

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра туристичного та готельно-ресторанного бізнесу

На правах рукопису

КРАВЕЦЬ ЄЛИЗАВЕТА КОСТЯНТИНІВНА

**СТВОРЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА В СПЕЦІАЛЬНИХ
ЗАСОБАХ РОЗМІЩЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ КП «РІВНЕНСЬКИЙ
ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ»)**

Спеціальність	<u>241</u>	<u>Готельно-ресторанна справа</u>
	(код)	(назва спеціальності)
Освітня програма	<u>Готельно-ресторанна справа</u>	
	(назва)	
Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня	<u>бакалавра</u>	

Науковий керівник:
Сазонець Ігор Леонідович,
доктор економічних наук, професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол засідання кафедри

№ 10 від 10.06.2024

Завідувач кафедри


(підпис)

Тетяна ТЕСЛЕНКО

(ім'я, прізвище)

Нормоконтроль


Наталія СЕРГІЄНКО

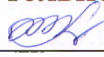
Дніпро, 2024

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра туристичного та готельно-ресторанного бізнесу
Освітній ступінь бакалавр
Спеціальність 241 Готельно-ресторанна справа
Освітня програма «Готельно-ресторанна справа»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри туристичного та
готельно-ресторанного бізнесу

 **Тетяна ТЕСЛЕНКО**
« 02 » 04 2024 року

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
КРАВЕЦЬ Єлизавети Костянтинівни**

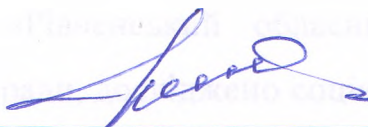
1. Тема роботи: «Створення інклюзивного середовища в спеціальних засобах розміщення (на прикладі КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»).
2. Науковий керівник: доктор економічних наук, професор Сазонець Ігор Леонідович. Затверджені наказом вищого навчального закладу від «01» квітня 2024 року № 22-02
3. Термін подання роботи на кафедру: 10 червня 2024 року
4. Мета кваліфікаційної роботи полягає в обґрунтуванні теоретико-методичних положень та розробки практичних рекомендацій щодо створення інклюзивного середовища в спеціальних засобах розміщення (на прикладі КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»)
5. Завдання кваліфікаційної роботи:
 1. теоретично дослідити розвиток процесу інклюзії та обґрунтувати актуальність її запровадження;
 2. проаналізувати стан інклюзивного середовища в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради;

3. дослідити та запропонувати шляхи створення інклюзивного середовища в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	10.04.2024	виконано
2.	I Розділ	05.05.2024	виконано
3.	II Розділ	25.05.2024	виконано
4.	III Розділ	03.06.2024	виконано
5.	Робота в цілому	10.06.2024	виконано

Науковий керівник _____



Ігор САЗОНЕЦЬ

Здобувач вищої освіти _____



Єлизавета КРАВЕЦЬ

Дата видачі завдання 02 квітня 2024 р.



метадані

Заголовок

Кравець-ГР-11.06.2024 антиплаг

Автор

Науковий керівник / Експерт

Кравець

Сазонець І.Л.

підрозділ

Dnipropetrovsk University of Humanities

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про **МОЖЛИВІ** маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

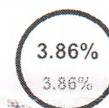
Заміна букв		1
Інтервали		0
Мікропробіли		19
Білі знаки		0

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



КП 1



КП 2

25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2

18186

Кількість слів

143130

Відсоток обсягу

Подібності за списком джерел

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА УНІ (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТИ)	Колір тексту
1	https://ud.org.ua/images/pdf/invalidnist_la_suspilstvo.pdf	262	1.44 %
2	http://reposit.nupp.edu.ua/bitstream/PoltNTU/747711/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%97_2020_%2027.05.doc	110	0.60 %
3	https://urst.com.ua/pro_oboronu/st-9	59	0.32 %
4	https://yaremche.org/files/pages/files/zakon_ukrayini_pro_status_veteraniv_praci_garantiji_vi_h_socialnogo_zahistu_pdf.pdf	57	0.31 %
5	https://urst.com.ua/pro_oboronu/st-9	53	0.29 %
6	https://zt.dsns.gov.ua/files/2020/9/15/18_08_2014.pdf	43	0.24 %

АНОТАЦІЯ

Кравець Є. К. Створення інклюзивного середовища в спеціальних засобах розміщення (на прикладі КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»). 95 с., 4 табл., 8 рис., 55 джерел.

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти «бакалавр з туризму». ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», Дніпро, 2024.

У першому розділі роботи теоретично досліджено розвиток процесу інклюзії та обґрунтовано актуальність її запровадження. Визначено чинники розвитку інклюзивної концепції в сучасному суспільстві, розкрито сутність інклюзії та її основних елементів, досліджено критерії соціального статусу інвалідів та етапи становлення інклюзії в Україні.

У другому розділі роботи проаналізовано стан інклюзивного середовища в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, досліджено соціальну реабілітацію інвалідів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, визначено роль гостинності як складової реабілітації інвалідів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, розглянуто організацію послуг гостинності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» в умовах інклюзії.

У третьому розділі запропоновано шляхи створення інклюзивного середовища в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, виявлено основні проблеми запровадження інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, систематизовано з законодавче забезпечення проходження реабілітації для окремих груп громадян.

Ключові слова: створення, інклюзія, середовище, госпіталь, проблеми, напрями, гостинність

Список публікацій здобувача:

Сазонець І. Л., Кравець Є. К. Визначення елементів інклюзивного середовища: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Теоретико-прикладні проблеми розвитку індустрії туризму та гостинності у конкурентному середовищі», 31 травня 2024 р. Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2024. С.

ABSTRACT

E. Kravets. Creating an inclusive environment in special accommodation facilities (on the example of the Rivne Regional War Veterans Hospital). 95 pp., 4 tables, 8 figures, 55 sources.

Qualification work for obtaining the level of higher education "bachelor in tourism". Dnipro Humanitarian University, Dnipro, 2024.

In the first section of the work, theoretically investigate the development of the inclusion process and substantiate the relevance of its introduction. The factors of the development of the inclusive concept in modern society are determined, the essence of inclusion and its main elements are revealed, the criteria of the social status of the disabled and the stages of the formation of inclusion in Ukraine are investigated.

In the second part of the work, the state of the inclusive environment in the KP "Rivnensky Regional Hospital of War Veterans" of the Rivne Regional Council was analyzed, the social rehabilitation of the disabled in the KP "Rivnensky Regional Hospital of War Veterans" of the Rivne Regional Council was investigated, the role of hospitality as a component of the rehabilitation of the disabled in the KP "Rivnensky Regional Hospital of War Veterans" of the Rivne Regional Council, the organization of hospitality services of the KP "Rivna Regional Hospital of War Veterans" in terms of inclusion is considered.

In the third chapter, ways of creating an inclusive environment in the KP "Rivna Regional Hospital of War Veterans" of the Rivne Regional Council are proposed, the main problems of the introduction of inclusion in the KP "Rivna Regional Hospital of War Veterans" of the Rivne Regional Council are identified, systematization of the legislative provision of rehabilitation for certain groups of citizens.

Key words: creation, inclusion, environment, hospital, problems, directions, hospitality

List of publications of the acquirer:

Sazonets I. L., Kravets E. K. Defining the elements of an inclusive environment: materials of the 2nd International Scientific and Practical Conference "Theoretical and Applied Problems of the Development of the Tourism and Hospitality Industry in a Competitive Environment", May 31, 2024. Dnipro: VNPZ "Dnipro Humanitarian University", 2024. **P.**

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПРОЦЕСУ ІНКЛЮЗІЇ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ЇЇ ЗАПРОВАДЖЕННЯ	11
1.1. Чинники розвитку інклюзивної концепції в сучасному суспільстві	11
1.2. Сутність інклюзії та її основні елементи	19
1.3. Критерії соціального статусу інвалідів та етапи становлення інклюзії в Україні.....	28
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА В КП «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ» РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	37
2.1. Інклюзія та соціальна реабілітація інвалідів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради	37
2.2. Гостинність як складова реабілітації інвалідів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради.....	44
2.3. Організація послуг гостинності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» в умовах інклюзії.....	51
РОЗДІЛ 3. СТВОРЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА В КП «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ» РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	61
3.1. Визначення основних напрямів розвитку інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради	61
3.2. Виявлення основних проблем запровадження інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради	67
3.3. Законодавче забезпечення проходження реабілітації для окремих груп громадян	72
ВИСНОВКИ	83
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ	86
ДОДАТКИ	93

ВСТУП

Актуальність досліджуваної теми. Сучасне суспільство має чітко визначений вектор розвитку в бік все більшої гуманістичної складової. Одним з проявів гуманізму в суспільстві є шанобливе ставлення до проблем людей з обмеженими можливостями, створення середовища, яке є комфортним для їх існування. Вивчення проблем людей з обмеженими можливостями має науковий характер і зумовлено практичними потребами. За даними ВООЗ, близько 15 відсотків населення світу складається з людей з обмеженими можливостями. На жаль з розвитком цивілізації інвалідність населення залишається на постійному рівні або має висхідний тренд. Від 110 до 190 мільйонів дорослих мають значні труднощі у функціонуванні. Значне зростання кількості людей з обмеженими можливостями може створити серйозні економічні, соціальні та психологічні проблеми для держави. Інвалідність є великою проблемою для людей з обмеженими можливостями, а також для суспільства в цілому. Тому ця проблема привертає все більше уваги дослідників, які займаються вивченням цієї соціальної групи. Понад 180 країн, у тому числі Україна, ратифікували Конвенцію про прав інвалідів та зобов'язалися вживати заходів для створення умов для повного залучення цих людей у всі аспекти життя, а також сприяти максимальній реалізації їх фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей.

Сучасний політичний стан існування нашої держави в умовах великомасштабного військового конфлікту робить обрану для дослідження тематику ще більш актуальною. Це пов'язано з великими масштабами отримання поранень військовослужбовцями під час бойових дій та великим ризиками інвалідизації цивільного населення, що мешкає в зонах бойових дій та на території України взагалі. Особливо важливим є створення інклюзивного середовища в лікарняних установах, які спеціалізовано працюють з лікуванням та реабілітацією військовослужбовців. Однією з таких установ є Комунальне підприємство «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни».

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасні науковці різних напрямів науки активно досліджують проблеми, що пов'язані з інклюзією та створення м безбар'єрного середовища. Ґрунтовні наукові дослідження в цій сфері проводять педагоги – в контексті формування нових методів інклюзивного навчання, психологи – в сфері психологічної реабілітації та соціалізації особистості, соціологи – в контексті ставлення суспільства до інвалідів та усуненням дисбалансів в співіснуванні інвалідів та здорових людей, економісти – в контексті організаційних, економічних, фінансових, соціальних питань створення інклюзивного середовища.

Важливі питання дослідження соціальних процесів в готельно-ресторанному бізнесі як передумови формування інклюзивного середовища проводять такі науковці як: І. Антоненко, Л. Безтелесна, Т. Гринько, К. Гудим, О. Дацій, О. Джусов, В. Кожушко, Л. Ліпич, М. Мальчик, М. Мельникова, Н. Мешко, В. Редько, В. Саричев, Г. Тарасюк, С. Хамініч та інші. В своїх працях вони висвітлюють управлінські підходи до організації діяльності санаторно-курортних підприємств, соціальне значення санаторно-курортних підприємств, економіку курортної справи, міжнародні аспекти розвитку курортної справи.

Спеціальні питання наукових досліджень, що поєднують сферу гостинності, охорону здоров'я, медичний туризм, лікувально-оздоровчий туризм, профілактику та реабілітацію захворювань проводили такі науковці як: О. Баб'як, А. Бурачик, О. Вівсянник, В. Воронкова, М. Гакова, В. Джинджоян, І. Зима, І. Сазонець, О. Сазонець, С. Сардак, Т. Тесленко, В. Горянник, О. Ханіна. За участю цих науковців розроблено цілісну концепцію системи охорони здоров'я, яка містить в собі і питання впливу гостинності на процеси якісної профілактики та реабілітації, створення безбар'єрного, інклюзивного середовища.

Мета представленої роботи полягає у формуванні теоретичних передумов та розробки практичних рекомендації створення інклюзивного

середовища в спеціальних засобах розміщення (на прикладі КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»)

Досягнення мети дослідження передбачає розв'язання наступних завдань:

- визначити чинники розвитку інклюзивної концепції в сучасному суспільстві;
- розкрити сутність інклюзії та її основних елементів;
- виявити критерії соціального статусу інвалідів та етапи становлення інклюзії в Україні;
- охарактеризувати стан інклюзії та соціальна реабілітація інвалідів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради;
- розкрити значення гостинності як складової реабілітації інвалідів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради;
- проаналізувати організацію послуг гостинності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» в умовах інклюзії;
- визначити основні напрями розвитку інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради;
- виявити основні проблем запровадження інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради;
- розкрити законодавче забезпечення проходження реабілітації для окремих груп громадян.

Об'єктом дослідження є процес формування теоретичних передумов та розробка практичних рекомендації створення інклюзивного середовища в спеціальних засобах розміщення (на прикладі КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»).

Предмет дослідження теоретичні та практичні дослідження формування теоретичних передумов та розробка практичних рекомендації створення інклюзивного середовища в спеціальних засобах розміщення (на прикладі КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»).

Методологія дослідження. Дослідження засноване на загальних положеннях економічної теорії та менеджменту щодо формування інклюзивного середовища на основі посилення соціальних процесів в суспільстві із застосуванням методів аналітичного дослідження для визначення основних проблем та виявлення основних шляхів створення інклюзивного середовища в лікувально-оздоровчому закладі, що є особливо актуальним в умовах воєнного стану.

У роботі застосовані такі загальнонаукові та конкретні методи досліджень як структурно-логічний аналіз для визначення сутності інклюзії та її основних елементів; історичний – для визначення чинників розвитку інклюзивної концепції в сучасному суспільстві; теоретичного аналізу – для розкриття законодавчого забезпечення проходження реабілітації для окремих груп громадян; математичної статистики – для формування цифрового матеріалу в процесі статистичного дослідження; графічний – для представлення матеріалів в процесі дослідження.

Практичне значення дослідження полягає у визначенні основних напрямів розвитку інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради та виявлення основних проблем запровадження інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради. Ці матеріали можуть бути використанні в практичній діяльності госпіталю.

Інформаційну базу дослідження склали Закони України, нормативні акти, що регулюють сферу інклюзії, монографії, наукові статті з цієї тематики, навчальні посібники та підручники науковців ВНПЗ ДГУ.

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, переліку використаних джерел та додатків. У роботі розміщено 4 таблиці та 8 рисунків. Перелік використаних джерел включає 76 найменувань. Загальний обсяг роботи становить 92 сторінки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПРОЦЕСУ
ІНКЛЮЗІЇ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ЇЇ
ЗАПРОВАДЖЕННЯ

1.1. Чинники розвитку інклюзивної концепції в сучасному

Питання гуманного ставлення до інвалідів та їх інтеграції в суспільство у світовій практиці розвивалося поступово. З давніх-давен соціальна цінність людини визначалася його здатністю брати участь у виробництві матеріальних цінностей. Європейська реформа, розвиток університетів, повага до особисті, її свободи, виокремлення окремих класів. Привернули увагу до проблем інвалідів. Ідеї гуманізму, які проповідував французький просвітитель Ж. Ж. Руссо і його твердження, що всі люди рівні за своєю природою і тому більшість безнадійних інвалідів мають право на творчість та рівні умови життя, завдали першого удару до панівної концепції корисності особистості для суспільства. Однак ще кілька століть багатовікова концепція тілесної "нормальності" продовжувала займати привілейовані позиції панівної влади в контексті ставлення більшості «здорових» людей до «нездорової» меншості.

Однак ця ідея компенсувала відсутність органічного розуміння штучності побудови норми тіла. Вона була відсутня у феноменології першої половини ХХ ст. і не могла перешкоджати фізичному знищенню людей з обмеженими можливостями в нацистській Німеччині під час Другої світової війни. Домінування концепції індивідуальної корисності для суспільства призвели до того, що пацієнти психіатричних клінік, люди похилого віку та діти-інваліди стали одними з перших жертв процесу «очищення арійської раси». Масштаби винищення расових та ідеологічних «інших» були настільки безпрецедентними, що змусили суспільство усвідомити власну незахищеність. Тому відповіддю на виклики нової епохи стало теоретичне обґрунтування досліджень інвалідності і новий виток у розвитку філософії. Огида світової

спільноти до ідей Гітлера, його ідеї надлюдини допомогла зміцнити моральний фактор необхідності допомоги інвалідам.

Основні Державні програми в Західній Європі, США та деяких інших країнах спрямовані на забезпечення захисту та догляду за людьми з обмеженими можливостями. Перемога гуманізму та культурної терпимості до антигуманної ідеології «надлюдини» в на Західному світі, втілений в образі Франкліна Делано Рузвельта – американського президента в інвалідному візку.

У післявоєнний період, як частина мультикультурного руху за соціальну рівність, ставлення до «інвалідності» почало змінюватися: негативні конотації та сприйняття людини як «нікчемної, непотрібної, інваліда» замінено нейтральною семантикою «інвалід» або навіть позитивним визначенням – «людина з особливими потребами». Поступово це увійшло в громадську свідомість як концепція реабілітації. Ця концепція згідно з формулюванням Всесвітньої організації охорони здоров'я, означає "активний процес, спрямований на досягнення повного відновлення здоров'я, пошкодженого хворобою або травмою, або відновлення окремих функцій організму». У відповідності до державних програм це означало спрямованість на допомогу людям з обмеженими можливостями отримати те, що їм потрібно для життя, зокрема, різноманітні технічні засоби і створення умов для їх освіти та соціалізації.

Однак поняття реабілітації поки це означало визнання інваліда повноцінною людиною, оскільки не ставило завдання інтеграції інвалідів із суспільством. Практичне значення може мати аналіз інформації щодо систематизації досвіду інклюзії людей з інвалідністю в інших країнах всередині ХХ століття в деяких країнах світу: США, Великій Британії, Франції. Участь США у 1940-х роках у військових діях на другому фронті Світової війни в Європі, Південно-Східній Азії, Тихому океані було причиною загибелі понад 400 тис. людей, і ще більшої кількості інвалідів з ураженням опорно-рухового апарату, зору та слуху. Проблема допомоги ветеранам-

інвалідам, з якою стикнулася адміністрація США, була ще жорсткішою, від того, що раніше вона не мала зобов'язань щодо підтримки ветеранів та інвалідів Першої світової війни. З властивою будь-якій бюрократичній інституції повільністю американська адміністрація почала розробляти «медичну» модель інвалідності, безсумнівно важливу, але абсолютно недостатню для повноцінного соціального життя, а разом з тим і компенсації цілого ряду вад інвалідності.

Американські музеї почали тестувати технології арт-терапії: «дотикові» екскурсії, залучення жестових гідів, які знають мову жестів, проведення занять у музейних просторах образотворчого мистецтва, цикл лекцій для інвалідів тощо індивідуальних спроб подолання бар'єрів у спілкуванні між людьми з обмеженими можливостями та рештою суспільства. Експерименти з соціальної інклюзії осіб з інвалідністю зумовили подальші позитивні зміни у «здорових» стосунках від більшості до меншості інвалідів. Слід зазначити, що ця медична модель інвалідності існувала і в нашій країні. Розглядаючи інвалідність як порушення функцій організму, так і самої людини в цілому, пасивна і залежна від професіоналів радянська держава формувала і підтримувала суспільні стереотипи про неможливість повноцінного існування цієї категорії населення. У цьому сенсі доля простих (не «культових») інвалідів в СРСР була особливо трагічною. У післявоєнний час держава-переможниця підносить авіаційні подвиги О. П. Маресьєва, епопею життя письменника М. Островського, але легко забуває про права звичайних інвалідів: їх примусово виселяли з центральних міст на околиці, позбавляли доступу до повноцінного життя, збираючи в інтернатах, виправних школах і фактично тримали під замком у житлових будинках, які не були пристосовані до їхніх потреб. Утилітарний підхід до людини в цілому, радянська «економна» економіка та відсутність адаптивного середовища спрямували життя інвалідів у русло зручне для держави, але не для самих інвалідів. Ізоляція цієї категорії населення зростала з кожним новим поколінням, яке виростало в умовах

ідеологічно безхмарного радянського життя, нетерпимості та упередженого ставлення до всіх меншин.

У країнах із високим рівнем соціального захисту населення наприкінці 1960-х – на початку 1970-х рр. почав набирати популярність самостійний народний рух. Нова філософія передбачала не адаптацію інваліда до «здорових» спільнот, а абсолютно протилежну тенденцію – забезпечення можливості соціального включення інваліда в суспільство на власних умовах, а не за принципами більшості. Таким чином, «медична» модель інвалідності почала вступати в протиріччя з новими суспільними уявленнями про місце людини з особливими потребами в суспільстві.

