



УДК 03.19.77

DEVELOPMENT OF THE REHABILITATION SYSTEM IN THE UNITED STATES IN THE 1950S

СТАНОВЛЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ У США У 50-ТІ РОКИ ХХ СТОРІЧЧЯ

Fedinskyi O.M. / Федінський О.М.*Postgraduate Student / аспірант**ORCID: 0009-0006-7006-5872**Dragomanov Ukrainian State University,**Kyiv, Pirogov Street, 9, 01601**Український державний університет імені Михайла Драгоманова,**Київ, Пирогова, 9, 01601*

Анотація. У статті досліджено ключові етапи становлення системи реабілітації у Сполучених Штатах Америки в 1950-х роках — період, що став критично важливим для формування міждисциплінарної та інституціоналізованої моделі реабілітаційної допомоги. Автор аналізує, як післявоєнна потреба у відновленні ветеранів сприяла перетворенню реабілітації з допоміжної медичної практики на повноцінну частину державної політики у сфері охорони здоров'я, освіти та праці. Окрему увагу приділено ролі фахових організацій (зокрема Американської академії фізичної медицини), державних програм (*Vocational Rehabilitation Act*), наукових ініціатив і технологічних інновацій. У статті також висвітлено обмеження і суперечності ранньої системи, зокрема расову, гендерну, регіональну та функціональну нерівність у доступі до послуг. Автор пропонує розглядати 1950-ті роки як перехідний, але принципово важливий період, що заклав основи для подальших реформ 1960–1970-х років і сприяв появі сучасного соціального підходу до інвалідності..

Ключові слова: реабілітація, США, 1950-ті роки, ветерани, інвалідність, *Vocational Rehabilitation Act*, соціальна політика, фізична медицина, дискримінація, інституційна модернізація.

Вступ.

Середина ХХ століття стала поворотним моментом для формування сучасної системи соціальної та медичної підтримки осіб з інвалідністю у Сполучених Штатах Америки. Особливе місце в цьому процесі посідає період 1950-х років, коли реабілітація почала трансформуватись із фрагментарної допоміжної практики у комплексну міждисциплінарну галузь, що охоплювала не лише медичне відновлення, а й професійну адаптацію, психологічну підтримку, правовий захист та соціальну інтеграцію.

Визначальним чинником активного розвитку реабілітаційної системи в цей період стала Друга світова війна, яка залишила після себе велику кількість ветеранів із фізичними та психосоціальними травмами. Відновлення їх працездатності та повернення до цивільного життя перетворилось на державний



пріоритет, що сприяв залученню ресурсів, політичної волі та експертного потенціалу до створення нових підходів у сфері медичної та соціальної допомоги [Sandel, 2012, с. 3–5; Verville, 2008, с. 61].

У цей період було закладено ключові інституційні основи системи реабілітації: створення спеціалізованих установ, професіоналізація фахової спільноти, формування національних стандартів підготовки кадрів та впровадження законодавчих ініціатив, зокрема Vocational Rehabilitation Act 1954 року. Крім того, 1950-ті роки стали часом утвердження реабілітації як повноцінної медичної спеціальності — фізіатрії, що отримала визнання на рівні Американської академії фізичної медицини та реабілітації [Martin, 1988, с. 15–17].

Водночас, попри динамічний розвиток, система залишалась структурно нерівною, із суттєвими бар'єрами в доступі до послуг для окремих груп населення — афроамериканців, жінок, мешканців сільських територій та осіб з інтелектуальними порушеннями. Це дозволяє розглядати 1950-ті роки як перехідний, амбівалентний період, який, з одного боку, створив потужну інституційну базу, а з іншого — заклав передумови для майбутньої боротьби за інклюзивність і рівність у 1960–1970-х роках.

Метою цієї статті є дослідити процес становлення реабілітаційної системи США в 1950-х роках, проаналізувати соціальні, медичні, політичні та економічні чинники, що вплинули на її розвиток, а також критично оцінити обмеження, які стримували повноцінну реалізацію принципів доступності та справедливості на ранньому етапі формування галузі.

Основний текст.

Період 1950-х років у Сполучених Штатах Америки став критично важливим етапом у формуванні сучасної системи реабілітації, заклавши інституційні, професійні та ідеологічні засади для подальшого розвитку галузі у другій половині XX століття. Поштовхом до цих змін стала Друга світова війна, яка радикально змінила ставлення американського суспільства до інвалідності. Країна зіткнулася з необхідністю повернення до активного суспільного життя



десятків тисяч ветеранів, які мали фізичні ушкодження (ампутації, паралічі, втрата зору чи слуху), ураження центральної нервової системи, а також посттравматичні психосоціальні розлади [Sandel, 2012, с. 3–4; Verville, 2008, с. 45].

