосоціальної моделі реабілітації осіб з інвалідністю розглядається перспективним напрямком подальших досліджень.

### **Список використаної літератури**

- 1. Верховна Рада України.** (2005, Жовт. 6). *Закон № 2961-IV «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні».* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.
- 2. Вілкен Ж. П.,** Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Комплексный подход. Глобальная инициатива в психиатрии, 2011. 296 с.
- 3. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я** (2010). Реабилитация на уровне общины. Руководство РОУ. Вводная информация. URL: <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/>.
- 4. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я** (2019). Семейство международных классификаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). URL: <http://who-fic.ru/>.
- 5. Капська А. Й.** Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. *Навчально-методичний посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів.* Київ: ДЦССМ, 2003. 168 с.
- 6. Кунцевська А.** Моделі соціального відновлення в контексті особистісно-орієнтованої парадигми. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Соціальна робота»* : зб. наук. пр. / голов. ред. Чуйко О. В. Київ, 2019. № 1(5). С. 47-51.
- 7. Макарова Е. В.** Основні положення міжнародних класифікацій як критерії визначення стану здоров'я в реабілітації осіб з інвалідністю. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту.* 2014. №5 С.42-49.
- 8. Організація Об'єднаних Націй** (червень 2019) Стратегія Організації Об'єднаних Націй з включення осіб з інвалідністю. URL: <https://www.un.org/ru/content/disabilitystrategy/>.
- 9. Селігман М.,** Дарлинг Р. *Обычные семьи, особые дети:* [пер. с англ.] – Изд. 2-е. Москва: Теревинф, 2009. 368 с.
- 10. Скорбатюк А.** Реабілітаційні моделі надання послуг в Німеччині. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Соціальна робота»*: зб. наук. пр. / голов. ред. Чернуха Н.М. Київ, 2017. № 2 (2). С. 45-48.

### **References**

- 1. Verkhovna Rada Ukraine** (2005) Zakon № 2961-IV «Pro reabilitatsiiu osib z invalidnistiu v Ukraini» [Law № 2961-IV "On Rehabilitation of Persons with Disabilities in Ukraine"]. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.
- 2. Vilken Zh. P.,** Khollander D. Vosstanovlenye y reabylytatsiya. Kompleksnyi podkhod. [Recovery and rehabilitation. A complex approach] Hlobalnaia unytsyatyva v psykhyatryu, 2011. 296 s.
- 3. Vsesvitnia** Orhanizatsiia Okhorony Zdorovia (2010).

Reabylytatsyia na urovne obshchyny. Rukovodstvo ROU. Vvodnaia ynfornatsyia. [Elektronnyi sait]. Dostupno: <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/>. **4. Vsesvitnia** Orhanizatsiia Okhorony Zdorovia (2019). Semeistvo mezhdunarodnykh klassyfykatsyi Vsemyrnoi orhanyzatsyy zdravookhraneniya (VOZ). [World Health Organization (WHO) family of international classifications.]. Dostupno: <http://who-fic.ru/>. **5. Kapska A. Y.** Sotsialno-pedahohichna robota z ditmy ta moloddu z funktsionalnymy обмежениamy. Navchalno-metodychnyi posibnyk dlia sotsialnykh pratsivnykiv i sotsialnykh pedahohiv. [Social and pedagogical work with children and young people with functional interjugations]. Kyiv: DTsSSM, 2003. 168 s. **6. Kuntsevska A.** Modeli sotsialnoho vidnovlenniia v konteksti osobystisno-orientovanoi paradyhmy. [Models of social vision in the context of a special-paradigm paradigm]. Visnyk Kyivskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka «Sotsialna robota» : zb. nauk. pr. / holov. red. Chuiko O. V. Kyiv, 2019. № 1 (5). S. 47-51. **7. Makarova E. V.** Osnovni polozhenniia mizhnarodnykh klasyfikatsii yak kryterii vyznachenniia stanu zdorovia v reabilitatsii osib z invalidnistiu. [The main position of the international classification criteria is that I will become healthy in the rehabilitation of the disabled.]. Pedahohika, psykholohiia ta medyko-biolohichni problemy fizychnoho vykhovanniia i sportu. 2014. №5. S.42-49. **8. Orhanizatsiia** Obiednanykh Natsii (cherven 2019) Stratehiia Orhanizatsii Obiednanykh Natsii z vkluchenniia osib z invalidnistiu. [United Nations strategy for the inclusion of persons with disabilities.]. Dostupno: <https://www.un.org/ru/content/disabilitystrategy/>. **9. Selihman M., Darlynh R.** Обычные семьи, особые дети. [Ordinary families, special children]. Yzd. 2-e. Moskva: Terevynf, 2009. 368 s. **10. Skorbatiuk A.** Reabilitatsiini modeli nadanniia posluh v Nimechchyni. [Rehabilitation models of service provision in Germany.]. Visnyk Kyivskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka «Sotsialna robota» : zb. nauk. pr. / holov. red. Chernukha N.M. Kyiv, 2017. № 2 (2). S. 45-48.