Рівнятися на здорову людину вдома, на роботі, в громадських місцях – основний постулат філософії незалежного способу життя. Його реалізація неможлива без зусиль усього суспільства і держави. У 1970-80 рр. завдяки активній боротьбі американців з догмами що життя з обмеженими можливостями в руслі постлібералізму виникла ідея визнання іншості як нормальності та в контексті «права бути іншим». Особливо продуктивною у тому сенсі стала концепція максимальної адаптації середовища до потреб людей з обмеженими можливостями. «Тек-Акт» (1988). Її можна вважати особливо продуктивною у сенсі допомоги особам з інвалідністю, що складається з надання їм допоміжних технологій, при цьому всі фізичні обмеження вважаються «природним елементом людського існування. Це жодним чином не обмежує чиєсь право на самостійність, самовизначення, побудову кар'єри або повної участі в загальному економічному, політичному, соціальному, культурному та освітньому житті американського суспільства. Наразі категорія аксесуарів для допомоги інвалідам включає понад 2400 найменувань і виробляються вони в промислових масштабах. Крім інвалідних візків, протезів та інших пристроїв, цей список також включає засоби, які допомагають у повсякденному житті, експлуатації автомобіля, системи безпеки, побутову техніку та керування транспортним засобом, спеціальні моделі одягу, дитячі іграшки тощо.

Поява в розвинених країнах світу спеціального допоміжного обладнання та орієнтація на створення безбар'єрного середовища для існування людей з інвалідністю сприяла проникненню цінностей філософії незалежного життя інвалідів у різні сфери життя суспільства – від політики та економіки до педагогіки, естетики та технологій. Зокрема, суспільство визначило необхідність і доцільність розробки політики спеціального дизайну. На цьому етапі концепція конкретного дизайну товарів для інвалідів розроблялася протягом кількох десятиліть. В середині 1990-х років вона вступила в нову фазу в рамках загальносвітових суспільних тенденцій залучення до проблем соціально незахищених верств населення.

Вузькоспеціалізоване, дороговартісне проектування для людей з інвалідністю (як особливої категорії населення) замінено новим, інтегративним підходом, орієнтованим не на абстрактні, усереднені поняття «норми» чи «ненорми», а на конкретні потреби людей. Ці підходи означають створення середовища, яке надає можливість максимально задовольняти потреби людей з особливими потребами, незалежно від своїх здібностей і можливостей, соціального статусу.

Одним із таких підходів є інклюзивний дизайн, тобто дизайн основних продуктів або послуг, який є доступним і актуальним для якомога більшої кількості людей, без необхідності спеціальної адаптації та спеціалізації дизайну. Виникненню цього підходу в дизайні значною мірою сприяли дві глобальні тенденції другої половини ХХ ст.: старіння населення і зростаючий рух, який об'єднує людей з обмеженими можливості в суспільстві.

Технічна сторона інклюзивного дизайну спрямована на усунення бар'єрів, які ускладнюють життя людей з обмеженими можливостями, але на відміну від вузькоспеціалізованих проектів відсутність бар'єрів досягається за рахунок примирення будь-яких розбіжностей у можливостях кінцевих користувачів. Іншими словами, мова йдеться про максимальне розширення цільової групи споживачів продукту чи послуги, тією мірою, якою можливо

це зробити без шкоди для потреб клієнта. При цьому слід визнати неможливість задовольнити абсолютно всі потреби клієнта.

Інклюзивний дизайн не фокусується на проблемах інвалідності чи старіння. Хоча це важливо, але на інклюзії людей на соціальній основі, центр уваги зміщується з інвалідності людей про наявність і якість самого середовища. Однією з причин розвитку ідеї інклюзивного дизайну є соціальне відчуження осіб з інвалідністю. Таке відчуження полягає в тому, що надмірно підкреслюється їх особливий статус, який є невід'ємним елементом уже на рівні дизайну. Спецвагони поїздів, двері, пандуси, парковки та інші місця, позначені для людей з обмеженими можливостями, механічно відокремлюють їх від усіх інших категорій і ще раз підкреслюють їх відхилення від норми. Відмінна риса інклюзивного дизайну виділяється своєю здатністю розмивати кордони, "стандарти" та усунути упередженість щодо продукту, який створено з урахуванням людей з обмеженими можливостями, через відсутність тиску на них або тиску на інші групи користувачів. Коротше кажучи, це по суті відмова від попередніх підходів вузькоспеціалізованого проектування для інвалідів та людей похилого віку як особливої категорії населення. Завдяки цьому ми маємо ліфти та пандуси з малими кутами нахилу, як альтернативу сходам, широкі саморозсувні двері, низькопідлоговий громадський транспорт, похилі тротуари на перехрестях тощо. Такі об'єкти дизайну є однаково зручні у використанні люди різних категорій і не акцентують увагу до конкретних соціальних груп. Завдяки універсальності та масовості даного типу рішень з урахуванням економічного проектування вони є більш вигідним порівняно з дорогими вузькоспеціалізованими рішеннями, що підвищує привабливість їх використання з фінансової точки зору.

Водночас новий інклюзивний дизайн виходить за рамки суто технічної відповіді на потреби людей з обмеженими можливостями або доповнює існуючу будівельну практику, на відміну, наприклад, від концепції «доступного середовища», яка обмежується технічною стороною безбар'єрного простору у навколишньому середовищі. Інклюзивний дизайн

складається з ряду ідей, які ставлять інтереси людини на перше місце, визнають їхні потреби та цінності та намагаються кинути виклик неправильним, але глибоко вкоріненим стереотипам щодо старіння, інвалідності та соціальної нерівності. Ці ідеї прагнуть включити людей у процес організації людського середовища, що передбачає необхідних змін в соціально-інституційних та технічних відносинах між користувачами та проектувальниками в процесі проектування та будівництва.

З точки зору інклюзивного дизайну, участь кінцевих користувачів у процесі проектування та створення середовища не є проблемою інвалідів. У певному сенсі інклюзивний дизайн можна інтерпретувати як наявність можливості впливати на формування навколишнього простору в процесі виробництва та розробки дизайну. Водночас відсутність такої можливості можна вважати формою соціальної несправедливості. У розумінні проблеми інвалідності інклюзивний дизайн посиляється на соціальну модель інвалідності, яка стверджує, що проблема полягає в недоліках та обмеженнях, що накладені самим суспільством, у недостатній увазі до потреб людей з фізичними, сенсорними або розумовими вадами. Це призводить до неусвідомленої появи в навколишньому середовищі багатьох перешкод і бар'єрів, які суттєво перешкоджають життєдіяльності людей з обмеженими можливостями та сприяють їх виключенню з активного суспільного життя.

Отже, обмежені можливості не вважаються медичною проблемою, але є актуальними як питання соціальної справедливості та залучення. Соціальна модель інвалідності базується на принципі: незважаючи на те, що деякі люди можуть відчувати певні розлади здоров'я – це не повинно бути перешкодою для повноцінного життя. Інклюзивний дизайн зумовлює бачення при якому фізичні, чуттєві та розумові здібності людини неоднакові. Це раз і назавжди встановлені характеристики. Людські здібності, можливості може змінюватися з віком, внаслідок травм, захворювань, операцій та інших причин, що ускладнює використання навколишнього середовища. Тому інклюзивний

дизайн може вирішити не тільки проблеми інвалідів. Він призначений для всіх маломобільних груп населення.

Підсумовуючи вищесказане, можна сказати, що використання інклюзивних підходів в універсальному дизайні передбачає діяльність у двох напрямках – технічному та соціальному, які разом сприяють залученню людей до активного громадського життя. Технічна складова включає розробку рентабельних універсальних масових конструкційних рішень з урахуванням потреб якомога ширшого кола людей та мінімізації можливих негативних наслідків та їх використання різними категоріями населення, мінімізацію екологічних бар'єрів в середовищі та мінімізує обмеження життєдіяльності маломобільних груп населення в цілому.

Соціальна спрямованість використання інклюзивного підходу до проектування означає, з одного боку, принципове усунення соціального розподілу та навішування ярликів «норма» і «ненорма», критерії яких базуються на фізичних і розумових здібностях людей. Завдяки цьому маломобільні групи населення не протиставляються тим хто є «здоровими», а вважаються рівними. З іншого боку, беручи до уваги широкий спектр потреб, цінностей і бачень людей з різними можливостями здоров'я, соціальна спрямованість повинна включаючи:

проектування, що передбачає організацію активної взаємодії між кінцевим користувачем і дизайнером у процесі формування середовища. Так дизайнер орієнтує свій продукт не до абстрактної, середньої «норми», а до конкретних потреб людей;

підхід у контексті соціокультурного розвитку сучасної людини – філософію самостійного способу життя яку можна вважати досконалішою за соціальну реабілітацію. В основному різниця між «соціальною незалежністю» це ідея інтеграції людей з інвалідністю в суспільство здорових людей через активну позицію творчого подолання людиною з інвалідністю соціальної несприятливості, тоді як ресоціалізація полягала в коригуванні або компенсації певних видів обмежень здоров'я.

Інклюзивний дизайн робить значний внесок у концепцію незалежності життя людей з обмеженими можливостями, забезпечуючи оптимальну інтеграцію та взаємодію людей з обмеженими можливостями із зовнішнім світом, без маркування на основі інвалідності.

1.2. Сутність інклюзії та її основні елементи

Вивчення проблем людей з обмеженими можливостями має науковий характер і зумовлено практичними потребами. За даними ВООЗ, близько 15 відсотків населення світу складається з людей з обмеженими можливостями. На жаль з розвитком цивілізації інвалідність населення залишається на постійному рівні або має висхідний тренд. Від 110 до 190 мільйонів дорослих мають значні труднощі у функціонуванні. Значне зростання кількості людей з обмеженими можливостями може створити серйозні економічні, соціальні та психологічні проблеми для держави. Інвалідність є великою проблемою для людей з обмеженими можливостями, а також для суспільства в цілому. Тому ця проблема привертає все більше уваги дослідників, які займаються вивченням цієї соціальної групи. Понад 180 країн, у тому числі Україна, ратифікували Конвенцію про права інвалідів та зобов'язалися вживати заходів для створення умов для повного залучення цих людей у всі аспекти життя, а також сприяти максимальній реалізації їх фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей [1]. Конвенції містить статті щодо забезпечення індивідуальної мобільності осіб з обмеженими можливостями, свобод вираження поглядів і переконань, доступу до інформації, конфіденційності, поваги, освіти, оздоровлення та реабілітації.

Відповідно до цієї конвенції Україна прийняла відданість до поваги універсальних прав людини – громадян цієї групи. На підставі ст. 9 цього документа держави повинні вжити відповідних заходів для забезпечення необмеженого доступу інвалідів до фізичного середовища, транспорту, інформації та комунікації. Це гарантує участь осіб з обмеженими

можливостями у повсякденному житті. Соціально значущі процеси неможливі без належного доступу до необхідних соціальних об'єктів.

Слово «інклюзія» – включення – походить від дієслова «включати» (французьке походження) і означає «містити, включати, включати, включати». Сьогодні це слово стає терміном, який багато в чому відображає новий погляд не тільки на соціальну сферу, здоров'я, а й на місце людини в суспільстві.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), «здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя та інші відсутність хвороб і фізичних вад» [2]. Здоров'я – це ще не все, але без здоров'я все інше нічого не варте. Це пов'язано з тим, що хороше здоров'я є умовою отримання задоволення від життя та можливість участі у багатьох його ключових елементах, включаючи освіту, роботу та участь у житті суспільства. Здоров'я залежить від величезної кількості факторів, більшість з яких пов'язані зі сферою охорони здоров'я. Основні зовнішні детермінанти здоров'я - це соціальні, економічні та екологічні фактори. Люди з інвалідністю є непропорційно більш проблем та хвороб, ніж ті без інвалідності. Серед них значно вищий рівень бідності, вони змушені жити в умовах, які мають негативний вплив про стан їхнього здоров'я, включаючи відсутність доступу до освіти, санітарних приміщень, чистої води та продовольча безпека тощо. Важливими на індивідуальному рівні є такі фактори, як вік, стать, спадковість і спосіб життя.

Кількість людей з обмеженими можливостями постійно зростає, що зумовлено, в тому числі, такими факторами, як зростання населення, старіння населення та прогрес медицини, що допомагає зберегти і продовжити життя. Це призводить до збільшення попиту на охорону здоров'я. Деякі люди з обмеженими можливостями більш сприйнятливі до вторинних захворювань, відносно основної кількості людей. В результаті їх попит на послуги охорони здоров'я може бути вище, ніж для всіх інших людей. Популяризація здорового способу життя з метою подальшої профілактики інвалідності і зміцнення

здоров'я в цілому мають велике значення, оскільки зумовлюють якість життя та стан здоров'я інвалідів

Інклюзія є центральною ідеєю розвитку сучасної освіти, яка має глибокий вплив на соціальні зміни та цінності в нашому суспільстві. Інклюзія базується на ідеї інклюзії суспільства. Це означає, що кожна людина (іншої раси, релігії, культури, інвалід) може бути включена в соціальні відносини. Важливо, щоб інклюзія сприяла інтересам усіх членів суспільства, збільшуючи їх здатність до незалежності життя, забезпечення рівності їх прав у всіх видах діяльності. За цим стоїть глибока філософська проблема – це проблема відносин "Я та інші". Наше суспільство складається з різних людей. Не кожен інший може однаково сприйматися суспільством і навіть повинен бути ним прийнятий. Відкритість до інших має обмеження, і одне з них – збереження власної ідентичності. Чуже вторгнення в особистий простір буде сприйнято як вороже, деструктивне тощо.

Інклюзивна практика забезпечує рівний доступ до того чи іншого виду діяльності та створює умови, необхідні для досягнення адаптації. Розроблені стратегії психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами та супроводжуючі технології дозволяють будувати взаємовідносини між усіма учасниками процесу життєдіяльності на основі поваги до їхніх прав та особливостей. Усе це забезпечує подальшу гуманізацію життя та формування професійного підходу до формування спільноти нового типу. Основними підходами формування інклюзивної спільноти є наступні:

- цінність людини не залежить від її умінь і досягнень;
- кожна людина здатна відчувати і мислити;
- кожен має право на спілкування та бути почутим;
- всі люди потрібні один одному;
- реальне виховання може здійснюватися лише в контексті реальних стосунків;
- усі люди потребують підтримки та дружби однолітків;

- для всіх студентів прогрес може залежати більше від того, що вони можуть робити;

- різноманітність покращує всі сторони життя людини.

«Суспільство для всіх», в якому, незалежно від стану здоров'я, усі люди відіграють соціальну роль, мають права та відповідні обов'язки, має, однак, ряд протиріч:

1) між підходами до інвалідності. В уявленні про інвалідів як про унікальну спільноту існують різновиди, які формують поліморфізм цієї групи, диференційованої на безліч функціонально самостійних одиниць і асоціацій.

2) між залежністю соціальних зв'язків інваліда від його соціальних зв'язків. При цьому індивідуальна функціональна невідповідність та ідентифікація проблем таких людей спричиняє розшарування суспільства. Відповідальність за вирішення цих проблем покладається на соціальні інститути та суспільство;

3) між ідеєю усунення соціальних розбіжностей і практикою відокремлення інвалідів, їх більш раннє включення та соціальну інтеграція. Необхідна класифікація по відношенню до заданої норми (ідентифікація та найменування їх діагнозів для цілей розподілу пільг і гарантій), що сприяє відтворенню соціальної нерівності;

4) між декларованим принципом «рівності» в державній політиці щодо інвалідів і фактичним принципом "господар". Відповідно до принципу «рівності» кошти спрямовуються на розбудову зв'язків суспільства з людьми з обмеженими можливостями через їх реабілітацію/абілітацію та усунення бар'єрів. У вітчизняних реаліях система розподілу, «господар» в особі держави або приватного власника легально забирає результати чужої праці і роздає їх тим, хто їх потребує. Як наслідок, пасивні пенсії та розвиток бюрократичного апарату, що розподіляє виплати, призводять до невинного збільшення кількості осіб, охоплених захистом, і девальвації ідеї інклюзії та інтеграції;

5) між патерналістською моделлю захисту інвалідів, обмеження пенсій, допомог, лікування тощо та моделлю незалежного життя інваліда, тобто

біоетикою з її принципами інформованої згоди та поваги до прав і гідності. З точки зору патерналізму, прагнення до того, щоб людина з інвалідністю обрала власний сценарій реабілітації, інтеграції та життя є невдячністю і навіть перебільшенням прав. Разом з тим, біоетика закликає захищати людей від надмірних культурних вимоги трансформувати його та поважати його самовизначення на основі розуміння переваг і недоліків кожного вибору;

б) Різні підходи до визначення інвалідності, що формують різні моделі інклюзивного середовища. У відповідності до світоглядних підходів можна визначити такі трактування інвалідності як: біомедичне, філантропічне, соціологічне, економічне, соціально-політичне. Їх коротка характеристика представлена в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Світоглядні концептуальні підходи до інвалідності

Концепція інвалідності	Характеристика концепції інвалідності
Біомедичне визначення	«Інвалідність» прирівнюється до хвороби чи вади, що пов'язана безпосередньо зі станом здоров'я і вказує на те, що саме «негаразд» з особою. Згідно з цим визначенням, медичний стан стосується лише цієї особи.
Філантропічне визначення	Історично є старішим, ніж «біомедичне» визначення, і розглядає «інвалідність» як «людську трагедію». Відповідно особа з інвалідністю є об'єктом співчуття і доброчинності, стан її є підґрунтям для виникнення стресу не лише у неї, але й в її родині (особисте горе, знецінення, ізоляція)
Соціологічне визначення	Відображає «інвалідність» як форму людської «відмінності» від соціальних «норм», яка не відповідає можливостям рівної з іншими участі у житті суспільства, що наявні для решти громадян. При такому розумінні «інвалідність» застосовується не лише до окремої особи, але й до сфери соціальних відносин за здатністю виконувати соціальні норми (нездатний, дискримінація, знецінення).
Економічне визначення	Розглядає «інвалідність» за кількістю соціальних витрат. Люди з інвалідністю стають причиною збільшення витрат у зв'язку з певними потребами (лікування, реабілітація, матеріальна допомога) та через їхню обмежену продуктивність на роботі (менше навантаження, добір робочих операцій) порівняно зі здоровими людьми (клопіт)

Соціально-політичне визначення	«Інвалідність» неможливо розглядати ізольовано від соціального і фізичного світу, який інколи є причиною обмежень людей з інвалідністю. «Інвалідність» — це наслідок середовища, що не відповідає можливостям людини.
--------------------------------	---

Інклюзія – це процес фактичного включення людей з труднощами у фізичному розвитку, включно з вадами чи психічними особливостями, до активного соціального життя. Що означає інклюзія? Припустимо, ви хочете піти для цього в театр, просто виберіть виставу, яка вам подобається, і купіть квиток. Ви можете легко включитися в цей процес, не турбуючись про те, як інші глядачі шоу відреагують на вашу появу; Ви плануєте поїздку в театр, орієнтуючись на кількість пересадок у громадському транспорті або побачивши найкоротший маршрут на екрані навігатора.

А тепер уявіть, як інвалідам доводиться планувати похід до театру: проблеми можуть виникнути вже на етапі виходу з квартири. Чи вдасться знайти відповідний транспорт, наскільки легко буде зайти в будівлю театру, як сприймуть виставу інші глядачі? Інтеграція відбувається тоді, коли всі без проблем можуть ходити в театр.

Існують медичний та соціальний підходи до визначення інвалідності. У першому йдеться про те, що інваліди потребують особливого захисту. Соціальний підхід враховує ставлення суспільства. Відповідно до Конвенції про права людей з інвалідністю, людина вважається інвалідом не лише через фізичні обмеження чи розумові вади, а й через перешкоди, які створює для неї суспільство.

Інклюзія — це мистецтво жити та приймати світ таким, який він є. Любити те, що відрізняється від твого, дивуватися тому, що неочевидно, не робити винятків, знаходити та створювати нові сенси, рухатися разом з усіма і з кожним. Інклюзія – це коли люди потребують, щоб люди були людьми, і різні речі об'єднуються в прекрасне ціле.

Запропонована робота розглядатиме фізіологічні, соціальні та культурні аспекти інклюзивних змін в суспільстві та можливості запровадження інклюзії

в рекреаційній, оздоровчій та медичній сферах. Елементи інклюзивної сфери це стосунки, пропаганда, почуття ідентичності, обмін досвідом і прозорість. Кожен з цих елементів працює на посилення зусиль суспільства та держави розвивати інклюзію в громадах та окремих сферах життєдіяльності людини. Ці елементи підживлюють інклюзивні зміни по спіралі, що постійно розширюється – чим більше вони розвиваються, тим міцніші основи інклюзивного простору.

Мова, як і культура, має певну плинність в інтерпретації. Такі слова, як «інвалідність» і «інклюзія» важко визначити. Визначення інвалідності в цьому дослідженні відображає «соціальну модель» інвалідності. Соціальна модель інвалідності зміщує фокус з особистості і визнає домінування соціальної або політичної структури, які маргіналізують цю особу. Існує різниця між порушенням та інвалідністю. Порушення може бути фізичним станом або функціональним обмеженням, а інвалідність – це соціальне відчуження, створене в тому числі і суспільством, яке не досить адекватно реагує на людей з вадами. Деякі дослідники інвалідності сьогодні надають перевагу терміну «соціальна інтерпретація», як більш повному терміну, що характеризує складні суспільні ролі в інвалідності. Існує загальна згода, що інвалідність – це соціальний конструкт. Загальна риса сучасних досліджень інклюзії полягає у відмові від медичної моделі інвалідності. Медична модель інвалідності індивідуалізує і патологізує інвалідність. Основне припущення в рамках цієї «медичної» парадигми полягає в тому, що дефіцит локалізується в окремих особах. У цій моделі людина отримує діагноз свого порушення, який потім можна використовувати для групування з метою реабілітації та лікування.

