

Роль і місце фахівця з фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я населення

Приступа Є.Н., Вовканич А.С.

Львівський державний університет фізичної культури

Анотації:

Розглянуто стан здоров'я населення України за показниками очікуваної тривалості життя та очікуваної тривалості здорового життя; показана ефективність реалізації профілактичних та оздоровчих технологій в усуненні більшості основних причин втрати здорових років життя; визначено основні проблеми становлення фізичної реабілітації як галузі охорони здоров'я (зокрема, відсутність адекватної можливості працевлаштування фахівців з фізичної реабілітації). Наведено аналіз публікацій, які стосуються питань охорони здоров'я людини та підвищення якості життя населення, у вітчизняних і зарубіжних періодичних виданнях та мережі Інтернет.

Приступа Е.Н., Вовканыч А.С. Роль и место специалиста по физической реабилитации в системе охраны здоровья населения. Рассмотрено состояние здоровья населения Украины по показателям ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни; показана эффективность реализации профилактических и оздоровительных технологий в удалении большинства основных причин потери здоровых лет жизни; определены основные проблемы становления физической реабилитации как отрасли здравоохранения (в частности, отсутствие адекватной возможности трудоустройства специалистов по физической реабилитации). Наведен анализ публикаций, касающихся вопросов охраны здоровья человека и повышения качества жизни населения, в отечественных и зарубежных периодических изданиях и сети Интернет.

Prystupa Y.N., Vovkanych A.S. Role and place of specialist of physical rehabilitation in the population health care system. The state of health of Ukraine population has been examined according with indices of expected life duration and expected health life duration; efficiency of prophylactic and health-related technologies in elimination of most main reasons of loss of healthy years of life has been shown; main problems of physical rehabilitation's development as of branch of health care have been defined (in particular, absence of adequate possibilities of employment of specialists of physical rehabilitation). Analysis of publications dealing with problems of health care and improvement of population's quality of life in national and foreign periodical and in Internet has been presented.

Ключові слова:

якість життя, фахівець з фізичної реабілітації, підготовка.

якість життя, фахівець з фізичної реабілітації, підготовка.

quality of life, specialist in physical rehabilitation, training.

Вступ.

Аналіз якості життя українців та таких її показників як очікувана тривалість життя і очікувана тривалість здорового життя засвідчують суттєве відставання України від більшості провідних країн світу та дають підстави стверджувати, що лише спільними зусиллями спеціалістів різних галузей можна повернути становище на краще. Як засвідчує досвід цілого ряду країн, зокрема, Фінляндії, Польщі, країн Прибалтики, більшості основних причин втрати здорових років життя можна уникнути, ефективно реалізуючи профілактичні й оздоровчі технології, що є предметом спільної діяльності медицини та фізичного виховання. Визнаючи здобутки, які має українська медицина у сфері оперативного чи консервативного лікування, слід відзначити, що у відновленні пацієнтів, у їх поверненні до повноцінного суспільного життя не можна не побачити надзвичайно серйозних проблем, насамперед, кадрових, що призводить до зростання інвалідизації населення, збільшення соціальних виплат, що лягає значним тягарем на державний бюджет. Зважаючи на те, що фізична реабілітація, яка знаходиться на стику галузей фізичного виховання і охорони здоров'я, має своєю метою максимальне відновлення функціональних можливостей організму людини, зокрема усунення рухових дисфункцій, після перенесених травм чи захворювань шляхом використання фізичних вправ, стає очевидним, що підготовка таких фахівців повністю відповідає завданням, що стоять перед українською системою охорони здоров'я і є на даний час надзвичайно актуальною. Основними проблемами становлення фізичної реабілітації як галузі охорони здоров'я є відсутність державних освітніх

стандартів підготовки фахівців такого профілю та відсутність адекватної можливості їх працевлаштування у державних закладах системи охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я кожної держави, до якої належать далеко не лише лікувальні структури, покликана забезпечити населенню максимально високу якість життя. Аналіз реальної якості життя українців та найважливіших чинників, які її визначають викликають серйозне занепокоєння та вказують на те, що тільки консолідованими зусиллями спеціалістів різних галузей можна змінити на краще жахливу ситуацію, пов'язану зі здоров'ям українців.