На відміну від попередніх конфліктів, де інвалідність найчастіше асоціювалася з безпорадністю, після 1945 року держава була змушена шукати нові шляхи включення ветеранів у повноцінне громадське життя — через освіту, професійне навчання, побутову адаптацію та участь у трудовій діяльності. З'явилася необхідність розширити поняття реабілітації: від простого догляду до комплексного підходу, що охоплював фізичне, психічне, емоційне та соціальне відновлення. Це, у свою чергу, стимулювало появу цілого напрямку медицини — фізичної медицини та реабілітації (Physical Medicine and Rehabilitation, PM&R).

Новий міждисциплінарний підхід об'єднав клінічну терапію, фізіотерапію, ерготерапію, психотерапію та соціальну роботу, розглядаючи людину з інвалідністю як активного учасника процесу відновлення, а не лише пацієнта. Один із піонерів напрямку, дослідник Frederic Kottke, зазначав, що реабілітація повинна трактуватися не як «допоміжна практика», а як цілісна система відновлення функцій, особистої автономії та громадянської активності [Kottke & Knapp, 1988, с. 5–6]. Цей підхід заклав основи для пізнішого переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності.

Уряд США активно підтримував розвиток нової системи через масоване державне фінансування, створення реабілітаційних центрів, клінік і навчальних програм, зокрема в межах Міністерства у справах ветеранів (Veterans Administration). Уже на початку 1950-х років у десятках госпіталів функціонували спеціалізовані реабілітаційні відділення. Там працювали мультидисциплінарні команди, до яких входили лікарі-фізіатри, фізичні терапевти, логопеди, соціальні працівники та спеціалісти з адаптивного обладнання [Moffat, 2003, с. 16]. Вперше реабілітація стала розглядатися як етап лікування, рівнозначний хірургічному чи медикаментозному втручання, а не як постмедична підтримка.



Вагомий внесок у формування нормативно-правової бази зробила серія законодавчих актів, відома як Vocational Rehabilitation Acts. Найбільш значущими були поправки 1954 року, які суттєво розширили сфери державного втручання у сфері професійної реабілітації, охопивши не лише ветеранів, а й молодь, людей, які отримали інвалідність унаслідок захворювань, нещасних випадків або виробничих травм [Rehabilitation Services Administration, n.d.]. Згідно з цими поправками, реабілітаційні служби почали отримувати федеральне фінансування, а штати — зобов'язання створювати місцеві програми підтримки. Як слушно зазначає G. Martin, ці зміни вперше закріпили реабілітацію як постійний компонент соціальної політики, а не як тимчасову післявоєнну практику [Martin, 1988, с. 17].

Початок 1950-х років можна вважати періодом, коли реабілітація вийшла за межі медичних установ і почала розвиватися як міжсекторальна система — охоплюючи освіту, зайнятість, транспорт, архітектуру, політику праці. Це стало відправною точкою для розбудови інституцій, які в подальшому забезпечать юридичні й соціальні передумови для інклюзивного суспільства.

У 1950-х роках у Сполучених Штатах відбувся якісний зсув у розвитку реабілітаційної системи — від ізольованих, розпорошених медичних ініціатив до інституціоналізованої, професіоналізованої та науково обґрунтованої галузі охорони здоров'я, яка поступово здобула визнання на рівні державної політики. Цей перехід був не спонтанним, а результатом послідовної організаційної, академічної та політичної роботи, у якій ключову роль відіграли професійні об'єднання лікарів-реабілітологів, зокрема Американська академія фізичної медицини та реабілітації (AAPM&R).

У 1951 році, завдяки наполегливій роботі провідних спеціалістів, Академії вдалося добитися офіційного визнання спеціальності "фізіатрія" (від лат. *physica* — природна, відновлювальна медицина) як окремого напрямку у структурі національної системи охорони здоров'я. Цей статус відкрив шлях до формалізації навчальних програм, сертифікації кадрів, створення стандартів якості та етичних кодексів у сфері реабілітації [Martin, 1988, с. 15–17]. З 1952



року фізіатрія почала викладатися у медичних школах як окрема дисципліна, а клініки почали створювати спеціалізовані кафедри для практичної підготовки майбутніх фахівців.