У соціальній моделі інвалідності центр уваги переходить від особистості до бар'єрів, які окремі особи мають у своїй громаді, на робочому місці або в школі. Створення інклюзивної системи рекреацій, реабілітації, лікування зумовлює необхідність ідентифікації патологій з метою усунення бар'єрів. Існує поняття «культурна трансформація», яке передбачає, що члени

суспільства, громаді осмислюють такі терміни, як «інклюзія» і «мейнстрім», щоб відобразити спільні цінності громади та суспільства.

В процесі теоретичного дослідження необхідно визначити п'ять елементів інклюзії: стосунки, спільний досвід, адвокація, відчуття ідентичності та прозорості. В житті людини всі вони переплітаються і працюють разом, щоб активізувати можливості реабілітації та лікування інвалідів.

Стосунки. Найбільш очевидним із перерахованих вище елементів є, можливо, відносини. Через стосунки ми демонструємо повагу та турботу, ми сумуємо за тими, кого ми знаємо і помічаємо їх відсутність на щоденних або ключових подіях. Не треба плутати інклюзію з наданням послуг – які задовольняють додаткові потреби. Важливо не тільки створити умови для, що усунуть фізичні бар'єри для надання послуг, але й створити соціально-психологічні умови для отримання цих послуг.

Адвокація. Адвокація, незалежно від того, чи це самозахист, чи така, що надається іншим, є ще одним важливим елементом, який обумовлює інклюзію. У школі є учень, який користується протез ноги, і як такий відповідає багатьом визначенням «відключений». Відсутність адвокації призводить не лише до неучасті людини у суспільних процесах, але й до відсутності голосу. Без адвоката, який відстоює інтереси інваліда з метою його включення в суспільство, людина. Яка не має відповідного досвіду та фахі не буде мати ефективних механізмів до інклюзії. Почуття ідентичності. У економічних та соціальних структурах, які мають сильне почуття ідентичності існує зв'язок пропаганди інклюзії та досвіду її запровадження. Ідентичність — це набір якостей, переконань, особистісних рис, зовнішності та/або вираження, які характеризують особу чи групу. Ідентичність виконує багато функцій, діючи як «саморегулююча структура», яка забезпечує значення, напрямок і відчуття самоконтролю. Вона сприяє внутрішній гармонії та служить поведінковим компасом, що дозволяє людям орієнтуватися в майбутньому та встановлювати довгострокові цілі. Будучи активним процесом, ідентифікація глибоко впливає

на здатність людини адаптуватися до життєвих подій і досягти стану благополуччя. Однак ідентичність походить від рис або атрибутів, над якими люди можуть мати незначний контроль або зовсім не залежати, наприклад їхнє сімейне походження чи етнічна приналежність. Адвокація інклюзії спрямована на створення відчуття ідентичності всіх членів соціуму на основі створення умов для інвалідів як членів суспільства.

Ідентичність – це набір якостей, переконань, особистісних рис, зовнішності та/або вираження, які характеризують особу чи групу. У соціології соціологи наголошують на колективній ідентичності, в якій ідентичність індивіда міцно пов'язана з рольовою поведінкою або сукупністю членства в групі, яка їх визначає. Ідентичності говорять нам, хто ми є, і вони оголошують іншим, хто ми є». Ідентичності згодом керують поведінкою, змушуючи «батьків» поводитися як «батьки», а «медсестер» – як «медсестри». У психології термін «ідентичність» найчастіше використовується для опису особистої ідентичності, або відмінних якостей або рис, які роблять людину унікальною.

Спільний досвід означає – ділилися досвідом, займалися і святкувати разом, створювати знайомства, в яких невідомі стають відомими. Позитивний спільний досвід, наприклад, спортивний день, день водних видів спорту, мистецька виставка, на якій представлені найрізноманітніші таланти учасників колективу, створює простір, у якому члени спільноти здатні бути один з одним без загрози або обставин обмеженості.

Можливість бачити та аналізувати кожен із цих елементів є поняттям прозорості. З підвищеним рівнем усвідомлення інклюзії у суспільстві (і його зворотного боку, виключення), прозорість як цінність впроваджується у практику стає все більш помітною. Важливим елементом програми інклюзії є Індекс інклюзії, який залучають до самоаналізу та оцінки, створення духу спільноти, її цінностей та прагнення. Все це можливо на основі прозорої оцінки. Створення і зміцнення почуття ідентичності вимагає здатності краще

бачити себе та свою організацію з метою прозорої оцінки важливих показників інклюзивності.

1.3. Критерії соціального статусу інвалідів та етапи становлення інклюзії в Україні

Проблему відтворення особистого простору людини з особливими потребами неможливо вирішити, незалежно від соціальних, економічних, політичних і психологічних ситуацій, оскільки в життєвому контексті людина повинна діяти в таких ситуаціях. Подібні ідеї мають бути досить актуальними в дослідження гуманістичних стратегій і відкриття нових сторінок соціального розвитку суспільства. Важливим є як індивід інтерпретує та конструює те, що є гуманістичною складовою соціальної реальності, інтерпретує характер змін, що відбувається в цій реальності, які смисли і значення ви в нього вкладаєте, трактує події, які відбуваються, яку ситуацію ви для себе визначаєте як таку, що вимагає розуміння символічних значень.

Сьогодні тривають пошуки нових основ колективної ідеології і моралі. Під впливом зовнішніх факторів культурне втручання повільно змінює систему цінностей сутність суспільного процесу, орієнтованого на всебічність відновлення або вирівнювання суспільних відносин. Реабілітація та соціокультурна реалізація ідеї інклюзії сьогодні знайшли відображення в понятті «ресоціалізація» особистості, що активно входить до арсеналу науки та практики, що поширюються на всі спільноти, демографічні та культурні групи. Тому це важливим є теоретично і практично розвивати і посилювати концепцію відтворення життєвого простору індивіда через ресоціалізацію. Зрештою, така концепція повинна бути розроблена в у межах вітчизняної соціології, психології та педагогіки та, водночас відповідати актуальним вимогам нашого часу. Взагалі, можна сказати, що проблеми недостатності умов і факторів відтворення життєвого простору людини є традиційними для нашого соціокультурного середовища, починаючи з кризи в якому наша країна

почала розривати соціальні зв'язки і руйнуючи надії соціальних суб'єктів. Тому необхідно усвідомити всю складну структуру інституційного забезпечення інклюзії, яка існує в світі та розвивається на теперішній час в Україні (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Інституційна структура забезпечення інклюзії в Україні та в світі

Учасники інклюзивного середовища	Функції учасників процесу формування інклюзивного середовища
Політичні партії	Політичні партії в парламентах та радах приймають закони, спрямовані на покращення ситуації, в якій перебувають люди з інвалідністю
Державні установи (національні, місцеві)	Органи влади забезпечують доступність надання всіх послуг людям з інвалідністю. Декілька таких послуг: доступність освіти, охорони здоров'я, соціального благополуччя. Політики та плани зважають на специфічні потреби цих груп.
Організації громадянського суспільства	Організації громадянського суспільства звертають увагу на права людей з інвалідністю під час відстоювання прав/лобіювання та надання послуг (розбудова громади, освіта, безпека харчування тощо).
Релігійні організації	Церкви та інші релігійні організації дотримуються точки зору про рівність всіх людей, включаючи людей з інвалідністю. Їхня діяльність доступна для людей з інвалідністю.
ЗМІ	ЗМІ оприлюднюють інформацію стосовно людей з інвалідністю та просувають своїми повідомленнями ідеї інклюзивного суспільства.
Бізнес-установи	Приватні компанії працевлаштовують людей з інвалідністю. Вони надають безперешкодні послуги.
Батьки	Батьки дітей з інвалідністю вірять у можливості своїх дітей та розуміють їх права.
Громади	Люди в громадах визнають права дітей та дорослих з інвалідністю та залучають їх до будь-якої можливої громадської діяльності.
Організації людей з інвалідністю	Люди з інвалідністю розуміють та можуть заявити про свої права на отримання рівної доступності та участі в житті суспільства.
Надавачі спеціальних послуг	Неурядові організації, які працюють в сфері інвалідності, а також державні установи охорони здоров'я надають послуги – попередження інвалідності, догляд за пацієнтами з ураженнями зору, реабілітація, отримання прибутку, – які зосереджуються на покращенні ситуації людей з інвалідністю та їх інклюзії у суспільство.

<p>Донорські організації та організації системи ООН</p>	<p>Донорські організації та організації системи ООН зважають на права людей з інвалідністю при формуванні та розробці політики, програм та під час надання фінансової підтримки.</p>
---	--

Відповідно до вищесказаного необхідно визначити три критерії, які характеризувати соціальний статус інвалідів.

1. Світоглядний критерій. Цей критерій показує, як інвалід ототожнюється з можливістю своєї реалізації в суспільстві, характеризує розуміння щодо ставлення суспільства до людей з інвалідністю, формує власну поведінку в реалізації стратегії інтеграції з суспільством. Цей критерій також дозволяє нам зрозуміти цінності даної людини, усвідомлення нею свого соціального статусу, розуміння власних можливостей порівняно зі здоровими людьми. При визначенні цього критерію важливим є соціальне самопочуття інваліда, тому що інвалідність – це не просто стан здоров'я зі стійким порушенням функцій організму, що призводить до обмеження життєдіяльності. Численні дослідження підтвердити, що інвалідність впливає на самопочуття та самовизначення особистості. Розуміння себе як унікальної особистості, свого соціального статусу, сприйняття та ставлення суспільства до себе є одним із найважливіших елементів, які формують соціальне благополуччя людини. Світоглядний критерій соціального благополуччя людей з обмеженими можливостями включає такі показники: самоідентифікація; рівень прагнень; вибір соціальної стратегії соціальної інтеграції та її індикатори; оцінка соціального статусу; самооцінка потенціалу (особистісного, соціального, професійного); усвідомлення перспектив задоволеності життям, усвідомлення своїх потреб; опис своїх можливостей в порівнянні з працездатними людьми.

2. Особистісний критерій оцінки. Це результат соціального досвіду, в тому числі емоційного, показник обізнаності людини з обмеженими можливостями в її соціальному положенні, показник рівня «залученості» в

суспільство та задоволеність життєвими цілями. Тому для аналізу цього критерію необхідні знання емоційно-особистісної оцінки самої особистості. Персональні критерії оцінки дозволяють дізнатися, як оцінює людина своє положення в соціальній структурі суспільства, рівень задоволення власних потреб, а також умов життя, наприклад, соціально-економічна ситуація в країні та її вплив на життя інвалідів. Особисті критерії оцінки включають наступні індикатори:

- задоволеність інтеграцією людини в суспільство;
- оцінка соціального комфорту;
- рівень соціального оптимізму.

Ці індикатори відображені в критеріях особистісної цінності та світогляду судженнях, що оцінюють саму особистість і тому отримані відповідно до них інформаційні матеріали є основою соціального аналізу людського благополуччя. Хоча суспільне благо – поняття суто суб'єктивне, але воно включає почуття, думки, настрої конкретної людини. Не варто експертизу соціального самопочуття інваліда обмежуватися лише його суб'єктивними оцінками. Їх слід порівнювати з даними, що характеризують об'єктивний прояв суспільних явищ в реальному житті. Щоб отримати повну картину особистісної оцінки, варто ввести критерій, який відображатиме реальні прояви соціального самопочуття в практичній діяльності інвалідів.

3. Поведінковий критерій, що характеризує поведінку та прояви соціального благополуччя інвалідів, такі як соціально-психологічний стан. Поведінковий критерій відображає його діяльність, спрямовану на забезпечення самореалізації та сенсу існування в суспільстві. Цей критерій показує реальну діяльність людини в процесі її інтеграції в суспільство і виконання своєї життєвої програми. Ця діяльність показана в різних формах діяльності особистості та дозволяє навчитися це робити. Соціальний догляд за інвалідами реалізується в стратегіях інтеграції суспільства та соціальної мобільності. Інвалід зазвичай має багато проблем, що викликані його хворобою, що обмежують можливості. Необхідно враховувати також бар'єри,

які існують у суспільстві та які перешкоджають інтеграції людей з обмеженими можливостями в соціум. Це проблеми з отриманням освіти, працевлаштуванням, недоступністю соціальної та житлової інфраструктури, транспортні проблеми тощо, які суттєво впливають на суспільне самопочуття і становлять основу його настрою.

У сучасному трансформаційному суспільстві, коли людина постійно перебуває у вирі інформаційних атак, стикається з різними системами цінностей і процесами формування власного всесвіту необхідним є створення умов для більш ефективної та динамічної корекції особистості без ризику втратити свою ідентичність. На це неодноразово звертали увагу вчені.

Інтенсивне руйнування існуючої системи цінностей Радянського суспільства було створене наприкінці 1980-х років. Було усвідомлено важливість таких цінностей, як свобода, справедливість, демократія, права людини, гроші тощо. Усвідомлення Відбувалося не лише на рівні окремих осіб, дисидентів, а й цілих соціальних груп. Звичайно, цей процес відбувався і в Україні та мав специфічні характеристики. Зміна ціннісних орієнтацій, які відбувався на території України, можна поділити на чотири етапи.

Можна виділити перший етап (1985 – 1994 рр.) як етап руйнації діючої ідеологічної системи влади. Радянські цінності, найважливішими з яких були «розвинутий соціалізм», «радянський побут», «соціалістичні демократії» тощо, які нав'язувалися народу й він вважав, що «наша демократія», «наш спосіб життя» - найдемократичніший у світі, хоча він був зовсім не таким. На цій стадії відбувалася деформація та диференціація відносно однорідного (тому що тоталітарне) суспільства в плані цінностей, його перетворення на різноманітне, ціннісне суспільство. Необхідно звернути увагу, що однією з основних причин тектонічних зсувів, було величезне розчарування у можливостях державним патерналізмом, почуття неповноцінності того що має сталосся і відбулося за цей період.

Характерною рисою цього періоду була досить висока політизованість більшості громадян, що знайшло відображення у постійно зростаючому

рейтингу таких цінностей як «свобода», «демократія», «незалежність», «права» і навпаки, такі ідеологічні радянські цінності, як «інтернаціоналізм», «колективізм», «ентузіазм», «боротьба» тощо на той час вони швидко втратили значення і були відсунуті на друге місце.

На другому етапі (1994-1998 рр.) стали найважливішими перш за все процеси прискореної ціннісної диференціації між елітарними і масовими групами, а також між молоддю і людьми старшого покоління. Широкі верстви нашого суспільства мали відчуття «безпритульності», покинутості державою і за бажанням вони засвоювали нові цінності, які представляли собою складний конгломерат «старого» і «нового». Результатом цього стало дуже своєрідне «пристосування» до поточної суспільно-політичної ситуації, патерналістські настанови реальності, в якій держава не діє як організатор соціальних процесів.

Водночас у цей період наше суспільство як сукупність соціально-демографічних груп, зберегло свою однорідність (хоча б у плані основного, істотного, наприклад, цінах для більшості населення). Можна сказати, що соціум витримав випробування еволюційної дисперсії і поляризації шляхом перетворення, але не руйнування себе. Поляризація цінностей суспільства виявлялося насамперед у зростаючій відокремленості між «батьками» і «дітьми» між найстаршими (старше 55) за віковими категоріями та молоддю (до 25 років), а також між люди з вищою освітою та менш освіченими громадянами.

Тут важливо зазначити, що поляризація залежно від віку стосувалася низки ключових для сучасного суспільства питань цінностей, пов'язаних з новими ринковими відносинами, які якомога точніше описують особливості адаптації до них полярних вікових груп. Це такі цінності, як «власність», «робота», «гроші», «свобода», «власна гідність», «важка праця», «підприємливість», «ініціативність», «професіоналізм», "освіта", «інклюзія» тощо.

Нарешті відзначмо третій етап (1998 р. – 2014 р.). Цьому етапу притаманні неузгоджені процеси цінності та консолідації цінностей, розмежування всередині самих елітних груп, закріплення у свідомості широких мас ціннісних орієнтацій, що допомогли їм адаптуватися до соціальної реальності, вижити і досягати успіху.

Це означає, що можна виявити явне падіння напруги щодо чужого успіху, багатство і явне відхилення від ідеї соціальної справедливості як «вирівнювача» суспільства. Ця дорога готується ґрунт для сприйняття майнової нерівності в суспільстві як норми, створюючи рівне суспільство для всіх, а початкові можливості все ще приймаються як одна з найважливіших цінностей. Цінність суспільного визнання та сприятлива морально-психологічна атмосфера в суспільстві постійно залишаються на високому рівні. Все це свідчить поступове формування нових цінностей в українському суспільстві та нових пріоритетів. Саме на цьому етапі було закладено основи сприйняття рівності як основи інклюзії.

Четвертий етап (2014 р – по теперішній час). Активне запровадження інклюзії у всі сфери суспільного життя. Закономірним наслідком демократичного прогресу суспільства стала зосередженість державних інститутів соціалізації, на історичних, культурних, духовних і правових реформах і при цьому втратили вплив на засоби масової інформації, яких стало набагато більше. ЗМІ здобувши «свободу», швидко зрозуміли, що це довгоочікуваний ринок і свобода слова не можуть існувати без матеріальної винагороди. Якщо теоретично мета ЗМІ - підвищення рівня інформованості та компетентності одержувачів населення, то в цей час їхньою метою стала маніпуляція обізнаністю людей різних поколінь. Однак, ЗМІ, як і НГО, МО відіграють провідну роль у поширенні практики запровадження інклюзії у всі сфери суспільного життя. Короткий опис етапів розвитку інклюзії в Україні представлено в табл. 1.3.

Загальна, основна мета інклюзії – досягнення особистістю, радикальних змін у системі цінностей, моделі дій та поведінці, а також відповідність

суттєвим змінам соціального статусу у важкій життєвій ситуації. Загалом цю мету можна уявити у вигляді трьох завдань:

- знищення застарілих, незаконних цінностей, що не відповідають новій ситуації;
- засвоєння нових цінностей в процесі адаптації до нового середовища;
- регулювання інтеграційних відносин із суспільством, у тому числі: середовищем, засноване на особистій діяльності.

Загалом інклюзія передбачає органічну ресоціалізацію – поєднання соціокультурної діагностики, ресоціалізації та корекції, що дає змогу організувати відповідну соціально-психологічну підтримку особистості, яка опинилася в новому середовищі та нових умовах життя, забезпечити їй соціально-культурний розвиток. Соціально-психологічний потенціал інклюзивних процесів на практиці можна найбільш ефективно застосовувати під час ресоціалізації соціальних груп людей з обмеженими можливостями, які переживають порушення мікросоціальних зв'язків і примус. Ці люди пристосовуються до кардинально нових умов життя. Це люди, які опинилися у складній життєвій ситуації (інвалідність, стійкі розлади здоров'я) .У цих випадках потрібно шукати можливості встановлення контакту з людьми, які відчувають потребу ресоціалізації через діяльність закладів культури та додаткової освіти, громадських організацій, волонтерів.

Таблиця 1.3

Етапи становлення інклюзії в Україні

Етап	Характеристика етапу
Перший етап (1985 – 1994 рр.)	Руйнація діючої системи влади. Розчарування у можливостях державним патерналізмом, почуття неповноцінності того що має сталося і відбулося за цей період
Другий етап (1994-1998 рр.)	Прискорення ціннісної деформації між елітарними та масовими групами. Поляризація цінностей суспільства
Третій етап (1998 р. – 2014 р.)	Поступове формування нових цінностей в українському суспільстві та нових пріоритетів. На цьому етапі було закладено основи сприйняття рівності як основи інклюзії

Четвертий етап (2014 р – по теперішній час)	Активне запровадження інклюзії у всі сфери суспільного життя. Зосередженість державних інститутів соціалізації, на історичних, культурних, духовних і правових реформах
---	---

Від соціального прийняття свого міста в суспільстві, моделі інвалідності залежить благополуччя людини з інвалідністю. Соціальна модель інвалідності сприяє розвитку моделі її соціального оточення орієнтованого на рівність. Чим вищий рівень інтеграції в суспільство людей з егалітарним почуттям соціального благополуччя і тим більший успіх, тим кращим буде їхній соціальний добробут. Люди з обмеженими можливостями, які змирилися з роллю «хворих», згідно з якою не варто прагнути змінити свій соціальний статус та суспільне благополуччя мають низький ступінь інтегрованості в суспільство. Соціальний статус, рівень освіти, їх положення на ринку праці, матеріальний добробут оцінюється з позиції «інвалід». Вибір стратегії інтеграції в суспільство характеризується безвольністю щодо досягнення більшої інтеграції та соціального прогресу. Усвідомлення рівня інтегрованості, якого інваліди досягли в суспільстві визначається такими характеристиками, як фінансове становище, рівень освіти, статус на ринку праці, соціальне становище.

РОЗДІЛ 2

**АНАЛІЗ СТАНУ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА
В КП «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ
ВІЙНИ» РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

2.1. Інклюзія та соціальна реабілітація інвалідів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

Бійці, які втратили кінцівки потребують високої якості роботи та особлива увага до них. Щорічно їх кількість збільшується через поранення від вогнепальної зброї (снайперські гвинтівки, автомати), поранення від роботи артилерії, осколків куль і мін. Особливою темою, на яку працівники госпіталю повинні звернути увагу є, зокрема психічний стан військовослужбовців. В результаті бойового стресу солдати отримують психологічні травми, що впливає на їх щоденну поведінку, сприяє поширенню стресових розладів тощо. Деякі солдати, що є рекреантами та пацієнтами госпіталю мають наслідки бойової психотравматизації які спостерігаються вже довгий час та впливають на якість їхнього життя.