Робота виконана у рамках теми 4.1.2. «Фізична реабілітація неповносправних осіб з руховими дисфункціями» Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2006 – 2010 рр. Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту (номер державної реєстрації 0106 U 012608).

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета роботи полягала у вивченні можливості впливу профілактичних та оздоровчих технологій, зокрема, фізичної реабілітації на стан здоров'я населення та виявленні проблем розвитку останньої як складової галузі охорони здоров'я.

Завдання роботи.

- Провести порівняльний аналіз стану здоров'я населення України та провідних держав світу за показниками очікуваної тривалості життя і очікуваної тривалості здорового життя.
- Вивчити світовий досвід реалізації профілактичних та оздоровчих технологій в усуненні більшості основних причин втрати здорових років життя.
- Визначити основні проблеми становлення фізичної реабілітації як галузі охорони здоров'я.

Матеріал і методи. Для вирішення поставлених у роботі завдань було використано метод аналізу і узагальнення наукових та науково-методичних першоджерел і даних з мережі Інтернет.

Результати дослідження.

Для повнішої оцінки стану здоров'я населення України зупинимося на порівняльній характеристиці таких важливих показників, як очікувана тривалість життя (ОТЖ), очікувана тривалість здорового життя (ОТЗЖ) та індекс DALY, який характеризує втрачені роки здорового життя.

Динаміка показника очікуваної тривалості життя в Україні упродовж останніх 20 років свідчить про наявність серйозних проблем у сфері охорони здоров'я її населення: якщо у 1990 році вона становила 70,5 року, то у 1995 році відбулось її істотне зменшення — до 66,8 року, а за наступні 15 років, попри незначну тенденцію до зростання (2003-й — 67,8 року, 2009-й — 68,25 року) вона так і сягнула початкових величин (1). У той же час, аналогічні показники (ОТЖ) для розвинених європейських держав групи А (Ісландія, Італія, Швейцарія, Швеція й ін.) на 2009 рік становили понад 80 років (1). Згідно з прогнозами Інституту демографії та соціальних досліджень Національної академії наук України очікувана тривалість життя при народженні до 2050 року зростає до 71,5 для чоловіків та 79,5 року для жінок, що суттєво нижче за показники економічно розвинених країн (2).

Різниця між країнами з найвищими і найнижчими показниками ОТЖ на Європейському континенті становить більше 15 років. У багатьох розвинених країнах Європи середня ОТЖ жінок нині перевищує 80 років, а чоловіків — 75 років, тоді як ОТЖ українців обмежується 74,5 роками, а українців — 62 роками.

У зв'язку зі збільшенням ОТЖ для спеціалістів суспільного здоров'я зростає значення інформації про проблеми зміцнення, відновлення і подовження здоров'я (тобто про проблеми, не пов'язані зі смертю). У зв'язку з цим слід підкреслити, що останніми роками значно поліпшена методологія оцінювання очікуваної тривалості здорового життя (ОТЗЖ), що дає можливість відповісти на два стратегічні запитання: чи супроводжувалося підвищення тривалості життя підвищенням рівня здоров'я? Який час люди живуть із хорошим станом здоров'я і яку частину свого життя вони живуть із недостатнім здоров'ям? Базуючись на аналізі численних наукових публікацій, цілком чітко можна зазначити: загальне збільшення ОТЖ істотно впливає на збільшення кількості прожитих років здорового життя людини.

На жаль, українці за показниками ОТЗЖ (54,9 року) «поділяють» трагічні останні місця з громадянами Туркменістану (51,6 року), Таджикистану (53,1 року), «програючи» навіть узбекам (57,9 року). Водночас ОТЗЖ ісландців, італійців, норвежців, швейцарців, шведів та інших європейців перевищує 70 років.