**Остролуцька Л. І. Концепції реабілітації в контексті системних, інституційних та історичних змін**

У статті стверджується, що становлення концепцій реабілітації осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді) опирається на історичний розвиток та має системне й інституційне підґрунтя. На основі кабінетного аналізу наукових, інформаційно-статистичних та державно-установчих публічних джерел та документів у статті розкриваються різні аспекти процесу становлення біопсихосоціальної моделі у наданні реабілітаційних послуг особам з інвалідністю. Доводиться, що напрацьовані у попередніх реабілітаційних моделях (правова, медична, соціальна) професійні надбання мають бути інтегровані у новому біопсихосоціальному підході на основі їх переосмислення. Це стосується 1) професійних класифікаційних систем, що мають ґрунтуватися на підходах «медицини здоров'я»; 2) принципів застосування

профілактичних рівнів, а також сімейно-орієнтованого та клієнтсько-орієнтованого підходів; 3) пріоритетності скерованості на процеси відновлення. Врахування історичного, системного та інституційного контексту ствердження біопсихосоціальної моделі реабілітації осіб з інвалідністю розглядається перспективним напрямком подальших досліджень.

*Ключові слова:* концепції реабілітації, моделі реабілітації, діти та молодь з інвалідністю, соціальна педагогіка, соціальна робота.

**Остролуцкая Л. И. Концепции реабилитации в контексте системных, институциональные и исторических изменений**

В статье утверждается, что становление концепций реабилитации лиц с инвалидностью (в том числе детей и молодежи) опирается на историческое развитие и имеет системные и институциональные основы. На основе кабинетного анализа научных, информационно-статистических и государственно-учредительных публичных источников и документов в статье раскрываются разные аспекты процесса становления биопсихосоциальной модели в предоставлении реабилитационных услуг лицам с инвалидностью. Приходится, что наработанные в предыдущих реабилитационных моделях (правовая, медицинская, социальная) профессиональные достижения могут быть интегрированы в новом биопсихосоциальном подходе и переосмыслены. Это касается 1) профессиональных классификационных систем, что основываются на подходах «медицины здоровья»; 2) принципов профилактики инвалидности, а также семейно-ориентированного и клиентско-ориентированного подходов; 3) приоритетности на процессы восстановления. Учет исторического, системного и институционального контекста утверждения биопсихосоциальной модели реабилитации лиц с инвалидностью рассматривается перспективным направлением подальших исследований.

*Ключевые слова:* концепции реабилитации, модели реабилитации, дети и молодежь с инвалидностью, социальная педагогика, социальная работа.

**Ostrolutska L. Rehabilitation Conceptions in the Context of System, Institutional and Historical Changes**

The paper states, that the formation of conceptions of rehabilitation of people with disability (including children and youth) is based on historical development and has a systematic and institutional subsoil. Based on cybernetic analysis of scientific, statistical and governmental-institutional sources and documents, it was shown different aspects of formation process of biopsycosocial model in provision of services for people with disabilities (incl. children and youth).

It was proven, that the professional achievements, that were developed in previous rehabilitation models (legal, medical, social) should be integrated in the new biopsycosocial approach, based on their rethinking in the context of historical development of each society and with relation to concrete requests of recipients of rehabilitation services. This applies to: 1) professional qualification systems, which should be based not on the approaches of “medicine of illness”, but on approaches of “medicine of health”; 2) principles of applying prophylactic levels, and also the family-oriented approaches; 3) priority of focus on the recovery processes. Also the achievement of the paper is the systematization of existing classification systems, that serve for evaluation and establishment functional limitations for people with disabilities for the objectification of their need in social welfare and provision with the rehabilitation and restorative services.

Taking into consideration the historical, systematic and institutional context of formation of biopsycosocial model of rehabilitation people with disabilities is considering the prospective direction for future researches.

*Key words:* conceptions of rehabilitation, rehabilitation models, children and youth with disability, social pedagogy, social work.

Стаття надійшла до редакції 28.01.2020 р.

Прийнято до друку 01.03.2020 р.

Рецензент – д. п. н., проф. Чернуха Н. М.