Важливе значення має робота з бійцями-інвалідами на госпітальному етапі. Основна увага приділяється відновленню фізіологічних функцій організму хворого, а також забезпечення психологічної та соціальної допомоги пацієнтам. Психологи додатково в умовах військового клінічного госпіталю виконують роботу соціальних працівників. Вагомий внесок в успішне лікування постраждалих запроваджує волонтерський рух як один із соціальних варіантів роботи. Волонтерська діяльність досягла максимуму розвитку в 2014-2015 роках і сьогодні волонтери допомагають вирішити значну кількість актуальних проблем в соціальній сфері для поранених бійців, задовольняючи як матеріальні, так і комунікаційні потреби пацієнтів.

Наразі в структурах управління та штатних розписах госпіталів не має місця для соціальних працівників. Парадоксальною є ситуація при якій робота

для них є, але ставки для фахівців відсутні. На думку експертів, це протиріччя пояснюється:

- нерозумінням специфіки вищих посадових осіб сутності соціальної роботи, колом обов'язків цих фахівців тощо;
- відсутність нормативної бази щодо запровадження посад соціальних працівників у структурах військової охорони здоров'я;
- відсутністю коштів для оплати праці цих спеціалістів;
- відсутністю інтересу з боку управлінської команди відповідних міністерств до цього запитання тощо.

З початку збройного конфлікту на Донбасі, а потім в Україні встановлено два етапи соціальної роботи у військовому госпіталі. Перший етап почався разом з початком військових дій у 2014 році і характеризувався значною кількістю бійців, що проходили курс лікування у військовому госпіталі. Основною метою забезпечення соціальної роботи є задоволення матеріальних потреб воїнів, які втратили одяг, взуття, гроші під час травм і транспортування, засоби зв'язку, документи тощо. Соціальна робота на цьому етапі також мала на меті:

- інформування пацієнтів про поточні вимоги законодавства щодо їх пільг та вирішення інших проблем правового характеру, збирання інформації щодо подальшого навчання пацієнтів в університетах, розповсюдження інформаційних буклетів, брошур с методичними рекомендаціями щодо боротьби зі стресом у бойових умовах, поширення посттравматичних стресових розладів тощо;

Соціальна робота на цьому етапі також мала на меті:

- інформування бійців про актуальні вимоги законодавства щодо їх пільг та вирішення інших проблем правового характеру, збір інформації щодо подальшого навчання поранених в університетах, розповсюдження інформаційних буклетів, брошур с методичними рекомендаціями по боротьбі з бойовим стресом, поширення посттравматичних стресових розладів тощо;

- створення пункту волонтерської допомоги в приміщенні госпіталю, де ветеранів можна було лікувати, розподіляти безкоштовно одяг, взуття, продукти харчування, засоби особистої гігієни, мобільні телефони (зарядні пристрої для них і тощо);

- надання транспортних засобів (волонтерських автомобілів) з метою доїхати до вокзалу, автовокзалу, відвідати лікарів у Києві та інших великих містах;

- допомога в пошуку житла сім'ям, які відвідують поранених бійців. Особливо це питання є актуальним для солдат з ампутованими кінцівками;

- доставка волонтерами їжі постраждалим (з кафе, ресторанів);

- надання фінансової допомоги організаціями (у тому числі міжнародними), приватними особами;

- надання релігійної підтримки воїнам духовенством (у тому числі військовими священиками);

- проведення музичних і культурних вистав і заходів, як дітьми, так і дорослими, індивідуально та у складі творчих колективів;

- організацію поїздок військовослужбовців які втратили кінцівки і перебували на тривалому лікуванні, разом з волонтерами, з метою відвідування концертів, спортивних змагань, риболовлі, оздоровчих заходів та тощо).

Другий етап соціальної роботи розпочався на початку 2016 року. На цьому етапі психологи були представлені в складі персоналу лікарень та госпіталів. На цей час формувалася і розвивалася соціальна робота на основі посилення діяльності відповідних спеціалістів. А точніше, психологи спільно з командним і медичним складом госпіталів були долучені до вирішення соціальних проблем пацієнтів.

Надання соціальної допомоги інвалідам-військовослужбовцям здійснюється на підставі цілої низки Законів України, Постанов Кабінету Міністра України та наказів Міністра оборони України та інших нормативні

документи. Ці документи регламентують режим надання допомоги, її обсяг та інші питання.

У Рівненському обласному госпіталі ветеранів війни Рівненської обласної ради є предметом особливої уваги профілактика та реабілітація пацієнтів з ампутованими кінцівками. Ці пацієнти проходять тривалий курс лікування в спеціалізованій палаті.

Необхідно відзначити особливості роботи з цією групою пацієнтів:

- тривалий час лікування та відповідне перебування у замкнутому колі спілкування;

- необхідність лікування в спеціалізованій палаті;

- підбір компетентного медичного персоналу, необхідність працювати з ампутантами і терпіти тривалий нервово-психічний стрес, пов'язаний з страждання пацієнта;

- дуже тісний емоційно-чуттєвий зв'язок між пацієнтами та медичним персоналом реабілітаційного відділення;

- готовність спеціалізованого медичного персоналу працювати в нестабільних психоемоційних умовах захворювання пацієнтів, що пов'язані з проявами особистого життя, моральними та фізичними стражданнями, фантомними болями, перев'язками ран тощо;

- безпорадність військовослужбовців після опорних ампутацій, що впливає на виконання основних життєвих функцій, наявність стресостійкості та кращих індивідуально-психологічних особливостей медичного персоналу;

В КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» працює волонтерський пункт та обладнаний спеціалізований відділ. Особливе місце в житті пацієнтів відіграє діяльність волонтерського пункту. Він розташований на першому поверсі головної будівлі. До нього можна дістатися з окремого входу з вулиці та зі спеціалізованих приміщень в яких проходять процедури бійці з серйозними травмами. Він має три кімнати. В одній кімнаті комора для господарчих, промислових товарів, в другій їжа та холодильники і ще одна кімната – для волонтерів.

Більшість волонтерів є жінками від 20 до 50 років. Більшість з них працюють тривалий час. Робота організована в у вигляді змін. Одна особа працює добу. Всі працюють добровільно, по черзі. Їх праця може бути оплачена недержавним фондами з різних благодійних організацій. У загальному коридорі, де знаходяться двері в кімнати поруч із волонтерами книжкові полиці та коробки з дисками. Компакт-диски з музикою та фільмами, які можна вільно брати із собою без повернення. Література представлена художніми творами відомих авторів, кримінальними оповіданнями, іншою художньою літературою тощо.

Волонтерська станція обслуговує учасників бойових дій. Пацієнти можуть прийти на волонтерський пункт і випити кави (чаю), поговорити з персоналом, поїсти бутерброди, забрати їжу в лікарняну палату або з собою в дорогу (в розумних межах) тощо. Важливим елементом роботи волонтерського пункту є спілкування з відвідувачами. Якщо волонтер бачить ознаки неадекватної поведінки у пацієнта він може зателефонувати начальнику психологічної служби, у кабінет психологічної допомоги, (офіс-менеджеру) і рекомендувати на майбутнє зв'язався з цим солдатом.

У волонтерському пункті дуже різноманітний вибір продуктів харчування: асортимент консервів, молочна продукція, різні види меду в упаковці, консервування домашніх овочів (огірки, помідори), сир і нарізка, а також хліб і хлібобулочні вироби та ін. В асортименті свіжі овочі та фрукти.

Щодня волонтерський пункт відвідують десятки гостей. Волонтерський пункт працює щодня з полудня до вечора, крім неділі. Також у лікарні працюють інші волонтери, вони не мають відношення до волонтерського центру і їх діяльність відбувається за згодою з адміністрацією. Медперсонал госпіталю сам розвозить їжу в палати де знаходять пацієнти.

У реабілітаційному відділенні побудовані окремі палати для пацієнтів, які мають усе необхідне для комфортного перебування у місце постійного проживання. Кожне відділення має дві кімнати, в яких проживає по одному військовослужбовцю. Є одне відділення з розміщенням двох осіб для людей з

особливими потребами. У кожній палаті у кожного солдата своє ліжко, тумбочка для особистих речей, стіл, шафа, телевізор. Палата обладнана для інвалідних візків. Вони можуть бути механічним або рухатися від акумулятора батареї. У палаті є пральня з душем, туалет. Душова кабіна обладнана поручнями для фіксації положення тіла пацієнта при необхідності. Туалет також оснащений ручками для зручного самостійного використання переміщення тіла хворого в просторі кімнати.

Всі двері в номері та в госпіталі є широкими і мають достатні отвори для колясок. Відкриття дверей теж розроблено таким чином, щоб з них було зручно вийти з номеру, а також переміщатися в номері під час проживання. Загальний коридор мебльований по всій довжині та має металеві поручні. Посеред коридору знаходиться пост чергової медичної сестри.

На першому поверсі знаходяться кабінети завідувача відділення, процедурна, їдальня, комора, кімнати для хворих. Їжу привозять із загальнолікарняної кухні, але можлива доставка з кафе, ресторану або з волонтерського пункту.

Важливою частиною перебування бійця в госпіталі є їх відвідування родичами та близькими. Візит родичів та близьких є важливою складовою в житті людей з обмеженими можливостями. Приїздять не тільки родичи та близькі з цивільного життя бійців, але й солдати підрозділів, в яких вони служили пацієнти.

Бійці з легкими пораненнями проживають в стандартних кімнатах по дві-три особи з іншими солдатами. Тяжкопоранених пацієнтів поміщають у спеціалізоване відділення у палати для солдатів з ампутованими кінцівками. Середній термін перебування ветеранів з легкими травмами до 20 діб (в окремих випадках, якщо є ураження внутрішніх органів до 1-2 місяців). Курс лікування (медико-психологічна реабілітація) воїнів після ампутацій кінцівок коливався від 2 до 10 міс. (в середньому від 4 до 7 місяців в залежності від складності ушкоджень, наявності супутніх патологій, готовність «кукс» до

протезування, готовності протезів, які є індивідуальними, часу навчання користування протезами тощо).

Основні фактори впливу на формування позитивних особистісних характеристик потерпілого з ампутованою кінцівкою такі:

тривале перебування в умовах закладу охорони здоров'я, а також участь у заняттях з психореабілітації;

гарні умови проживання в госпіталі (комфортне проживання військового в кімнатах з розміщенням 1-2 бійців), харчування (власна столова кімната в палаті з доставкою їжі із загального стаціонару кухня та волонтерами) тощо;

персональна медико-психологічна допомога постраждалим кваліфікованим персоналом, більш уважне та дбайливе ставлення до пацієнтів у зв'язку з отриманими травмами;

увага та турбота волонтерів (також комфортність перебування у волонтерському пункті на одному поверсі з відділенням де проводиться лікування);

матеріальна допомога постраждалим від громадських організацій, спонсорів, волонтерів тощо.

Досвід соціальної роботи у військово-медичних закладах провідних країн світу є надзвичайно цікавим і потребує дослідження спеціалістів з метою поступової інтеграції відповідних міністерств і відомств у систему військової медицини за іноземними зразками.

На сучасному етапі розвитку соціальної роботи у збройних силах його функції виконує командний склад лікарні та психологи. Значна допомога у вирішенні поточних питань військовослужбовців здійснює волонтерський рух, який було створений на вимогу часу і який спрямовано на розвиток особистості та покращання якості життя поранених бійців.

Волонтери значною мірою задовольняють потреби військовослужбовців в одязі, взутті, спецодязі, особистих речах. Провідними факторами успішної реабілітації військових є менш травматичний досвід отримання бойового

стресу у військовослужбовців після ампутацій. Важливі ефекти від перебування в госпіталі є: наявність висококваліфікованого медичного персоналу та команди реабілітологів; уважний і зважений підхід до пацієнтів; індивідуальний підхід до вирішення проблем кожного військовослужбовця; довгий час проведення курсу лікування порівняно з легкопораненими; комфортне проживання у госпіталі; власна столова кімната у відділенні з доставкою їжі з загальнолікарняної кухні та від волонтерів; увага та турбота волонтерів, фінансова підтримка потерпілих та громадських організацій, волонтерів, спонсорів тощо.

2.2. Гостинність як складова реабілітації інвалідів у Комунальному підприємстві «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

Лікарні для інвалідів в Україні є важливим елементом системи медичного забезпечення та реабілітації. Ці спеціалізовані заклади надають комплексну медичну допомогу та підтримку людям з різними видами інвалідності та захворюваннями.

Лікарні для людей з обмеженими можливостями відіграють важливу роль у наданні якісної медичної допомоги людям з обмеженими можливостями. Вони спеціалізуються на діагностиці, лікуванні та реабілітації пацієнтів з різними захворюваннями та розладами здоров'я. Спеціалізований медичний персонал, який працює в цих лікарнях, має великий досвід роботи з пацієнтами з різними видами інвалідності, що дозволяє проводити ефективне лікування та реабілітацію.

Слід визначити основні функції госпіталів для інвалідів і ветеранів:

Медичне обслуговування: лікарні надають комплексну медичну допомогу людям з обмеженими можливостями та ветеранам. Висококваліфікований медичний персонал проводить діагностику, лікування та реабілітацію, допомагаючи повернутися до активного способу життя.

Реабілітація та фізична терапія: персонал госпіталів у справах ветеранів зосереджується на відновленні фізичної та психічної форми своїх пацієнтів. Функції реабілітації та фізіотерапії допомагають зменшити обмеження та покращити мобільність.

Психологічна підтримка: госпіталі для ветеранів та людей з обмеженими можливостями проводять індивідуальні та групові сеанси психологічної підтримки. Кваліфіковані спеціалісти допомагають подолати посттравматичний стрес, депресію та інші психічні труднощі. Соціальна інтеграція: ця функція полягає в підтримці ветеранів та людей з обмеженими можливостями, коли вони реінтегруються в суспільство після того, як зазнали труднощів. Лікарні надають консультації, лікування та ресурси, необхідні для успішної інтеграції.

Право на лікування в стаціонарі мають:

інваліди війни;

учасники бойових дій;

учасники Другої світової війни;

особи, на яких поширюється дія Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», у тому числі учасники антитерористичної операції;

особи, які мають статус «Дитина війни» відповідно до Закону України «Про соціальний захист дітей війни» та є інвалідами;

особи, на яких діє п. 3 ст. 9 Закону України «Про основи соціального захисту ветеранів праці та інших осіб похилого віку в Україні»

постраждалі внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Водночас лікарні – це багатопрофільні спеціалізовані медичні заклади стаціонарного лікування, які надають допомогу всім громадянам України за наявності вільних місць. Протипоказаннями до госпіталізації є інфекційні, онкологічні та психічні захворювання, алкогольна та наркотична залежність, а також не можуть бути госпіталізовані хворі, які потребують спеціалізованого лікування, що недоступне в стаціонарі.

При реєстрації пацієнта на лікування необхідно мати такі документи:
направлення лікаря для надання ПМД, обраного згідно з актом про відбір лікаря, направлення до лікуючого лікаря;
переведення з іншої лікарні та/або клінічного відділення лікарні;
паспорт;
довідка, що підтверджує статус особи, яка має право на пільги згідно з чинними нормативно-правовими актами;
для дітей війни - посвідчення про вихід на пенсію та висновок МСЕК, що підтверджує інвалідність;
засоби особистої гігієни (зубна щітка, зубна паста, бритва тощо), змінне взуття та одяг (спортивний одяг, білизна), теплий одяг взимку.

Одним із провідних госпіталів України є Рівненський районний госпіталь ветеранів війни. Лікарня розташована в сосновому лісі, в екологічно чистій зоні, за 25 кілометрів від Рівного, займає територію близько 12 га, тут розташовані 2 лікувальні корпуси, адміністративний корпус з лекційною аудиторією, корпус фізіотерапії та водолікування та відділення реабілітації, які розташовані в 41 котеджі покращених умов проживання. Кожен із них має автономну систему опалення, сучасне планування та дизайн, адаптований до потреб пацієнтів особливої категорії. Важливу роль у максимальному оздоровленні відіграє інфраструктура з численними оглядовими майданчиками, рідкісними деревами, кущами та квітами навколо будинків.

Сьогодні у зв'язку з великим навантаженням лікарня має 240 ліжок, з них 100 місць пристосовані для надання високоспеціалізованої реабілітаційної допомоги після травм хребта. У 2023 році в лікарні проліковано понад 5,5 тис. пацієнтів, але потреби значно більші. Тому лікарню планують модернізувати та розширити її можливості. Для цього держава та міжнародні партнери інвестують понад 1,3 млрд грн. Планується будівництво нової будівлі. Будівництво нового корпусу дозволить збільшити потужність закладу до 300 ліжок, що дозволить забезпечити висококваліфіковану допомогу ще більшій кількості пацієнтів, які її потребують.

Пацієнтам надається комплексна реабілітаційна допомога за сучасними міжнародними стандартами, що включає психологічну допомогу, уродинамічні дослідження та навчання пересуванню в інвалідному візку. У закладі реалізовано проект «Перший контакт», метою якого є підтримка пацієнтів із травмами спинного мозку.

За ці та минулі роки закладом накопичено великий практичний досвід роботи з постраждалими, посттравматичними розладами, наслідками травм та мінно-вибуховими пораненнями реабілітологами, особливо лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізіотерапевтами, лікарями-медиками праці, терапевти та медсестрами відділення реабілітації. Основні об'єкти курортної інфраструктури - медичний будинок-інтернат, відділення фізичної медицини та реабілітації, дачні будинки з власною кімнатою-їдальнею, їдальня, буфет. Нещодавно на базі лікарні відкрили лабораторію інвалідних візків та перший в країні кабінет уродинамічних досліджень.

На першому поверсі новобудови проектом передбачено реєстратуру, діагностичне відділення та лабораторію. На другому поверсі – реанімаційне відділення, лікарняні палати, соціальні кімнати та перехід до існуючого корпусу лікарні. На третьому поверсі — реанімація, кабінет персоналу та операційний блок із трьома операційними. На четвертому поверсі розташовані адміністративні приміщення та 5 кімнат реабілітації. У планах також будівництво гелікоптерного майданчика для швидкого транспортування поранених захисників. Міністр Віктор Ляшко, який відвідав госпіталь, наголосив на важливості розвитку госпіталю для ветеранів війни у Рівному, адже він має необхідне обладнання, спеціалістів та міжнародні команди, які діляться найкращим досвідом. У 2022–2023 роках мультидисциплінарна команда з 11 провідних міжнародних експертів з реабілітації з Великої Британії, Канади, Норвегії, Італії, Швеції та Австралії за підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я та уряду Великої Британії та в партнерстві з Міжнародним товариством спинного мозку (ISCoS), провели

навчання на робочому місці для місцевої бригади реабілітологів. Все це дозволяє надавати пацієнтам висококваліфіковану, якісну допомогу.

Три роки в обласному госпіталі ветеранів війни в Рівному працює центр лікування та реабілітації наслідків нейротравми. Рівненський обласний госпіталь для ветеранів опікується лише ветеранами, які вже відслужили військову службу. Заклад розрахований на 240 ліжок, а лікувально-реабілітаційний центр може одночасно пролікувати 50 осіб. Лікарі пропонують широкий спектр медичних, фізичних і психологічних послуг. А саме: арт-терапія, ліплення з глини, в'язання, шиття та навіть бісероплетіння. Середня тривалість лікування становить близько шести місяців і включає лікування та відпочинок пацієнта.

Серед пацієнтів госпіталю – розвідник Андрій Бадарак, який після серйозних травм хребта та ніг не відчуває кінцівок і зараз активно бореться за повноцінне життя, цього року він брав участь у «Іграх Нескорених 2.0». Вадим Ушаков – учасник війни, який першим в Україні вшив помпу, що забезпечує добову дозу препарату, що знімає спазми паралічу. Кожен місяць цей насос наповнюється необхідними ліками і полегшує йому життя.

За три роки роботи в центрі допомогу отримали понад 500 ветеранів війни. Третина пацієнтів, які надійшли до лікарні лежачи, виписувалися додому повністю соціалізованими, а кожен десятий пацієнт покидав заклад самостійно, вдруге в житті навчаючись ходити. Реабілітаційну допомогу тут надають 8 висококваліфікованих багатопрофільних бригад.

Завдяки допомозі МОЗ, ВООЗ та інших донорів лікарня оснащена сучасним реабілітаційним обладнанням та додатковими реабілітаційними ресурсами. Зокрема, інноваційними роботизованими системами реабілітації зі зворотним зв'язком. Лише за 6 місяців 2023 року проліковано майже 3 тис. осіб, з них 680 скористалися реабілітаційними послугами. Переважна більшість хворих – це українські військові, яких привезли з важкими пораненнями чи інвалідністю. Враховуючи те, що Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни Рівненської обласної ради вважається одним із

найкращих в країні, його обрано базою для проходження інтернатури лікарів фізичної та реабілітаційної медицини та місцем практики фізіотерапевтів та ерготерапевтів. Усі реабілітаційні послуги є безкоштовними та повністю оплачуються Національним службою здоров'я за Програмою медичних гарантій. Стаціонарні реабілітаційні послуги за одним напрямком реабілітації мають тривати не менше 14 днів, лікування – три години на день. У важких випадках – понад 21 день. Амбулаторна реабілітація включає понад 14 днів інтенсивних занять, які мають тривати більше години на день. Кожен пацієнт, залежно від тяжкості травми, може отримати від 2 до 8 циклів реабілітації на рік.