Відповідно до даних Євروهістору ВООЗ, лише у 2002 році населення Європи втратило, відповідно до оцінок експертів, 150,3 мільйона років здорового жит-

тя з трьох основних причин: неінфекційні захворювання (НІЗ — 77% від загальної кількості); зовнішні причини травматизму й отруєнь (14%); інфекційні захворювання (9%).

Таким чином, основу загальної кількості хвороб становлять хронічні дегенеративні захворювання. Це — дуже велика й різноманітна група, яка, однак, має деякі спільні характеристики. На частку семи головних чинників ризику (високий артеріальний тиск, вживання тютюну, зловживання алкоголем, високий рівень холестерину, ожиріння, недостатнє споживання фруктів та овочів, недостатня фізична активність) припадає більше половини втрачених років здорового життя (DALYs) у Європі. На щастя, більшості основних причин втрати здорових років життя можна уникнути, тому що основні чинники ризику — поведінкові, і їх можна зменшити або цілком усунути, ефективно реалізуючи профілактичні й оздоровчі технології.

Слід відзначити, що Україна суттєво прогорає у показниках смертності з причини, практично усіх перелічених вище факторів. Наприклад, смертність від ішемічної хвороби серця в розвинених країнах Європи у 2002 році на 100 тис. жителів серед жінок становила 66, а серед чоловіків — 135 випадків. Відповідно, параметри для жителів України — 300 і 550, що в багато разів перевищує середньоєвропейські показники. Важливою тенденцією і фактичним результатом оздоровчо-профілактичних заходів, реалізованих у розвинених країнах Європи, є істотне зниження протягом смертності від ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних хвороб у середньому на 30%. Водночас відзначається істотне підвищення смертності із зазначених причин у країнах Східної Європи, зокрема і в Україні (на 20—30%).

Кількість померлих за минулий рік в Україні склало близько 1,57% загальної кількості населення. За цим показником Україна близька до Білорусі, Сербії і Чорногорії, Литви і Болгарії. У більшості ж європейських держав (окрім Росії) кількість померлих за рік в процентному співвідношенні до населення складає менше 1%. При цьому в Україні на 10 тисяч жителів припадає 31 лікар, це навіть більше, ніж стандарт ВООЗ для країн з високим рівнем доходів (3)

Відповідно до даних доповіді про стан охорони здоров'я у світі за 2009 рік, основними причинами неінфекційних хвороб є недостатня фізична активність і нездоровий раціон харчування. Незважаючи на системні оздоровчо-профілактичні заходи, у розвинених країнах світу спостерігається зростання надмірної ваги й ожиріння серед дорослих і дітей та тісно пов'язане з ними поширення діабету типу 2.

Незалежно від рівня соціально-економічного розвитку, наукові дослідження свідчать: основні детермінанти неінфекційних хвороб загалом однакові. Вони включають підвищене споживання енергетично багатих, але бідних на поживні елементи продуктів із високим вмістом жиру, цукру та солі; зниження рівня рухової активності вдома, на робочому місці, під час

відпочинку, у транспорті, а також вживання тютюну. Неінфекційні хвороби лягають важким економічним тягарем на вже досить перевантажену систему охорони здоров'я України і зумовлюють великі соціальні витрати. Тому здоров'я українського народу є ключовим чинником соціально-культурного розвитку і важливою умовою економічного зростання молодого європейської держави.

Не потребує доказів той факт, що адекватні, розумні, стратегічно правильні інвестиції у здоров'я українців та українок стануть у недалекому майбутньому важливою умовою підвищення якості життя наших співвітчизників.