Заклад, як і раніше, фінансується МОЗ за затвердженою програмою. З державного бюджету на наступний рік виділено необхідні кошти, а лікарня продовжить співпрацю з окремими видами підрозділів Збройних Сил та інших військових формувань України. Також планується розширення обладнання: придбання комп'ютерного томографа сканер, покращення інфраструктури шляхом будівництва проїздів між будинками. Завдяки цьому пацієнтам на візках не доведеться виходити на вулицю, що зробить пересування з палати в процедурну швидшим і зручнішим.

Госпіталь є провідним медичним закладом України, який приймає захисників України на реабілітацію у гострому періоді після важких черепно-мозкових та спинномозкових травм. Щороку тут проходять лікування та реабілітацію близько 5 тисяч пацієнтів. У 2023 році уряд ухвалив рішення про виділення 100 млн. грн із Фонду ліквідації наслідків збройної агресії на будівництво першої черги нового лікувального корпусу обласного госпіталю ветеранів війни у Рівному. Загальна вартість проекту – понад 1 млрд 304 млн грн [3].

В результаті реалізації проекту очікується досягнення наступних цілей:

- відкриття сучасного реабілітаційного центру для пацієнтів з наслідками черепно-мозкових і спинномозкових травм і захворювань різного ступеня тяжкості;

- облаштування безбар'єрного простору за допомогою універсального дизайну;
- відкриття лабораторії стовбурових клітин для впровадження нових методів лікування;
- створення додатково 63 робочих місць;
- Залучення ВНЗ, професійно-технічних, дошкільних та післядипломних ВНЗ до виховання кадрів для ресоціалізації та впровадження механізму підготовки студентів;
- розширення співпраці із зацікавленими інвесторами щодо утримання та розвитку реабілітаційного центру в рамках державно-приватного партнерства;

Втім, інфраструктура готелю та громадського харчування в обласному госпіталі ветеранів війни Рівного розвивається не лише за рахунок держави. Рівненська облдержадміністрація, Рівненська обласна рада та компанія «Нова пошта» підписали меморандум про реалізацію спільного проекту будівництва модульного літнього будинку для поранених бійців. Розміщуватиметься він у приміщенні районного госпіталю ветеранів війни Рівного. Кожен будиночок призначений для двох людей, які проживатимуть у ньому під час лікування або реабілітації в лікарні, матиме автономні системи опалення, сучасне планування та декор, буде мати кухню з холодильником, вітальню з телевізором, набір м'яких меблів, дві окремі спальні та санвузол. Під час проектування та будівництва будинків будуть враховані всі потреби людей з обмеженими можливостями. Зокрема: двері, пандуси, сходи, поручні, туалети та інші елементи закладу забезпечуватимуть зручність маневрування людей на інвалідних візках; системи безпеки (пожежна та газова сигналізація, сигналізація евакуації) будуть обладнані візуальною сигналізацією або вібраційною сигналізацією, доступною для людей з вадами слуху; санвузли обладнані системою сигналізації, яка піклується про потреби людей з вадами зору та слуху. У рамках співпраці «Нова пошта» придбає та доставить 10 таких модульних житлових будинків.

Більше року «Нова Пошта» співпрацює з Рівненським обласним госпіталем ветеранів війни. Там проходять реабілітацію та реабілітацію демобілізовані, за словами фахівців, це один із найкращих аналогічних центрів в Україні, тому компанія підтримує його розвиток, щоб якомога більше ветеранів мали гідні умови для реабілітації. Рівненська обласна державна адміністрація забезпечить фінансування розробки проектно-кошторисної документації та будівельних робіт (закладання фундаменту, встановлення необхідних інженерних мереж та облаштування території). КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради виділяє землю під будівництво модульних будинків та виготовляє проектно-кошторисну документацію. Модульне містечко для відпочинку та лікування буде розташоване в сосновому лісі, в екологічно чистій зоні, в безпосередній близькості від залізничного вокзалу та траси.

2.3. Організація послуг гостинності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» в умовах інклюзії

У військовому госпіталю значною складовою є рекреаційна, реабілітаційна складова відновлення здоров'я бійців. Тому елементи гостинності високої якості обов'язково присутні у його діяльності. Одним з таких елементів є організація спеціального харчування, яке забезпечується діяльністю харчоблоку.

Блок харчування лікарні - це комплекс спеціальних приміщень, де приймають, зберігають, готують проварюють (холодна обробка) і термічно проварюють і роздають харчові продукти.

У госпіталі працює центральний пункт харчування. Там готують готові страви, які в термосах доставляють у палати, де розігрівають і роздають хворим, а при потребі й відпочивальникам. Позитивним є те, що їжа готується в одному місці, під наглядом дієтолога. До негативних моментів можна віднести необхідність перекладання їжі в термос, транспортування (часто по

вулиці), під час якого їжа охолоджується, а потім розігрівається, що знижує її вітамінну цінність і погіршує смак.

Готова продукція видається з продовольчого цеху через спеціальне вікно; Для дозування використовують спеціальні ложки, блюда та черпаки. Роздачу страв здійснює працівник громадського харчування, одягнений у спеціальний костюм з написом «Для громадського харчування». Транспортування готової продукції з харчоблоку в буфет і до хворих повинно здійснюватися в термосах на спеціальних візках. У їдальнях і котеджах харчування здійснюється з урахуванням специфіки інвалідності пацієнтів. Для цього в їдальнях ставлять спеціальні столи і стільці, в будиночках є обідня зона, а їжу подають безпосередньо на тарілках.

Підприємство харчування забезпечується водою шляхом підключення до системи централізованого водопостачання. Якість води в системах водопостачання організації відповідає гігієнічним вимогам до якості води в системах централізованого водопостачання.

Всі виробничі цехи обладнані мийками з гарячою та холодною водою. Водночас встановлені змішувачі розроблені для запобігання повторного забруднення рук після миття. Забороняється використовувати гарячу воду з водогрійної системи для технологічних, господарсько-побутових потреб і для обробки технологічного обладнання, посудин, апаратів і приміщень. Промислові та побутові стоки скидаються в систему централізованих очисних споруд.

Робочі місця кухарів повинні мати достатнє освітлення. Загальне освітлення рівномірно розподіляється по кімнаті. Не можна розміщувати світильники над плитами, технологічними пристроями та обробними столами. При необхідності робочі місця обладнуються додатковими джерелами світла. Освітлювальні прилади мають захисні корпуси.

Зона громадського харчування знаходиться в окремій будівлі. Основними санітарно-гігієнічними принципами цеху громадського харчування є технологічний процес і роздільна обробка сировини і готової

продукції. Дотримання принципу потоку полягає в тому, що під час приготування їжа переходить із сирого у варений стан, не перетинаючись, щоб запобігти забрудненню кінцевого продукту. Мета принципу розділення – недопущення обробки сировини та готової продукції в спеціальних цехах і спеціальним персоналом. Для цього в спеціальному посуді зберігають і обробляють сире і варене м'ясо, рибу і овочі, який повинен бути відповідним чином позначений. Крім того, використовувані столи, обладнання, ножі та обробні дошки повинні бути промарковані відповідно до призначення майстерні.

При прийманні продуктів слід враховувати, що продовольча продукція, що надходить до підприємства громадського харчування, повинна відповідати вимогам чинної нормативно-технічної документації та містити документи, що підтверджують її якість (супровідні документи). Харчові продукти без супровідних документів, з простроченим терміном придатності або зі слідами псування не приймаються. У супровідному документі, що стосується якості швидкопсувних продуктів, повинні бути вказані дата і час виробництва продукту, а також дата і час його кінцевого терміну використання. Приймається тільки м'ясо з клеймом і ветеринарним сертифікатом державної ветеринарної служби.

Приймання товару та перевірку доданої документації здійснює комірник (завідувач складу) за участю завідуючого виробництвом (начальника) та дієтолога. Продукція зберігається відповідно до прийнятої класифікації за видами продукції:

- сухі (борошно, цукор, крупи, макарони та ін.);
- хліб;
- м'ясо риби;
- молочний жир;
- громадське харчування;
- овочі та фрукти.

Сировина і готова продукція зберігаються в окремих холодильних камерах.

При зберіганні харчових продуктів суворо дотримуються принципів сусідства з товарами, норм зберігання, термінів придатності та умов зберігання. Неприпустимо зберігати сировину або напівфабрикати разом з готовою продукцією; зберігання разом із якісною продукцією зіпсованої або сумнівної продукції; спільне зберігання тари, візків, побутових і непродовольчих товарів разом з харчовими продуктами. Продукти зі специфічним запахом (спеції, оселедець тощо) слід зберігати окремо від продуктів зі сторонніми запахами (масло, сир, яйця, чай, сіль, цукор тощо).

Зберігання особливо швидкопсувних продуктів здійснюється з дотриманням гігієнічних вимог щодо умов і термінів зберігання особливо швидкопсувних продуктів.

При приготуванні страви суворо дотримується виробничий процес. Не можна допускати зустрічних течій сировини і готової продукції. Сирі та готові продукти обробляються окремо в спеціально обладнаних цехах. Перед подачею їжі в палати якість готових страв повинна перевірятися кухарем, який готує страву, а також приймальною комісією шляхом складання відповідного акту і запису у журналі відмов.

До складу приймальної комісії входять лікар-дієтолог (у разі його відсутності — дієтолог), завідувач виробництвом (начальник) і черговий лікар стаціонару.

Пробу відбирають так: готову страву беруть із казана ополоником (для перших страв), ложкою (для других страв). Особа, яка бере пробу, спеціальною ложкою бере готову їжу з ковша або з тарілки (у випадку інших страв) і перекладає її на ложку, якою він безпосередньо бере пробу їжі. Після кожного прийому їжі ложку, якою зачерпували готову їжу, необхідно обполіскувати теплою водою. Після відбору проби інформація про якість готової їжі заноситься в протокол відмови, вказується час відмови та дається згода на споживання.

Щодня в ресторані залишають зразок приготованих страв. Протягом дня страви, зазначені в меню, з найпопулярніших дієт відбираються для щоденної проби в ретельно вимиті стерильні скляні банки. Для добового тесту залиште половину порції перших страв. Порційні інші страви (котлети, ватрушки та ін.) відбирають цілими в кількості не менше 100 г. Треті страви відбирають в кількості не менше 200 г. Добову пробу зберігають у тарі з кришками. Через 24 години добову пробу викидають у харчові відходи. Перші страви і гарячі напої мають температуру не нижче 75° С, інші страви - не нижче 65° С, холодні страви і напої - від 7 до 14° С. Перед подачею перші і другі страви можна витримати на плиті до 2 годин. Забороняється в цей же день змішувати страви з минулого дня.

Схема миття посуду в закладах харчування лікарні така:

- видалення залишків їжі;
- прати в теплій воді (50 С) з миючим засобом;
- дезінфекція посуду;
- миття посуду теплою (не нижче 65 С) проточною водою;
- сушіння на стелажах.

Перед початком роботи всі працівники харчоблоку проходять медичні огляди та перевіряються на наявність збудників гострих кишкових інфекцій, глистових інвазій та туберкульозу. Надалі медичні огляди проводитимуться щокварталу, дослідження на наявність мікобактерій та паразитичних черв'яків – у терміни, визначені місцевою санітарною інспекцією, дослідження на туберкульоз – щорічно.

Забороняється приступати до роботи особам, хворим на черевний тиф, дизентерію, носіям цих інфекцій, хворим на активний туберкульоз легень, позалегеневу форму туберкульозу, а також особам з гнійничковими захворюваннями шкіри. Також від роботи відсторонюють людей, які проживають разом із хворими на гострі кишкові інфекції.

Ми забезпечуємо всіх працівників громадського харчування спеціальним одягом, стежимо за чистотою рук і дотриманням правил особистої гігієни.

Характер обслуговування пацієнтів у військовому госпіталі породжує багато бруду. Існують чіткі стандарти дотримання чистоти. Чиста і брудна білизна не повинні перетинатися під час зберігання і транспортування. Зберігається чиста постільна білизна в спеціальних шафах або стелажах, стійких до миючих засобів. У них не можна зберігати чужі речі. Брудну білизну зберігають в окремому контейнері, але не на підлозі. Якщо мокра білизна зберігається більше доби, її слід просушити.

Брудну білизну перуть у пральнях або в приміщенні з відповідними умовами. Прання в будинку не допускається. Контейнери для транспортування білизни повинні бути розділені для чистої та брудної білизни, стійкі до миючих засобів і промарковані. Після використання тару миють і дезінфікують. При роботі на будівельному майданчику персонал одягає чистий санітарний одяг. Запас такого одягу зберігається на місці. У закладі створені умови для дотримання особистої гігієни та зберігання санітарного одягу. Домашні тварини на території закладу заборонені. Забороняється проводити дератизацію та дезінсекцію в присутності людей.

Приміщення розташовані таким чином, щоб забезпечити безперервність технологічного процесу, виключивши можливість змішування чистої та брудної білизни. У табл. 2 наведено різні типи забруднення білизни.

Поводження із забрудненою білизною: Білизна, яка може бути потенційно забруднена, включаючи білизну з різних медичних відділень і білизну, забруднену біологічними рідинами, слід дезінфікувати до та під час прання. При цьому заклади охорони здоров'я повинні мати підтверджувальну документацію щодо первинної дезінфекції білизни поза пральною.

Технічні характеристики обладнання: Прання білизни здійснюється в спеціальних пральних машинах з відповідним маркуванням. Це розділення

допомагає запобігти перехресному забрудненню та підтримувати стандарти гігієни.

Таблиця 2.1

Визначення рівня забруднення білизни з метою її розподілення в пральному комбінаті

Ступінь забруднення	Вид забруднення	Характеристика забруднення
I ступінь - незабруднена білизна	Нові вироби, які не мають видимих забруднень, ушкоджень, надходять зі складу і не були у використанні	Практично не зустрічається
II ступінь - трохи забруднене	Текстильні вироби, що мають загальне забруднення, спецодяг харчоблоку, адмінперсоналу	Фактично, це лише спецодяг не медичного персоналу
III ступінь - середньо забруднене	Текстильні вироби, що мають спільні забруднення з незначними слідами крові, сечі, блювотних, фекальних мас, ліків	Основний обсяг білизни з терапевтичних стаціонарів
IV ступінь - значно забруднене	Текстильні вироби із значними забрудненнями крові та іншими біологічними виділеннями.	Основний обсяг білизни з хірургічних стаціонарів

Відокремлення приміщень: Приміщення, в яких приймають, сортують і, при необхідності, дезінфікують білизну, суворо ізольовані від інших приміщень закладу та обладнуються автономною витяжною вентиляцією.

Норми щодо санітарного одягу: Працівники, відповідальні за приймання та видачу білизни, мають окремі комплекти санітарного одягу для роботи з чистою та брудною білизною. Цей одяг слід міняти щодня, особливо під час переміщення між «брудною» та «чистою» зонами, а також негайно, якщо білизна брудна. Кожен працівник повинен мати чистий одяг, який при необхідності можна змінити.

Вимоги до води та миючих засобів: Для прання, особливо забрудненої білизни, необхідно використовувати воду, яка відповідає санітарним нормам. Мийні та дезінфікуючі засоби, що використовуються в пральнях, повинні бути сертифіковані відповідними санітарними установами і мати високі антисептичні властивості. Навчання персоналу: усі працівники, які працюють

у пральнях, особливо в зонах високого ризику, таких як робота з забрудненою білизною, повинні проходити регулярне навчання з охорони праці та безпеки. гігієна допоможе забезпечити дотримання встановлених стандартів і мінімізувати ризик перехресного зараження.

Періодичні перевірки: пральні регулярно перевіряються для дотримання стандартів охорони здоров'я та безпеки. Це включає тестування обладнання, води, миючих засобів і методів дезінфекції, а також процеси аудиту та навчання персоналу.

Утилізація відходів: відходи від забрудненої білизни або інших потенційно небезпечних матеріалів необхідно утилізувати відповідно до суворих стандартів охорони здоров'я та охорони навколишнього середовища, щоб не становити ризику для навколишнього середовища або здоров'я людей.

Система зворотного зв'язку та скарг: у лікарні створено порядок прийому відгуків та скарг від пацієнтів та персоналу. Це допоможе вам завчасно виявити потенційні проблеми та вжити відповідних заходів для їх вирішення.

Експлуатаційні вимоги до пральнь, особливо в контексті поводження з інфекційною та медичною білизною, мають вирішальне значення для забезпечення здоров'я та безпеки пацієнтів. Дотримання цих вимог і регулярний моніторинг забезпечують високу якість послуг і мінімізують ризики.

Все наявне в стаціонарі технологічне, санітарно-технічне та інше обладнання, меблі та інвентар повинні відповідати чинним нормам і бути справними. Необхідність відновлення організму пацієнта та процес реабілітації вимагають якісного та комфортного розміщення в стаціонарі. Це стосується перш за все лікарняних палат з гарячою і холодною водою, обладнаних змішувачами, встановлювати в палатах хворих, кабінетах лікарів, соціальних кімнатах і кабінетах, в туалетах, у повітряних камерах боксів і напівбоксів, процедурних, гардеробних. та підсобні приміщення.

Передопераційні, перев'язувальні, процедурні, кабінети медичних сестер та інші приміщення, що вимагають особливого режиму і чистоти рук медичного персоналу, який обслуговує хворих, обладнуються умивальниками з ліктьовими кранами зі змішувачами;

Санітарні кімнати відділення повинні бути обладнані обладнанням для малогабаритних харчових автоматів для обробки та сушіння посуду;

У санітарних кімнатах для обслуговуючого персоналу: кількість санітарно-технічних приладів повинна бути не менше двох апаратів і гігієнічна кабіна для жінок з душовою лійкою і один апарат для чоловіків; кількість душів розраховується з розрахунку: один душ на 15 осіб, які працюють у найбільшій зміні середнього і молодшого персоналу. При меншій кількості працівників слід передбачити один душ на кожне відділення. В операційних блоках санітарний прохід для персоналу (чоловічого та жіночого) слід проектувати у складі двох суміжних приміщень – для особистого та спеціального одягу. Душові (по одній кабіні в кожному санепідпункті на 2-4 оперативні бригади) необхідно розміщувати з таким розрахунком, щоб прохід через них був на виході.

У палатах лікарняні ліжка повинні розміщуватися строго за площею відповідно до чинних нормативів, але не більше чотирьох ліжок в одній палаті. У стаціонарі максимальна кількість ліжок у палаті корпусу і в будиночках - 2. Ліжка в палатах розміщують паралельно стінам з вікнами. Відстань від ліжка до стін з вікнами має бути не менше 0,9 метра. Відстань між торцями ліжок у чотиримісних кімнатах і торцями ліжок від стіни у 2-3-місних кімнатах має бути не менше 1,2 метра. Відстань між бортами ліжка повинна бути не менше 0,8 метра, а в дитячому та післяопераційному відділенні - не менше 1,2 метра залежно від кількості ліжок. У зв'язку з наявністю великої кількості пацієнтів з інвалідністю та обмеженими можливостями в госпіталі прийнято рішення дотримуватися розміщення в палатах не більше двох осіб.

Кожне відділення оснащене дрібною технікою (стропи, візки для транспортування медикаментів, білизни, їжі). Комори для зберігання

постільної білизни у відділеннях обладнуються стелажми з гігієнічним покриттям, які підлягають вологому прибиранню та дезінфекції. Системи опалення, вентиляції та кондиціонування повинні забезпечувати умови, що відповідають вимогам гігієнічних норм, мікроклімату та повітряного середовища в приміщеннях. При проектуванні, будівництві (реконструкції) та експлуатації системи опалення, вентиляції та кондиціонування повітря дотримувались основні положення чинних нормативних документів. Температурні параметри приміщень встановлюються відповідно до нормативів.

Системи опалення лікарень забезпечують рівномірний нагрів повітря в приміщеннях протягом усього опалювального періоду, усувають забруднення повітря шкідливими речовинами і запахами, не створюють шуму вище допустимих рівнів, оснащені пристроями контролю і придатні для поточного обслуговування і ремонту.

Всі приміщення, обладнання, медичне та інше обладнання утримуються в чистоті. Вологе прибирання приміщень (миття підлоги, протирання меблів, обладнання, підвіконь, дверей) проводиться не рідше двох разів на день, а при необхідності і частіше з використанням миючих і дезінфікуючих засобів, дозволених органами і відповідними установами епідеміологічного нагляду. Скло очищають не рідше 1 разу на місяць зсередини, а якщо воно забруднене, то не рідше 1 разу на 4-6 місяців зовні. Весь інвентар для прибирання (відра, миски, ганчірки) чітко позначається відповідно до приміщення і виду прибиральних робіт, використовується тільки за призначенням і зберігається окремо.

Генеральне прибирання операційних блоків проводиться один раз на тиждень. Приміщення (підлогу, панелі) попередньо миють розчином мила та соди, а потім обробляють дезінфекційними засобами, дозволеними органами та установами державного санітарно-епідеміологічного нагляду. Після визначеної експозиції приміщення промивають водою за допомогою

одноразові серветки та опромінюють ультрафіолетом (прямим або відбитим) протягом двох годин.

РОЗДІЛ 3
СТВОРЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА
В КП «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ
ВІЙНИ» РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

3.1. Визначення основних напрямів розвитку інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

З метою вивчення сучасного стану формування інклюзивного середовища для людей з інвалідністю та факторів, які впливають на послуги гостинності та лікувально-оздоровчі послуги в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради було проведено емпіричне дослідження. У зв'язку з цим нами було використано анкетне опитування. Оскільки об'єкт нашого дослідження – це люди з інвалідністю, у яких, зазвичай є обмеження у вільному пересуванні і спілкуванні, то використання он-лайн анкетного опитування є найбільш зручним способом збору емпіричних даних. У дослідженні взяли участь 100 респондентів від 30 до 55 років, які проходять лікування та реабілітацію в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради і є представниками різних соціальних груп. Однак, всі учасники опитування були бійцями ВСУ різних років які отримали поранення або контузії.