Для цього важливі не лише наші вітчизняні досягнення, світова пріоритетність яких не підлягає сумніву, а й сучасний передовий науково-практичний досвід розвинених країн Європи та світу. Приміром, реалізований на початку 70-х років у Фінляндії оздоровчо-профілактичний проект «Північна Карелія» сприяв різкому зниженню показників паління і зміні шкідливих харчових звичок з одночасним збільшенням фізичної активності населення, що, у свою чергу, істотно підвищило якість життя людей та рівень їхнього здоров'я (4). За двадцять років проекту середні рівні холестерину зменшились на 13%, кров'яного тиску – на 9%, куріння – на 15%. Ці зрушення, наче, і невеликі проте у сукупності вони дали: зменшення рівня смертності серед чоловіків зрілого віку на 68%, від раку легень – на 71%, а смертності у цілому на 49%. Тривалість життя фінів за період з 1970 по 2007 рік зростає на 10 років (5).

У «Глобальній стратегії ВООЗ у сфері раціону харчування, фізичної активності і здоров'я», затвердженій Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2004 році, сформульовано чотири головні завдання:

- зменшення чинників ризику неінфекційних хвороб у результаті нездорового харчування та недостатньої фізичної активності завдяки рішучим діям і заходам зі зміцнення здоров'я та профілактики хвороб;
- розширення загального усвідомлення і розуміння ролі раціону харчування та фізичної активності як детермінант здоров'я населення і позитивного потенціалу профілактичних заходів;
- заохочення розробки, зміцнення і здійснення національних... і громадських програм та планів дій із поліпшення раціону харчування і підвищення фізичної активності...
- збір наукових даних і моніторинг основних впливів на раціон харчування та фізичної активності; надання підтримки науковим дослідженням... розвиток кадрових ресурсів, необхідних для зміцнення здоров'я.

Далі глобальна стратегія ВООЗ декларує моральну, технічну, матеріальну і т.ін. підтримку тим національним програмам зміцнення здоров'я людей, у яких передбачено «...розвиток системи підготовки кваліфікованих фахівців із таких питань, як здоровий раціон харчування та фізична активність...».

Зараз держава витрачає на охорону здоров'я одно-

го українця, маючи на увазі медичну складову, майже 89 доларів, самі українці ще щороку доплачують по 71 долару кожен. Отримані в сумі 160 доларів повністю відповідають витратам на охорону здоров'я в державах з середнім рівнем доходів, а загальні витрати України на охорону здоров'я вже по факту досягли 7% ВВП. Це рівень таких країн, як Литва, Латвія, Польща, Словаччина і навіть Люксембург (3).

Не можна заперечувати здобутків, які має українська медицина у сфері оперативного чи консервативного лікування, достатньо згадати всесвітньо відомий Центр дитячої кардіології та кардіохірургії у Києві, який очолює Ілля Ємець. Проте у відновленні пацієнтів, у їх поверненні до повноцінного суспільного життя не можна не побачити надзвичайно серйозних проблем, насамперед, кадрових, що призводить до зростання інвалідизації населення, збільшення соціальних виплат, що лягає значним тягарем на державний бюджет. Одним з тих, кого так бракує у лікарнях, поліклініках, санаторіях – фахівець з фізичної реабілітації.

Якщо зважити на те, що фізична реабілітація, яка знаходиться на стику галузей фізичного виховання і охорони здоров'я, має своєю метою максимальне відновлення функціональних можливостей організму людини, зокрема усунення рухових дисфункцій, після перенесених травм чи захворювань шляхом використання фізичних вправ, то стає очевидним, що підготовка таких фахівців повністю відповідає глобальній стратегії ВООЗ (6). В Україні ця реабілітація почала розвиватись особливо бурхливо після того, як у 1998 році професія “Фахівець фізичної реабілітації” була внесена до класифікатора спеціальностей в Україні (7).

Проте і зараз питання розбудови сучасної системи фізичної реабілітації досить відкрито і гостро стоїть перед нашим суспільством. Одним з найважливіших питань цього процесу є, безперечно, підготовка кадрів, які становили б її кістяк. Потрібні спеціалісти, робота яких не зводилася б до простого механічного виконання певного комплексу вправ, а фахівці, які мали б достатньо знань для проведення самостійних обстежень, творчого вибору того чи іншого комплексу реабілітаційних методик (або розробки його для конкретного пацієнта), які мали б достатній запас практичних навичок та були би здатними підготувати свого пацієнта до життя у нових для нього умовах.