Перше питання анкети була присвячена на виявлення основних проблем в сфері покращання інклюзивності в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (рис. 3.1). До найбільш важливих питань КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» в сфері формування інклюзивного середовища, що потребують вирішення пацієнти віднесли наступні: п. 1.5. – «Доцільність створення фінансових умов для залучення реабілітологів високої кваліфікації для роботи з інвалідами» – 73 відповіді, п. 1.6. – «Вирішення державою питань щодо

пільгової системної реабілітації впродовж всього життя для поранених бійців ВСУ» – 76 осіб, п. 1.8. – «Надання необхідного фінансування госпіталю з метою покращання матеріально-технічної бази лікування» – 71 особа. Серед варіантів відповідей, що отримали значну кількість оцінок «не важливо» необхідно віднести наступні п. 1.1. – «отримання грантів від міжнародних організацій на вдосконалення системи менеджменту госпіталю» – 61 особа, п. 1.4. – «Вдосконалення роботи закладу в напрямі популяризації та створення іміджу» – 64 особи, п. 1.11. – «Придбання додаткового спеціального устаткування для маломобільних груп пацієнтів» – 56 осіб.

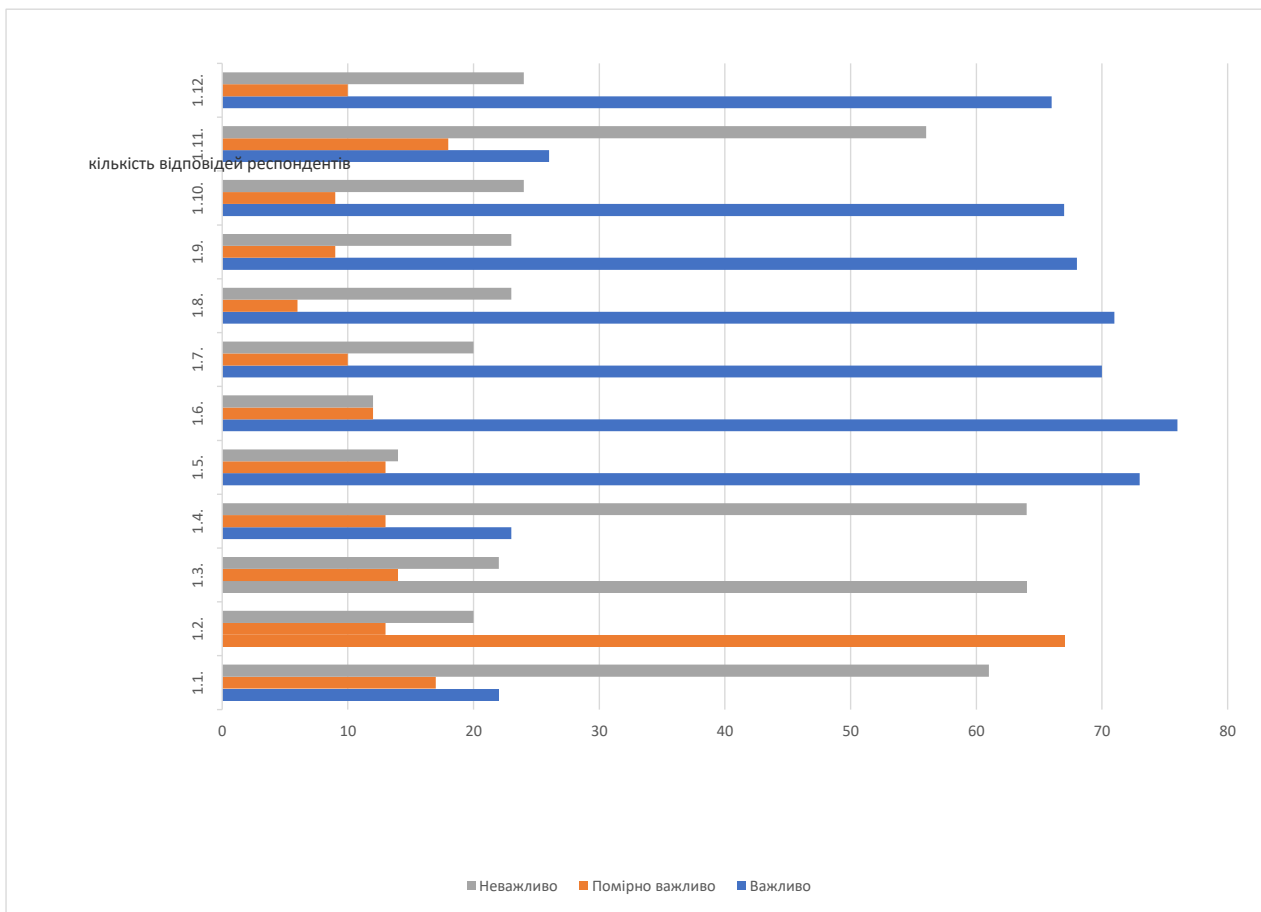


Рисунок 3.1 – «Визначте, будь ласка, основні проблеми сфері покращання інклюзивності в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради»

Наступним питанням, що стосувалося розвитку інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

було питання що стосувалося вдосконалення діяльності в сфері поселення та проживання (рис. 3.2). До відповідей, які отримали найбільшу кількість оцінок «важливо», пацієнти віднесли такі: п. 2.1. – «Оснащеність палат спеціальними ліжками з можливістю регулювання їх положення» – 70 осіб, п. 2.2. – «Необхідність оснащення котеджів та палат госпіталю більш сучасними меблями універсального дизайну» – 74 особи, п. 2.10. – «Спрощення системи отримання направлень на лікування для постійних пацієнтів госпіталю» – 74 особи.

Окрема частина авторських відповідей мала певну кількість оцінок «неважливо», зокрема, до них відносяться наступні: п. 2.4. – «Поліпшення мережі Інтернет на території госпіталю» – 58 осіб, п. 2.5. – «Ремонт та обладнання нових лавочек на території відпочинку у госпіталі - 65 осіб, п. 2.8 – «Необхідність заміни сантехніки в котеджах та палатах госпіталю на більш сучасну та адаптовану для потреб людей з обмеженими можливостями» - 60 осіб.

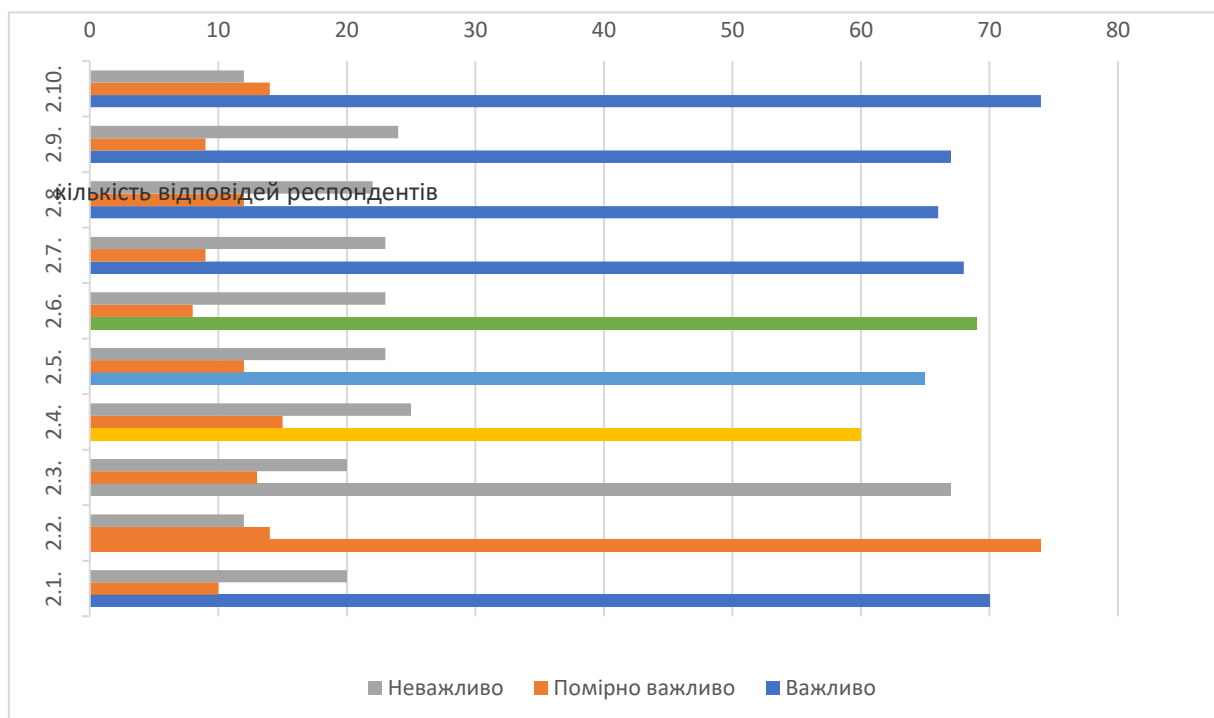


Рисунок 3.2 – «Визначте основні завдання вдосконалення діяльності в сфері поселення та проживання в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради»

Важливе питання проведеного дослідження стосувалося вдосконалення діяльності харчоблоку та якості харчування в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради». Пацієнтам було поставлено запитання: «Надайте рекомендації щодо якості харчування та вдосконалення діяльності харчоблоку в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» (рис. 3.3). До важливих рекомендацій, які надали опитувані слід віднести наступні: п. 3.6. – «Зробити більшими часи прийому їжі в обід та на вечерю» – 78 осіб, п. 3.8. – «Розширити асортимент дієтичних блюд» – 74 особи, п. 3.9. – «Оновити посуд в їдальнях та в котеджах» – 74 особи.

До авторських варіантів відповідей, які пацієнти не вважають важливими, необхідно віднести п. 3.5. – «Залучення волонтерів до роботи у їдальні госпіталю» – 58 осіб, п. 3.10. – «Інформувати про меню на весь тиждень (періодичне меню)» – 56 осіб, п. 3.11 – «Започаткування сніданку у форматі «Шведський стіл», для тих хто харчується в столовій» - 54 особи.

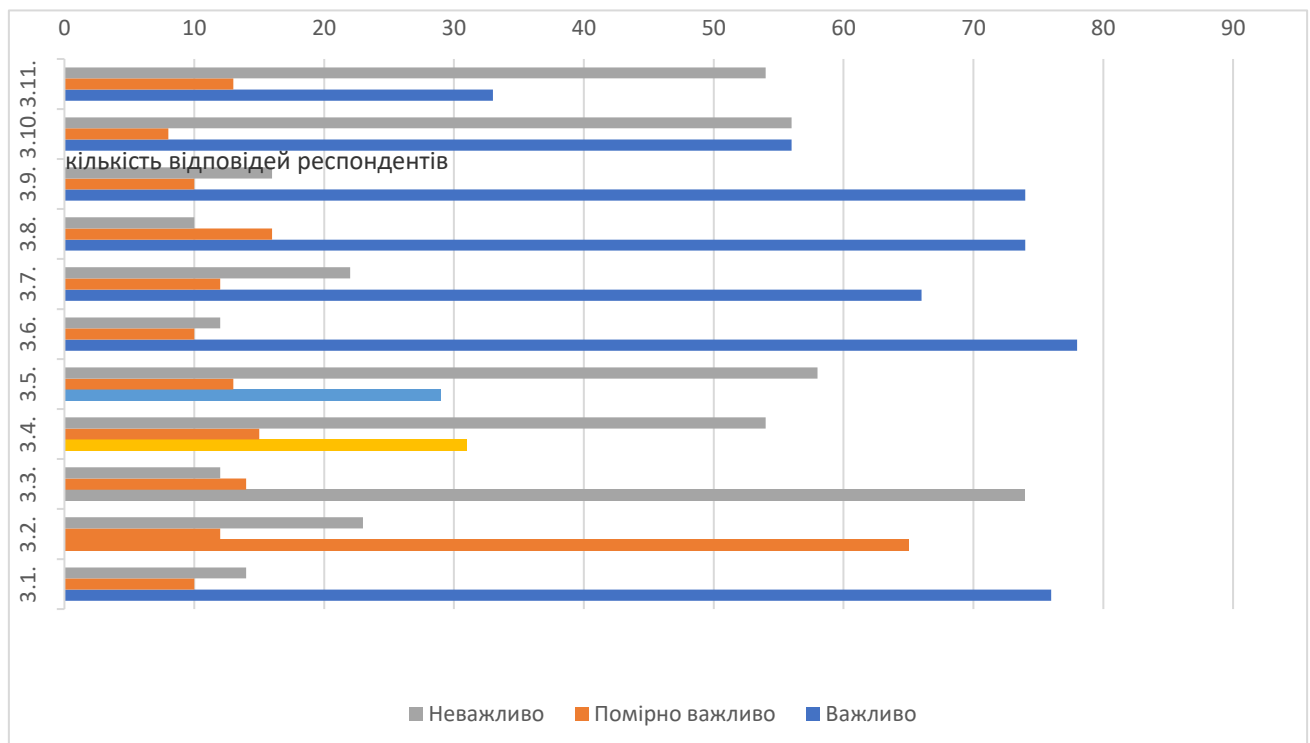


Рисунок 3.3 – Визначте, будь ласка, основні напрями вдосконалення діяльності харчоблоку та якості харчування в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради»

Одним з пріоритетних питань анкети було питання щодо розширення діяльності волонтерів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради». Для пацієнтів питання було визначено наступним чином: «Визначте, будь ласка можливості розширення діяльності волонтерів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни». Пацієнти висловили наступні думки щодо цього питання: (рис. 3.4);: п. 4.3. – «Допомога людям з обмеженими можливостями шляхом надання трансферу транспортом волонтерів» – 50 осіб, п. 4.4. – «Індивідуальні прогулянки з інвалідами-візочниками на території госпіталю та за його межами» – 47 осіб, п. 4.2. – «Забезпечення госпіталю та окремих пацієнтів необхідними ліками та медичним приладдям» – 44 особи.

Серед відповідей пацієнтів на які було надано найбільшу кількість відповідей «неважливо» визначено наступні: п. 4.6. – «Збільшення кількості виступів художньої самодіяльності в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради – 36 осіб, п. 4.7. – «Допомога волонтерів в організації екскурсій в м. Рівне, м. Луцьк, селище Клевань» – 40 осіб, п. 4.5 – «Збільшення допомоги волонтерів у забезпеченні засобами особистої гігієни та речами першої необхідності» – 42 особи.

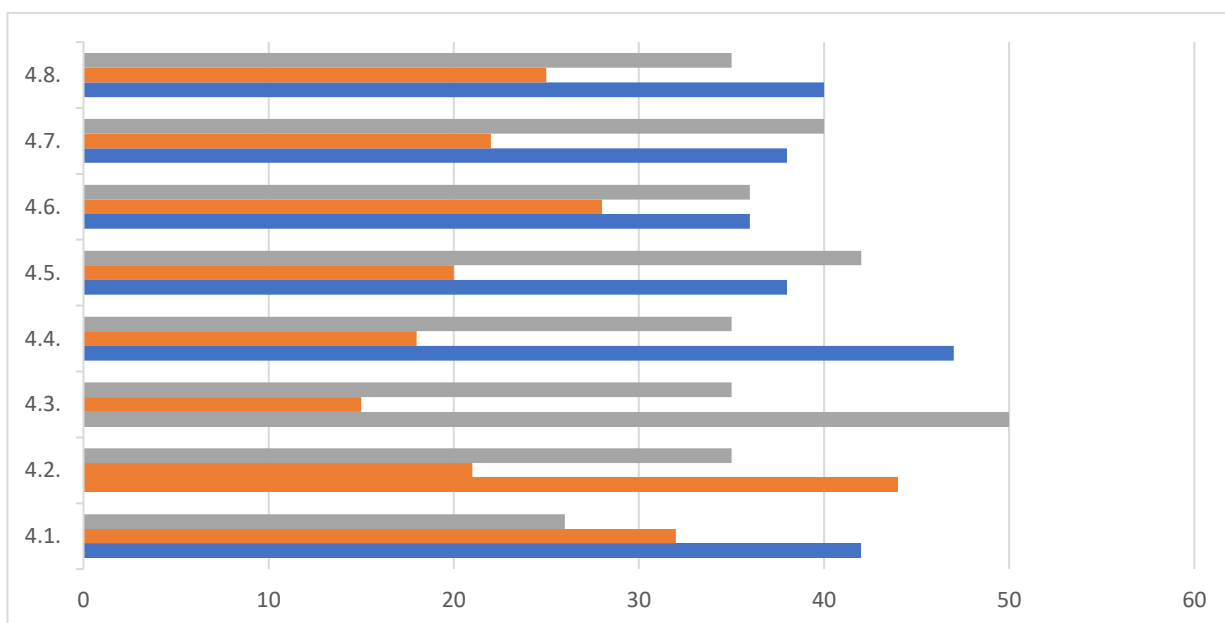


Рисунок 3.4 – «Визначте, будь ласка можливості розширення діяльності волонтерів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни»

Таким чином, до найбільш важливих напрямів вдосконалення діяльності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» в сфері формування інклюзивного середовища, що потребують вирішення пацієнти віднесли такі як доцільність створення фінансових умов для залучення реабілітологів високої кваліфікації для роботи з інвалідами, вирішення державою питань щодо пільгової системної реабілітації впродовж всього життя для поранених бійців ВСУ, надання необхідного фінансування госпіталю з метою покращання матеріально-технічної бази лікування.

Серед першочергових завдань розвитку інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради в сфері вдосконалення системи поселення та проживання пацієнти виокремили як оснащеність палат спеціальними ліжками з можливістю регулювання їх положення, необхідність оснащення котеджів та палат госпіталю більш сучасними меблями універсального дизайну, спрощення системи отримання направлень на лікування для постійних пацієнтів госпіталю.

Вдосконалення системи інклюзії в діяльності харчоблоку та якості харчування в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради базується на таких пріоритетних напрямках як оптимізація часів прийому їжі в обід та на вечерю, розширення асортименту дієтичних блюд, оновлення посуду в їдальнях та в котеджах.

Вагому роль в системі інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради відіграє волонтерська діяльність. Можливості розширення діяльності волонтерів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» пацієнти вважають доцільним в наступних напрямках як: допомога людям з обмеженими можливостями шляхом надання трансферу транспортом волонтерів, індивідуальні прогулянки з інвалідами-візочниками на території госпіталю та за його межами, забезпечення госпіталю та окремих пацієнтів необхідними ліками та медичним приладдям.

3.2. Виявлення основних проблем запровадження інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

Перше питання проведеного дослідження визначення основних проблем в сфері покращання інклюзивності в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради було спрямовано на загальних проблем інклюзії в діяльності госпіталю (рис. 3.1). Треба визначити, що всім варіантам відповідей, що було запропоновано пацієнти госпіталю надали високу оцінку. До найбільш проблемних питань розвитку інклюзивного середовища в госпіталі віднесено наступні: п. 5.4. – «Відсутність безбар'єрного доступу до інфраструктури селища Клевань» – 73 відповіді, п. 5.5. – «Обмежена можливість за часом відвідування басейном» – 74 особи, п. 5.7. – «Відсутність можливостей отримання достатньої кількості процедур масажу» – 78 осіб.

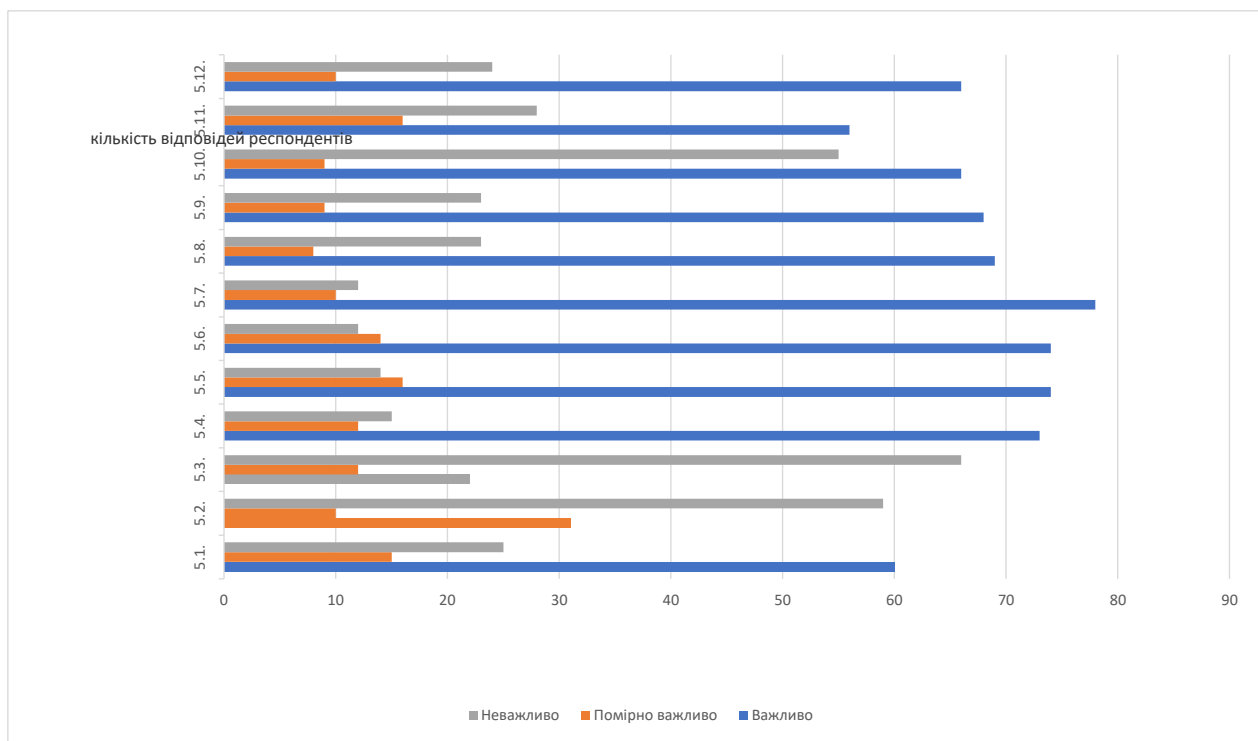


Рисунок 3.5 – «Визначте, будь ласка, загальні проблеми інклюзивного середовища, що формується в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

Серед запропонованих варіантів відповідей, що отримали найбільшу кількість оцінок «не важливо», необхідно визначити наступні п. 5.2. – «Недостатнє покриття мережею Інтернет на території зони відпочинку в госпіталі» – 59 осіб, п. 5.3. – «Відсутність інформації про можливість лікування в госпіталі на сайті госпіталю» – 66 осіб, п. 5.10. – «Обмежена можливість фізичного перебування в кафе на території госпіталю для інвалідів» – 55 осіб.