У провідних вузах, які забезпечують підготовку фахівців з фізичної реабілітації, пішли шляхом розумного поєднання знань і вмінь студента, який навчається як фахівець з рухової діяльності людини – фізкультурник з необхідним обсягом медичних знань, які надають студентам інформацію про можливі анатомічні і фізіологічні зміни в діяльності органів і систем організму під впливом різних патологій. Крім того значне місце було зарезервоване за клінічною практикою, головними завданнями якої є: ознайомлення студентів з видами, умовами та обставинами професійної діяльності в конкретних медичних, реабілітаційних та ін-

ших закладах; розвиток та вдосконалення сукупності професійних вмінь і навичок фахівця фізичної реабілітації; формування, розвиток і закріплення комплексу морально-психологічних якостей, як невід'ємної частини професійної підготовки; сприяння вибору сфери майбутньої професійної діяльності (8).

На жаль, бурхливе зростання кількості навчальних закладів, які забезпечували підготовку фахівців з фізичної реабілітації, мало і свою оборотну сторону. У ряді випадків ліцензії на підготовку фахівців такого профілю надавали вузам, у яких не було належної ані матеріальної, ані кадрової бази. Головною причиною цього була і залишається відсутність державного стандарту підготовки фахівців з фізичної реабілітації, що призводить, часом, до різкої відмінності у рівні підготовки випускників різних навчальних закладів. Вирішення цього питання могло б, на нашу думку, покласти край дискусії про те, у яких вузах – фізкультурних чи медичних, повинна вестись підготовка реабілітологів. Наприклад, у Польщі підготовкою таких фахівців займаються (не конкуруючи, а взаємодоповнюючи одне одного) академії фізичного виховання і медичні академії. В Англії підготовка фахівців цього профілю покладається на факультети фізіотерапії (фізичної реабілітації) і кінезіології.

Не вирішеним до сьогодні є і питання працевлаштування фахівців з фізичної реабілітації, особливо у державних медичних закладах. Далеко не всім випускникам вдається працевлаштуватися саме на посаду фахівця фізичної реабілітації. Молоді люди, які закінчили вищі навчальні заклади, влаштовуються на посадах медичної сестри (інструктора) з лікувальної фізкультури, медичної сестри з масажу. В багатьох випадках професійні обов'язки, які вони виконують, далекі від можливостей фізичної реабілітації. Таким чином, з перших кроків встановлення професії в Україні вже втрачається її престиж, потреба в вищій освіті (9).

Не зрозуміло у цьому плані виглядає позиція Міністерства охорони здоров'я України, яке свого часу дало згоду на підготовку таких спеціалістів, а тепер, фактично, гальмує подальший розвиток цього напрямку, позбавляючи можливості отримання кваліфікованої реабілітаційної допомоги тисячі хворих. Так лист Міністерства охорони здоров'я України від 05.11.2001 р. передбачає (на розгляд головного лікаря) вводити посаду фахівця фізичної реабілітації (10). Проте, проблема у тому, що така процедура становлення посади не має чітко визначеної потреби і не передбачає обов'язкового залучення фахівців даного напрямку у процес системного підходу до вирішення питань формування комплексного лікування, – підходу, якого вимагає сучасна медицина. (11). Наказ N

614 МОЗ України від 27.10.2008 прирівнює фахівця з фізичної реабілітації до інструктора з лікувальної фізкультури, що не є прийнятним, оскільки обсяг знань та рівень підготовки даних спеціалістів суттєво відрізняється. (12).

Водночас наші висококласні магістри фізичної реабілітації після досить-таки нескладної процедури нострифікації своїх дипломів можуть успішно працювати в багатьох країнах Євросоюзу на посадах фізіотерапевтів та реабілітологів.