Важливим питанням для пацієнтів було питання щодо конкретних реабілітаційних програм для повторного відвідування госпіталю (рис. 3.6). До варіантів відповідей, що мали найбільш велику кількість відповідей як важливі, пацієнти віднесли наступні: п. 6.2. – «Обмежена можливість повторного прибуття до госпіталю з інших регіонів України» – 70 осіб, п. 6.3. – «Необхідність розширення програм реабілітації за рахунок рекреаційних можливостей місцевості в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради – 74 особи, п. 6.10. – «Запровадження нових методів реабілітації за рахунок придбання нового медичного обладнання в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради – 74 особи.

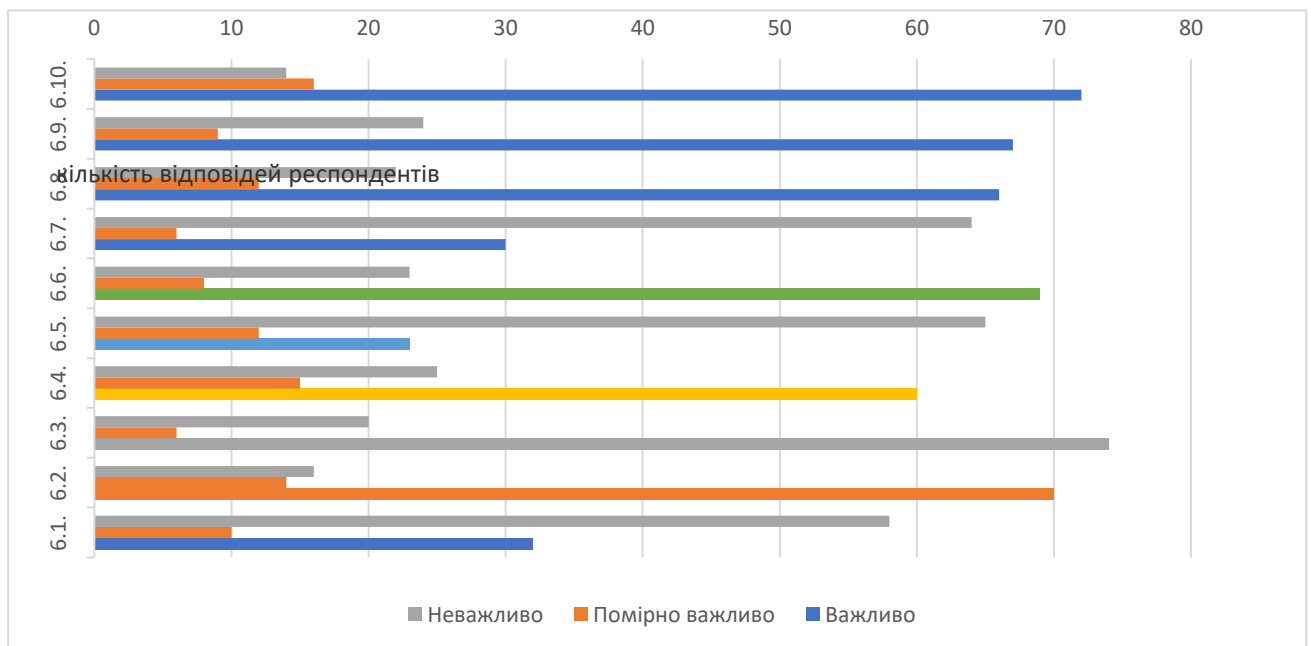


Рисунок 3.6 – «Визначте організаційні заходи вдосконалення діяльності санаторно-курортних підприємств в умовах воєнного стану»

До відповідей експертів, які мали найбільшу кількість оцінок «неважливо», відносяться: п. 6.1. – «Залучення іноземних фахівців до лікування та розробки програм реабілітації в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради – 58 осіб, п. 6.5. – «Збільшення часу на проведення реабілітаційних процедур в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради - 65 осіб, п. 6.7 – «Активне залучення волонтерських організацій до реалізації програм реабілітації в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради - 64 особи.

Наступне питання анкети стосувалося основних проблем в сфері поселення та проживання пацієнтів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної. Пацієнтам ставилося запитання: «Визначте найбільш важливі проблеми в сфері поселення та проживання пацієнтів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (рис. 3.7).

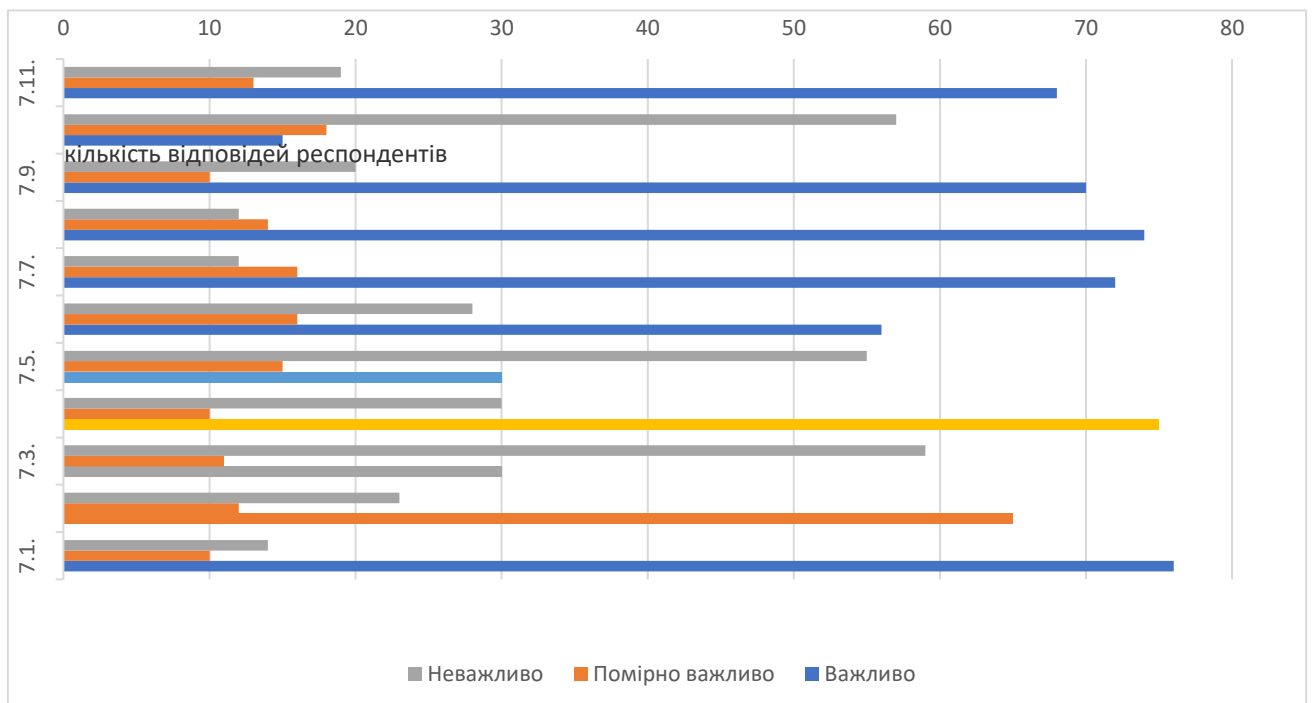


Рисунок 3.7 – «Визначте найбільш важливі проблеми в сфері поселення та проживання пацієнтів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради

Серед основних проблем в сфері поселення та проживання пацієнтів госпіталю було визначено наступні: п. 7.4. – «Перевантаженість госпіталю в період воєнного стану» – 75 осіб, п. 7.7. – «Неможливість повторного проживання у котеджах в яких вже проживав раніше» – 72 особи, п. 7.8. – «Відсутність на території КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради комфортних зон для зустрічей з рідними та близькими» – 74 особи.

До відповідей, які пацієнти не вважають важливими, слід віднести п. 7.3. – «Вдосконалення системи пандусів КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради – 59 осіб, п. 7.10. – «Наближення зупинки міського транспорту до КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради – 57 осіб, 7.5. – «Створення умов для інвалідів в роздягальнях басейну КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради – 55 осіб.

Одним з головних питань, що висвітлювало проблеми гостинності в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради було питання, що висвітлювало можливі проблеми у організації харчування пацієнтів. Для експертів запитання було сформульовано наступним чином: «Визначте, будь ласка, основні проблеми в організації харчування в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради». До основних проблем пацієнти віднесли наступні (рис. 3.8.): п. 8.1. – «Необхідність організації харчування за меню за вибором в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» – 69 осіб, п. 8.2. – «Необхідність збільшення кількості варіантів блюд в дієтичному харчуванні КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» – 66 осіб, п. 8.4. – «Відсутність безбар'єрного доступу до всіх об'єктів харчування в госпіталі та біля нього» – 63 особи.

До відповідей респондентів на які було надано найбільше низьких оцінок віднесено наступні, як: п. 8.6. – «Недостатня кількість святкових вечерів, що організують за участю волонтерів» – 57 осіб, п. 8.7. – «Поліпшення

організації харчування на виїзді під час екскурсії» - 58 осіб, п. 8.3 – «Збільшення уроків кулінарії для пацієнтів КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» – 59 осіб.

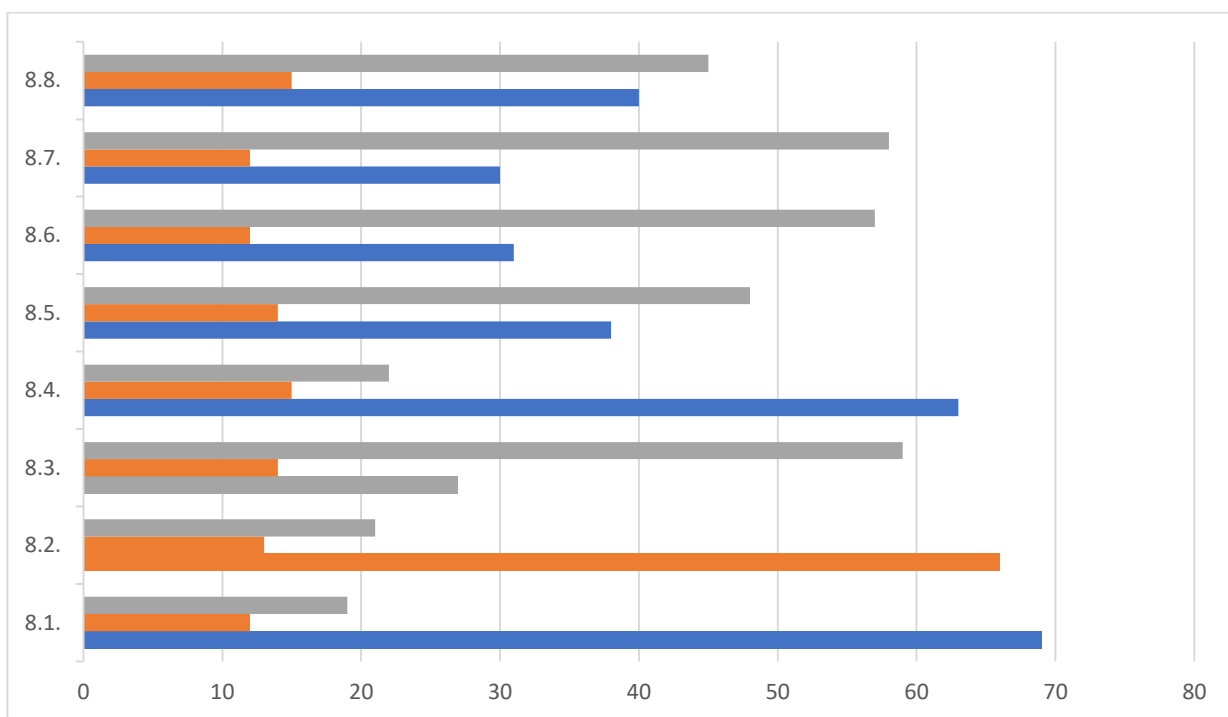


Рисунок 3.8 – «Визначте, будь ласка, основні проблеми в організації харчування в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради».

Таким чином, до найбільш гострих проблем діяльності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» в сфері формування інклюзивного середовища, що потребують вирішення пацієнти віднесли такі як відсутність безбар'єрного доступу до інфраструктури селища Клевань, обмежена можливість за часом відвідування басейну, відсутність можливостей отримання достатньої кількості процедур масажу.

Серед проблем проведення реабілітації в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» пацієнти визначили такі як обмежена можливість повторного прибуття до госпіталю з інших регіонів України, необхідність розширення програм реабілітації за рахунок

рекреаційних можливостей місцевості в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, запровадження нових методів реабілітації за рахунок придбання нового медичного обладнання в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради.

Серед основних проблем в сфері поселення та проживання пацієнтів госпіталю було визначено наступні: перевантаженість госпіталю в період воєнного стану, неможливість повторного проживання у котеджах в яких вже проживав раніше, відсутність на території КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради комфортних зон для зустрічей з рідними та близькими.

Основні проблеми в організації харчування в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради за думкою пацієнтів госпіталю наступні: необхідність організації харчування за меню за вибором в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, необхідність збільшення кількості варіантів блюд в дієтичному харчуванні КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради», відсутність безбар'єрного доступу до всіх об'єктів харчування в госпіталі та біля нього.

3.3. Законодавче забезпечення проходження реабілітації для окремих груп громадян

Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Дія цього Закону спрямована на визначення основних питань соціального захисту військовослужбовців, тлумачення законодавства про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей, визначення гарантій соціального і правового захисту військовослужбовців та членів їх сімей, заборони обмежень прав військовослужбовців, сфера дії та механізм забезпечення виконання законодавства щодо соціального і правового захисту військовослужбовців та членів їх сімей. Особливо детально в Законі

прописано права військовослужбовців. До прав військовослужбовців, що гарантуються законом віднесено: забезпечення громадянських прав і свобод військовослужбовців, реалізація військовослужбовцями права на свободу світогляду і віросповідання, недоторканність військовослужбовця, основні права військовослужбовців, пов'язані з проходженням служби, право військовослужбовців на вибір місця проживання і виїзд за кордон, грошове забезпечення військовослужбовців, продовольче, речове та інше забезпечення військовослужбовців, службовий час і час відпочинку військовослужбовців, право військовослужбовців на відпустки, забезпечення військовослужбовців та членів їх сімей жилими приміщеннями, право військовослужбовців та членів їх сімей на освіту, пенсійне забезпечення і допомога [52].

Окремо необхідно проаналізувати закріплене в законодавстві право військовослужбовців на охорону здоров'я та медичну допомогу. У відповідності до положень цього Закону регламентуються права військовослужбовців, що пов'язані із профілактикою захворювань та реабілітацією, відновленням життєвих функцій організму у разі поранення. Під час військової служби у відповідності до Закону повинні виконуватися наступні умови в сфері охорони здоров'я військовослужбовця:

- створення сприятливих санітарно-гігієнічних умов проходження служби;

- врахування екологічної складової проходження служби;

- збереження та зміцнення здоров'я під час служби, зокрема, під час бойової підготовки, використання техніки, новітніх видів озброєння, проведення всіх видів робіт;

- безоплатні щорічні медичні огляди та лікувально-профілактичні заходи, безоплатна медична допомога у госпіталях та інших військово-медичних установах;

- можливість проходження лікувально-профілактичних оглядів, процедур, комісій можлива також у державних та комунальних закладах охорони здоров'я;

військовослужбовцям, що відносяться до пільгової категорії постраждалих від Чорнобильської катастрофи, також надається відповідне санаторно-курортне лікування, медична допомога, відпустки відповідно до законодавства;

безоплатна психологічна допомога, що надається безпосередньо у військових частинах, госпіталях, за місцем проживання;

безоплатна психологічна допомога, що надається безпосередньо у військових частинах, госпіталях, за місцем проживання для членів сімей військовослужбовців, членів сімей загиблих та ветеранів;

можливість медико-психологічної реабілітації та лікування військовослужбовців у лікувальних закладах за кордоном;

можливість отримання медичної допомоги у військово-медичних закладах членів сімей військовослужбовців;

можливість отримання медичної допомоги у медичних закладах Міністерства оборони України членів сімей військовослужбовців та звільнених в запас, військових інвалідів, зниклих безвісті, померлих або загиблих, осіб, що постраждали у полоні;

санаторно-курортне лікування, відпочинок в пансіонатах, будинках відпочинку, санаторіях, туристичних базах Міністерства оборони України для військовослужбовців та членів їх сімей;

можливість безоплатного продовження лікування, реабілітації військовослужбовця в санаторно-курортних закладах для продовження лікування після госпіталю, в тому числі і з урахуванням можливості оплати особи, що супроводжує хворого, але без оплати для неї лікування;

безоплатне санаторно-курортне лікування для військовослужбовців, що проходять строкову службу за наявності медичної доцільності та відповідних висновків;

позачергове отримання путівок до санаторно-курортних закладів Міністерства оборони України для військовослужбовців, які мають захворювання, пов'язане з наслідками військової служби;

першочергове отримання санаторно-курортного лікування особам, зайнятих на шкідливих роботах, якщо вони є особами з інвалідністю внаслідок бойових дій;

забезпечення путівками з метою санаторно-курортного лікування пенсіонерів військовослужбовців, які визнані інвалідами I та II групи;

обстеження та лікування у військових медичних закладах осіб, що звільнені з військової служби внаслідок захворювання, що пов'язано зі службою, а також члени їх сімей відбувається і порядку, який встановлено Міністерством оборони України [52].

Окремо необхідно відзначити, що жінки-військовослужбовці мають не тільки всі пільги як військовослужбовці, але й користуються всіма пільгами з питань соціального захисту жінок, охорони дитинства та материнства.

Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» регулює важливі аспекти соціального захисту ветеранів війни. Слід визначити до ветеранів війни Законом віднесено широке коло учасників бойових дій та окремих категорій осіб, що мають відношення до бойових дій у різні етапи історії України. Сучасні бойові дії на території України також знайшли своє відображення в положеннях Закону. Військовослужбовці, які приймали участь у бойових діях АТО та ООС отримали статус ветеранів війни та гарантії соціального захисту. В цьому Законі сформульовано основні підходи в реалізації державної політики по відношенню до ветеранів війни та учасників бойових дій, створено комплексний підхід до системи соціального захисту ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України. Ветеранам війни відповідно до Закону надається ціла низка пільг. Серед пільг, що мають характер профілактики та реабілітації захворювань для ветеранів, учасників, інвалідів війни можна визначити наступні:

- 1) безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів;

2) першочергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів);

3) безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням або одержання компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування. Порядок надання путівок, розмір та порядок виплати компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування визначаються Кабінетом Міністрів України;

4) користування при виході на пенсію (незалежно від часу виходу на пенсію) чи зміні місця роботи поліклініками та госпіталями, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи;

5) щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів;

б) першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація [54];

Необхідно визначити, що пільги які встановлюються для ветеранів, учасників та інвалідів війни є диференційованими. Найбільш значними у грошовому еквіваленті пільги мають особи, що отримали інвалідність під час перебування на службі. Значна кількість пільг встановлена для всіх категорій ветеранів та членів їх сімей – це пільги в сфері комунального господарства, транспорту, зв'язку, побутового обслуговування населення, надання державних та муніципальних послуг, освіти самих ветеранів та освіти членів їх сімей. Велике значення має також соціальна підтримка ветеранів в грошовій формі, яка надає можливість повноцінного харчування, отримання додаткових лікувально-оздоровчих послуг та проходження додаткових процедур реабілітації.

Важливі питання соціального захисту військовослужбовців регламентує Закон України «Про оборону України» [53]. В цьому Законі визначено засади оборони України та підготовки держави до оборони, повноваження органів державної влади, основні функції та завдання органів військового управління, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування,

підприємств, установ і організацій, обов'язки посадових осіб, права та обов'язки громадян України у сфері оборони. Крім цього в Законі в надано загальне трактування територіальна оборона та цивільного захисту та визначено юридичну основу відповідальності за порушення законодавства про оборону України.