І взагалі марнотратство — не використовувати досвід наших колег із Тартуського університету, де протягом багатьох років успішно готувалися й готуються спортивні лікарі переважно з числа випускників інститутів фізичної культури. Адже глибокі знання і досвід фахівців у сфері екстремальної діяльності людини (не буде зайвим нагадати, що високоінтенсивна змагальна і тренувальна діяльність у спорті — відмінна науково-практична модель для вивчення поведінки й підготовки, наприклад космонавтів тощо), можуть бути успішно реалізовані не тільки в галузі здоров'я людини, спорту і фізичного виховання, а й у ряді суміжних галузей народного господарства України (наприклад, у системі МНС, Міністерства оборони, СБУ тощо).

Фізична активність у розумних, адекватних дозах може замінити дуже багато ліків, але жодні ліки світу за своїми оздоровчими і профілактичними властивостями не можуть замінити сучасній людині фізичної активності.

Висновки.

В Україні спостерігається значно менша очікувана тривалість життя і очікувана тривалість здорового життя та значно нижчі темпи її приросту, ніж у більшості провідних держав світу.

Більшості основних причин втрати здорових років життя, як засвідчує досвід цілого ряду країн, можна уникнути ефективно реалізуючи профілактичні й оздоровчі технології. Сюди можна віднести і розбудову сучасної ефективної системи фізичної реабілітації.

Основними проблемами становлення фізичної реабілітації як галузі охорони здоров'я є відсутність державних освітніх стандартів підготовки фахівців такого профілю та відсутність адекватної можливості їх працевлаштування у державних закладах системи охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку вбачаємо у вивченні досвіду держав колишнього соціалістичного табору (Польщі, Чехії, Угорщини) у розбудові сучасної системи фізичної реабілітації та розробці на цій основі, освітніх та професійних стандартів з фізичної реабілітації.

Література:

1. CIA World Factbook 2009 [Electronic resource]. – Режим доступу: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2102.html>
2. Лібанова Е.М. Прогноз демографічного розвитку України на період до 2050 року / Е.М. Лібанова // Демографія та соціальна економіка. – 2007. – № 1. – С. 23 – 37.
3. За рівнем тривалості життя Україна відстає від Гондурасу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: news.finance.ua/ua/~1/0/all/2010/04/30/195477.
4. Puska P. The North Carelia Project – pioneering work to improve national public health / P. Puska. – National Public Health Institute. – KTL, 2006. – 6 p.
5. Поліщук М.Є. Зміни середньої очікуваної тривалості життя в Україні за останні 50 років як показник ефективності охорони громадського здоров'я / М.Є. Поліщук, К.С. Красовський, Т.І. Андрєєва // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 4(12). – С. 54-61.
6. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію / А.С. Вовканич. – Л.: Укр. технології, 2008. – 200 с.
7. Стандарти: інформаційний покажчик. Держстандарт // Держстандарт України. – 1998. – № 5. – С. 86.
8. Вовканич А.С. Підготовка фахівців з фізичної реабілітації у контексті розвитку освіти у галузі фізичного виховання і спорту / А.С. Вовканич // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні. – 2010. – Вип. 7. – С. 37 – 42.
9. Бардашевський Ю. Проблеми працевлаштування фахівців фізичної реабілітації в Житомирській області та деякі шляхи їх вирішення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.physrehab.org.ua/blogitem_uk/items/pracevlashtuvannja.html
10. Лист МОЗ України від 05.11.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.org.ua/external_uk.html?file=tl-files/Docs/
11. Кобелев С. Ю. Історія розвитку Української Асоціації фахівців фізичної реабілітації // Бюлетень Української Асоціації фахівців фізичної реабілітації. – 2009. – Вип. 1. – С. 3–5.
12. Про подальший розвиток та удосконалення лікарсько-фізкультурної служби в Україні: наказ МОЗ України від 27.10.2008 р. № 614 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20081027_614.html

Інформація об авторах:

Приступа Евгений Никодимович

cs@ldufk.edu.ua

Львовский государственный университет физической культуры
Ул. Костюшко 11, г. Львов, 79000, Украина.