Відповідно до статті 9 Закону України «Про оборону України» Кабінет Міністрів України «забезпечує реалізацію права на соціально-економічний захист військовослужбовців та осіб, звільнених у запас або у відставку, членів їх сімей, а також членів сімей військовослужбовців, які загинули (померли), пропали безвісти, стали особами з інвалідністю під час проходження військової служби або потрапили в полон у ході бойових дій (війни) чи під час участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки» [53].

Відповідно до статті 9 Закону України «Про оборону України» Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації у сфері оборони також «реалізують право на соціально-економічний та соціально-правовий захист військовослужбовців та осіб, звільнених у запас або у відставку, членів їх сімей, а також членів сімей військовослужбовців, які загинули (померли), пропали безвісти, стали особами з інвалідністю під час проходження військової служби або потрапили в полон у ході бойових дій (війни) чи під час участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки» [53]. Таким чином, створено управлінську вертикаль надання соціального захисту особам, що приймають активну участь у обороні країни та для членів їх сімей.

Окремі положення соціального захисту, медичного забезпечення осіб, які приймають участь у обороні країни регламентуються Законом України «Про Національну гвардію України». Відповідно до цього Закону, особливістю діяльності Національної Гвардії є її діяльність в зоні пандемій, панзоотій та попередження поширення цих негативних явищ і усунення наслідків цього поширення [55]. Питання профілактики, реабілітації та лікування бійців Національної Гвардії регламентуються у відповідності до

Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Однак, існують особливості організації лікування та реабілітації бійців Національної Гвардії, які пов'язані з її відомчою приналежністю. Зокрема, бійцям Національної Гвардії України надається безоплатне медичне забезпечення в лікувально-профілактичних закладах Національної гвардії України та Міністерства внутрішніх справ України. Крім того, лікарняними установами Міністерства внутрішніх справ України здійснюється медико-санітарний контроль в частинах Національної Гвардії.

Ще одна особливість забезпечення військовослужбовців Національної Гвардії медичними послугами зумовлена їх діяльністю із захисту об'єктів критичної інфраструктури та атомної енергетики. На військовослужбовців поширюються гарантії соціального захисту та компенсації, передбачені для працівників об'єктів атомного комплексу країни у відповідності до Закону України "Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку" [55].

Під час військових дій велике значення для профілактики та реабілітації громадян мають положення Женевської Конвенції, або її окремого документа «Конвенція про захист цивільного населення під час війни». Ця Конвенція була прийнята 12.08.1949 р. та набрала чинності 21.10.1950 р. Дата ратифікації Українською РСР – 03.07.1954 р. і дата набрання чинності для України – 03.01.1955 р. Конвенція регулює широке коло питань поведження із цивільним населенням під час військових дій, зокрема в сфері створення сприятливих умов санітарії та гігієни, недопущення поширення інфекційних захворювань, надання доступу цивільним особам до медичного обслуговування та ін. [68].

В цілому Конвенція регламентує такі напрями організації життя та побуту цивільного населення під час війни як: загальний захист населення від наслідків війни, статус осіб, які перебувають під захистом, та поведження з ними, перебування громадян-іноземців на території однієї зі сторін конфлікту, організація життєзабезпечення на окупованих територіях, правила, що стосуються поведження з інтернованими, зокрема, гігієна та медична допомога.

Одним з основних положень Конвенції, яка сприяє нерозповсюдженню захворювань під час військових дій є створення є створення санітарних та безпечних зон для цивільного населення (стаття 14). В Конвенції пропонується проект Угоди стосовно санітарних та безпечних зон і місцевостей (додаток 1 до Конвенції). В цій Угоді пропонується визначити умови визначення географічного місцеположення такої зони. Під час визначення її місця важливими є такі критерії як: безпекова складова, можливість прийому великої кількості людей на проживання, невелика кількість місцевого населення в зоні, можливість чіткого визначення її кордонів, наявність ліній комунікацій з іншими територіями країни та з іншими країнами.

Стаття 17 Конвенції наголошує на необхідності разом з іншими гуманітарними можливостями для місцевого населення, забезпечити евакуацію хворих до безпечних місць, де їм може бути надання медична допомога та забезпечити доступ до хворих медичних працівників, медичного обладнання та ліків. Оскільки лікування відбувається здебільшого в лікарнях, то в статті 18 Конвенції визначено статус цивільних лікарень, наголошено про неможливість нападу на цивільні лікарні з боку військових формувань, необхідність створення можливості забезпечення цивільних лікарень в зоні конфлікту необхідними ліками та обладнанням, недоторканність медичних працівників. Крім того, нові лікарні, що будуються та вводяться в експлуатацію повинні бути визнанні окупаційною стороною, окупаційна сторона повинна на основі співпраці з місцевими органами державної влади проводити профілактику хвороб населення, проводити санітарно-епідеміологічні заходи, підтримувати на захопленій території задовільний санітарний стан (стаття 56). Окупаційна влада повинна забезпечувати доступ обслуговуючого персоналу, який підтримує життєдіяльність цивільних лікарень (стаття 20).

Окремо в Конвенції визначено важливість недоторканності вантажів, що перевозять медичне обладнання, препарати, або евакуюють хворих, інвалідів, породілля. Це стосується як наземного автомобільного або залізничного

транспорту, так і морських суден (стаття 21). Окремо визначено, що у зв'язку з великою небезпекою пересування авіаційним транспортом під час війни, користування ним для цивільних осіб заборонено, водночас, при медичній необхідності авіація може використовуватися з медичними цілями для цивільного населення. Існують окремі застереження на її використання, наприклад, пізнавальні знаки, досмотри (стаття 22). Важливою умовою забезпечення ліками цивільного населення на окупованих територіях та територіях, де проводяться військові дії є їх забезпечення шляхом поштової відправки. Тому в статті 23 конвенції передбачається необхідність вільного проходження поштових доставок з ліками, інших медичних, гуманітарних вантажів (продукти харчування, одяг, дитячі товари) в зоні бойових дій. Доставка такої пошти може проводитися на основі додаткових умов, які узгоджуються сторонами конфлікту.

В Конвенції пропонуються рекомендації для виїзду громадян-іноземців із зони бойових дій. В організації такого виїзду та його оплата повинна відбуватися тією країною до якої від'їжджають іноземці. Під час подорожі для іноземних громадян повинні бути створенні сприятливі умови щодо безпеки, гігієни здоров'я та харчування (стаття 36).

Окремим важливим питання існування цивільного населення під час війни є евакуація. В статті 49 Конвенції зазначено, що окупаційна держава може евакуювати під час військових дій частину мирного населення з небезпечних територій, але, якщо цьому населенню загороджує реальна небезпека. Після закінчення військових дій, таке населення має бути повернене на попереднє місце проживання. Під час перебування цивільного населення в зоні евакуації, для нього мають бути створені сприятливі умови з погляду санітарії, здоров'я, безпеки та харчування.

Окрема проблема під час військових дій – організацій дій щодо поводження з інтернованими особами. Для інтернованих осіб також необхідно створити умови для профілактики хвороб. Відповідно до статті 92 Конвенції для інтернованих осіб створюються спеціальні лазарети з окремими палатами

для хворих на інфекційні хвороби. Також інтерновані особи мають можливість при нагоді користуватися стаціонарними медичними закладами з метою лікування. Медична допомога для інтернованих повинна надаватися отримання медичних послуг безкоштовно. Раз на місяць інтерновані особи проходять безкоштовний медичний огляд, який проводиться з метою профілактики захворювань, виявлення захворювання на ранній стадії, недопущення поширення інфекційних захворювань. Раз на рік інтерновані особи повинні проходити флюорографію [68].

Під час військових дій велике значення набуває медико-психологічна реабілітація. У відповідності до Кодексу цивільного захисту України «медико-психологічна реабілітація – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності рятувальників аварійно-рятувальних служб (формувань), осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт у разі виникнення надзвичайної ситуації, а також постраждалих внаслідок такої надзвичайної ситуації, передусім неповнолітніх осіб» [56].

В Кодексі цивільного захисту України визначено три групи осіб, які безкоштовно надаються послуги медико-психологічної реабілітації. Перша група осіб – це безпосередньо працівники служб надзвичайних ситуацій та медицини катастроф. Видатки на їх реабілітацію компенсуються за рахунок коштів, що виділяються на утримання таких служб або за рахунок підприємств та організацій – суб'єктів господарювання. Друга група осіб, яким надаються безкоштовні послуги медико-психологічної реабілітації – це постраждалі внаслідок надзвичайної ситуації та особи, які залучалися до проведення робіт з усунення наслідків надзвичайних ситуацій. Для цих категорій видатки на реабілітацію компенсуються за рахунок державних коштів, що спрямовані на усунення наслідків надзвичайних ситуацій. Третя група осіб, якій надіються безкоштовні послуги медико-психологічної реабілітації – неповнолітні особи, що постраждали у надзвичайній ситуації, а також неповнолітні у яких

внаслідок надзвичайної ситуації загинули батьки або один з батьків. Для цієї категорії постраждалих компенсація витрат на медико-психологічну реабілітацію відбувається за рахунок коштів державного бюджетів, місцевих бюджетів, коштів підприємств та організацій – суб'єктів господарювання та інших джерел.

Окремі напрями боротьби з інфекційними захворюваннями, епідеміями, панзоотіями регламентуються не тільки Міністерством охорони здоров'я України, але й Державною службою України з надзвичайних ситуацій на основі правових положень Кодексу цивільного захисту України. Відповідно до цього Кодексу сили ДСНС працюють в зонах пандемій, панзоотій та попереджають поширення цих негативних явищ і усувають наслідки цього поширення.

ВИСНОВКИ

Питання гуманного ставлення до інвалідів та їх інтеграції в суспільство у світовій практиці розвивалося поступово. З давніх-давен соціальна цінність людини визначалася його здатністю брати участь у виробництві матеріальних цінностей. Європейська реформа, розвиток університетів, повага до особисті, її свободи, виокремлення окремих класів. Привернули увагу до проблем інвалідів. Ідеї гуманізму, які проповідував французький просвітитель Ж. Ж. Руссо і його твердження, що всі люди рівні за своєю природою і тому більшість безнадійних інвалідів мають право на творчість та рівні умови життя, завдали першого удару до панівної концепції корисності особистості для суспільства. Однак ще кілька століть багатовікова концепція тілесної "нормальності" продовжувала займати привілейовані позиції панівної влади в контексті ставлення більшості «здорових» людей до «нездорової» меншості.

Надання соціальної допомоги інвалідам-військовослужбовцям здійснюється на підставі цілої низки Законів України, Постанов Кабінету Міністра України та наказів Міністра оборони України та інших нормативні документи. Ці документи регламентують режим надання допомоги, її обсяг та інші питання. У Рівненському обласному госпіталі ветеранів війни Рівненської обласної ради є предметом особливої уваги профілактика та реабілітація пацієнтів з ампутованими кінцівками.

до найбільш важливих напрямів вдосконалення діяльності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» в сфері формування інклюзивного середовища, що потребують вирішення пацієнти віднесли такі як доцільність створення фінансових умов для залучення реабілітологів високої кваліфікації для роботи з інвалідами, вирішення державою питань щодо пільгової системної реабілітації впродовж всього життя для поранених бійців ВСУ, надання необхідного фінансування госпіталю з метою покращання матеріально-технічної бази лікування.

Серед першочергових завдань розвитку інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради в сфері вдосконалення системи поселення та проживання пацієнти виокремили як оснащеність палат спеціальними ліжками з можливістю регулювання їх положення, необхідність оснащення котеджів та палат госпіталю більш сучасними меблями універсального дизайну, спрощення системи отримання направлень на лікування для постійних пацієнтів госпіталю.

Вдосконалення системи інклюзії в діяльності харчоблоку та якості харчування в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради базується на таких пріоритетних напрямках як оптимізація часів прийому їжі в обід та на вечерю, розширення асортименту дієтичних блюд, оновлення посуду в їдальнях та в котеджах.

Вагому роль в системі інклюзії в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради відіграє волонтерська діяльність. Можливості розширення діяльності волонтерів в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» пацієнти вважають доцільним в наступних напрямках як: допомога людям з обмеженими можливостями шляхом надання трансферу транспортом волонтерів, індивідуальні прогулянки з інвалідами-візочниками на території госпіталю та за його межами, забезпечення госпіталю та окремих пацієнтів необхідними ліками та медичним приладдям.

До найбільш гострих проблем діяльності КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» в сфері формування інклюзивного середовища, що потребують вирішення пацієнти віднесли такі як відсутність безбар'єрного доступу до інфраструктури селища Клевань, обмежена можливість за часом відвідування басейну, відсутність можливостей отримання достатньої кількості процедур масажу.

Серед проблем проведення реабілітації в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради» пацієнти визначили такі як обмежена можливість повторного прибуття до госпіталю з інших регіонів України, необхідність розширення програм реабілітації за рахунок

рекреаційних можливостей місцевості в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, запровадження нових методів реабілітації за рахунок придбання нового медичного обладнання в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради.

Серед основних проблем в сфері поселення та проживання пацієнтів госпіталю було визначено наступні: перевантаженість госпіталю в період воєнного стану, неможливість повторного проживання у котеджах в яких вже проживав раніше, відсутність на території КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради комфортних зон для зустрічей з рідними та близькими.

Основні проблеми в організації харчування в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради за думкою пацієнтів госпіталю наступні: необхідність організації харчування за меню за вибором в КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради, необхідність збільшення кількості варіантів блюд в дієтичному харчуванні КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради», відсутність безбар'єрного доступу до всіх об'єктів харчування в госпіталі та біля нього.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1. Конвенція про права осіб з інвалідністю. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення: 9.06.2024 р.);
2. Визначення здоров'я на сайті ВООЗ. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822> (дата звернення: 9.06.2024 р.);
3. Уряд виділив ще 500 млн грн на будівництво нового реабілітаційного корпусу на Рівненщині. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-vydilyv-shche-500-mln-hrn-na-budivnytstvo-novoho-reabilitatsiinoho-korpusu-na-rivnenshchyni> (дата звернення: 9.06.2024 р.);
4. Комунальне підприємство «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни». Офіційний сайт. URL: <https://ogiv.rv.ua/> (дата звернення: 9.06.2024 р.);
5. Вівсяник О. М., Сазонець І. Л. Передумови формування державою безбар'єрного простору в санаторно-курортних закладах. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. № 6. С. 208-212.
6. Вівсяник О. М., Сазонець І. Л. Формування безбар'єрного простору в санаторно-курортних закладах на основі реалізації принципів охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. № 3. URL: <https://www.nauka.com.ua/index.php/dy/article/view/3230> (дата звернення: 12.05.2024).
7. Джинджоян В. В. Базисні детермінанти розвитку туристичних підприємств на основі їх соціальної діяльності : монографія. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. 248 с.
8. Джинджоян В. В., Саленко А. С. Сазонець І. Л. Соціальні детермінанти розвитку сфери послуг в концепції формування постіндустріального суспільства». Рівне. Волин. обереги, 2021 р. 208 с.

9. Ефективне управління розвитком індустрії туризму та гостинності у конкурентному середовищі : колект. монограф. : за заг. ред. В. В. Джинджояна. Дніпро : ЛПА, 2022. 246 с.
10. Управління розвитком туризму та гостинності на основі співпраці з міжнародними організаціями : колект. монограф. : за заг. ред. І. Л. Сазонця. Дніпро : ЛПА, 2023. 213 с.
11. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід : колективна монографія / І. Л. Сазонець, В. І. Саричев [та ін.] ; за наук. ред. д. е. н., проф. І. Л. Сазонця. Рівне : Волин. береги, 2019. 396 с.
12. Вівсяник О. М. Значення та функції міжнародних організацій в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я. Рівне. Волин. береги, 2021. 212 с.
13. Баб'як О. В. Державне управління профілактикою та реабілітацією в умовах трансформації діяльності санаторно-курортних підприємств. *Державне управління: удосконалення та розвиток. Серія: Публічне управління та адміністрування.* 2022. № 2(76). С. 25-30.
14. Вівсяник О. М. Аналіз співпраці органів державного управління з міжнародними медичними організаціями за їхніми функціональними напрямками. *Право та державне управління. Серія: державне управління.* 2020. № 1. Т. 2. С. 92–97.
15. Джинджоян В. В. Реалізація туристичних програм у сфері освіти, медицини, природоохорони. *Економіка та держава.* 2020. № 1. С. 50–53.
16. Мамонтова Н. А., Сазонець І. Л., Тімченко О. О. Економічний стан туристичного бізнесу України в умовах пандемії COVID-19. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія».* Серія «Економіка» 2022. № 24(52). С. 48-55.
17. Поляков М. В., Ханіна О. І., Сазонець І. Л. Державна підтримка пріоритетних сфер науково-технологічного розвитку: космічна галузь, ІТ-сфера та медицина. *Державне управління: удосконалення та розвиток.* 2021.

№ 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2371> (дата звернення: 9.06.2024 р.).

18. Рудніченко Є. М., Гавловська Н. І., Сарафинюк Я. М., Кривдик М.О. Теоретичні основи управління проектами з позиції використання сучасних інструментів цифрового проектного менеджменту. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2021. № 3. С. 72 – 76.

19. Сазонець І. Л. Концептуальні основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 6. С. 5–8.

20. Сазонець І. Л. Оціночні параметри якості рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 7. С. 15–18.

21. Сазонець І. Л., Саленко А. С. Зміни в суспільному характері праці та напрями трансформації соціальної структури в постіндустріальному суспільстві. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 10. С. 22–27.

22. Сазонець І. Л., Вівсянник О. М. Стратегічні пріоритети Всесвітньої організації охорони здоров'я в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Вісник НУЦЗУ. Серія: державне управління*. 2020. № 1. С. 275–284.

23. Сазонець І. Л., Джинджоян В. В. Науково-методичні підходи до визначення функцій туристичних підприємств та напрямів реалізації їх соціальної складової. *Ефективна економіка*. 2019. № 11. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7372> (дата звернення: 9.06.2024 р.).

24. Сазонець І. Л., Джинджоян В. В. Соціальний потенціал та перспективи функціонування санаторно-курортних підприємств. *Вісник НУВГП. Економічні науки : зб. наук. праць*. Рівне : НУВГП, 2020. Вип. 1(89). С. 295-306.

25. Сазонець І. Л., Філоненко А. С. Організаційні засади функціонування готельної індустрії України та вплив на неї пандемії COVID-19. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 49. С. 48–53.

26. Iryna Mykolaiets, Valentyn Piontkovskyi, Myroslava Kokoshko, Olena Babyak, Oleh Vivsyannyk. Modern state policy in the healthcare sector. *Lex Humana*. URL: <https://seer.ucp.br/seer/index.php/LexHumana/article/view/2476/3451> (дата звернення: 9.06.2024 р.). (Web of Science).

27. Сазонець І. Л., Потьомкіна В. А. Державно-інституційне регулювання розвитку курортної справи в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2023. № 2. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/article/view/1116> (дата звернення: 9.06.2024 р.).

28. Самойлова І. І. Державна політика щодо регулювання розвитку лікувально-оздоровчого туризму в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1356> (дата звернення: 9.06.2024 р.).

29. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

30. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

31. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

32. Закон України «Про курорти». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2026-14#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

33. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).
34. Закон України «Про туризм». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/324/95-%D0%B2%D1%80#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).
35. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).
36. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).
37. Закон України «Про Збройні Сили України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1934-12#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).
38. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).
39. Закон України «Про оборону України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1932-12#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).
40. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).
41. Закон України «Про Національну гвардію України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/876-18#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).
42. Кодекс цивільного захисту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).
43. Указ Президента України "Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні" URL: <https://www.president.gov.ua/documents/5332020-35809> (дата звернення 9.06.2024 р.).

44. Постанова КМ України. «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).

45. Постанова КМ України. «Про утворення Національної служби здоров'я України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

46. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших маломобільних груп населення на 2009—2015 роки «Безбар'єрна Україна». URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/232167617> (дата звернення 9.06.2024 р.).

47. Розпорядження КМ України. URL: «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

48. Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).

49. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

50. Наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

51. Методичні Рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001282-17#Text>. (дата звернення 9.06.2024 р.).

52. Постанова КМ України «Порядок забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян та виплати їм компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчими органами міських, районних у містах (у разі їх утворення (крім м. Києва) рад». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/187-2006-%D0%BF#Text> (дата звернення 9.06.2024 р.).

53. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення 9.06.2024 р.).

54. Женевська Конвенція «Конвенція про захист цивільного населення під час війни». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_154#Text (дата звернення 9.06.2024 р.).

55. Рівненська ОДА оголосила про початок стратегічної співпраці з Новою поштою для підтримки реабілітації ветеранів. URL: <https://www.rv.gov.ua/news/rivnenska-oda-oholosyla-pro-pochatok-stratehichnoi-spivpratsi-z-novoju-poshtoiu-dlia-pidtrymky-reabilitatsii-veteraniv?sfnsn=mo> (дата звернення 9.06.2024 р.).

ДОДАТКИ
ДОДАТОК А

Проект нового корпусу КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів
війни»





ДОДАТОК Б

Проект котеджного містечка для поранених воїнів КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни», що реалізується спільно з компанією «Нова пошта»