Вовканич Андрей Степанович

avovkinfiz@i.ua

Львовский государственный университет физической культуры
Ул. Костюшко 11, г. Львов, 79000, Украина.

Надійшла до редакції 30.07.2011р.

References:

1. CIA World Factbook 2009. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2102.html>
2. Libanova E.M. Prognoz demografichnogo rozvutku Ukrayini na period do 2050 roku [A prognosis of demographic development of Ukraine on a period to 2050 year]. *Demografiia ta social'na ekonomika* [Demography and social economy], 2007. – vol.1. – P. 23 - 37.
3. *Za rivnem trivalosti zhittia Ukrayina vidstae vid Gondurasu* [After the level of life-span Ukraine falls behind from Honduras], <https://www.news.finance.ua/ua/~1/0/all/2010/04/30/195477>.
4. Puska P. The North Carelia Project – pioneering work to improve national public health. National Public Health Institute, KTL, 2006, 6 p.
5. Polishchuk M.Ie., Krasovs'kij K.P., Andrieieva T.I. Zmini seredn'oyi ochikuvanoyi trivalosti zhittia v Ukrayini za ostanni 50 rokov iak pokaznik effektivnosti okhoroni gromads'kogo zdorov'ia [Changes of the mean expected time of life in Ukraine for the last 50 years as index of efficiency of health protection public]. *Ukrayina. Zdorov'ia naciyi* [Ukraine. Health], 2009, vol.4(12), pp. 54-61.
6. Vovkanich A.P. *Vstup u fizichnu reabilitaciiu* [Entering into physical rehabilitation]. Lvov, Ukrainian technology, 2008, 200 p.
7. Standarti: informacijnij pokazhchik. Derzhstandart [Standards: informative pointer. National standard]. *Derzhstandart Ukrayini* [Ukraine State Standard], 1998, vol.5, p. 86.
8. Vovkanich A.P. Pidgotovka fakhivciv z fizichnoyi reabilitaciyi u konteksti rozvitku osviti u galuzi fizichnogo vikhovannia i sportu [Preparation of specialists on a physical rehabilitation in the context of development of education in industry of physical education and sport]. *Konceptiia rozvitku galuzi fizichnogo vikhovannia i sportu v Ukrayini* [The concept of physical education and sports in Ukraine], 2010, vol.7, pp. 37 – 42.
9. Bardashevs'kij Iu. *Problemi pracevlashtuvannia fakhivciv fizichnoyi reabilitaciyi v Zhitomir'skij oblasti ta delaki shliakhi yikh virishennia* [Problems of employment of specialists of physical rehabilitation in the Zhytomyr area and some ways of their decision]. www.physrehab.org.ua/blogitem_uk/items/pracevlashtuvannja.html
10. *List MOZ Ukrayini vid 05.11.2001 r.* [A sheet of MOH of Ukraine is from 05.11.2001]. http://www.org.ua/external_uk.html?file=tl-files/Docs/
11. Kobeliev P. Iu. Istoriiia rozvitku Ukrayins'koyi Asociaciyi fakhivciv fizichnoyi reabilitaciyi [History of development of Ukrainian Association of specialists of physical rehabilitation]. *Biuleten' Ukrayins'koyi Asociaciyi fakhivciv fizichnoyi reabilitaciyi* [Bulletin of the Ukrainian Association of Specialists Physical Rehabilitation], 2009, vol.1, pp. 3–5.
12. *Pro podal'shij rozvitok ta udoskonalennia likars'ko-fizkul'turnoyi sluzhbi v Ukrayini* [About subsequent development and improvement medical-athletic services in Ukraine]. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20081027_614.html

Information about the authors:

Prystupa Yvgenij Nikodimovich

cs@ldufk.edu.ua

Lvov State University of Physical Culture
Kostyushko str. 11, Lvov, 79000, Ukraine.

Vovkanych Andrej Stepanovich

avovkinfiz@i.ua

Lvov State University of Physical Culture
Kostyushko str. 11, Lvov, 79000, Ukraine.