Підґрунтям цих змін була активна інтелектуальна й організаційна діяльність таких провідних фігур, як Frank H. Krusen, який започаткував першу кафедру фізичної медицини в Mayo Clinic, Howard A. Rusk, засновник Інституту реабілітаційної медицини при Нью-Йоркському університеті, та Frederic Kottke, який розвивав концепцію функціонального відновлення в контексті соціальної участі особи. Їхні підходи спиралися на розуміння того, що інвалідність — це не лише медичне обмеження, а й проблема соціальної інтеграції, що вимагає співпраці лікарів, фізіотерапевтів, ерготерапевтів, соціальних працівників, психологів і навіть юристів [Kottke & Knapp, 1988, с. 8–9].

Окремим вектором розвитку системи стала співпраця з благодійними та громадськими організаціями. Найвпливовішою серед них була March of Dimes Foundation, заснована ще у 1938 році як фонд боротьби з поліомієлітом. Після створення вакцини Джонаса Солка у 1955 році, фонд змінив фокус своєї діяльності на реабілітацію дітей і підлітків, які пережили поліо, але залишилися з фізичними порушеннями. Завдяки її грантам у багатьох штатах було відкрито реабілітаційні центри, спеціальні школи, курси для підготовки фізичних терапевтів та логопедів. Крім того, фонд активно працював з медіа, змінюючи суспільне уявлення про інвалідність як про щось тимчасове, подолання й кероване за допомогою науки і солідарності [Sandel, 2012, с. 5].

Водночас у цей період активно розвивався науково-технологічний напрям. 1950-ті роки стали епохою впровадження новітніх технологій у фізичну терапію, таких як електростимуляція м'язів, інноваційні ортопедичні пристрої, біомеханічні тренажери, методики рухового навчання та адаптаційні засоби. Велика частина цих розробок фінансувалася через Національний інститут здоров'я США (NIH), який започаткував низку наукових програм з вивчення відновлення функціональності після травм і хронічних станів [Nowell & Sandel, 2015, с. 211].



Загалом, до кінця десятиліття у США вже функціонувала розгалужена мережа реабілітаційних установ — від федеральних центрів до регіональних клінік і профільних кабінетів при медичних закладах загального типу. Була створена єдина система підготовки кадрів, а на рівні професійних асоціацій розроблено національні протоколи лікування, що дозволило стандартизувати підхід до пацієнтів із різними формами інвалідності.

Саме ця інституційна основа — академічна, правова, організаційна — і стала відправною точкою для подальших трансформацій 1960–1970-х років, коли реабілітаційна система почне адаптуватися до нових соціальних викликів, включно з інклюзивною освітою, правами людини та універсальним дизайном.

Становлення системи реабілітації у США в 1950-х роках відбувалося не лише в межах медичної або професійної логіки — цей процес мав потужну соціально-політичну основу, глибоко вкорінену в тогочасний післявоєнний суспільний порядок, концепцію державного патерналізму, уявлення про громадянські обов'язки, продуктивність та соціальну норму. Американське суспільство перебувало в етапі радикальної трансформації, коли традиційні уявлення про державу, працю, тіло та інвалідність потребували переосмислення.

Повоєнна Америка зіткнулася з масштабним завданням — інтегрувати у суспільне життя десятки тисяч ветеранів, багато з яких повернулися з фронтів із тяжкими травмами, ампутаціями, порушеннями зору, слуху чи моторики, а також із посттравматичними психічними станами. У більшості випадків це були молоді, соціально активні чоловіки, яких ще до війни пов'язувала продуктивна діяльність, участь у трудових процесах та активна громадянська позиція. Тривале утримання таких людей поза ринком праці загрожувало не лише економіці, а й політичній легітимності держави, яка зобов'язалась підтримати своїх «героїв» після війни [Verville, 2008, с. 61].

В умовах зростання масової демократії та соціальної відповідальності, реабілітація стала засобом збереження політичної стабільності, частиною великої стратегії повернення до «нормального життя». Уряд і громадські організації реалізовували комплексні програми — не лише медичні, а й освітні,



правові, психологічні та побутові, — які мали на меті відновити функціональність ветеранів і повернути їм статус повноцінних громадян. У цьому сенсі реабілітація почала виконувати інтеграційну функцію, дозволяючи особам з інвалідністю знову посісти місце у сімейному, професійному та суспільному житті.

Разом із цим процес мав і виразно ідеологічний вимір. У контексті «холодної війни», реабілітаційна політика США стала елементом глобальної пропагандистської боротьби: країна прагнула показати, що вільне демократичне суспільство здатне забезпечити гідне життя для всіх своїх громадян, навіть після втрати працездатності. На фоні образу «людини-інваліда» в радянському суспільстві, що часто асоціювався з маргіналізацією, американська модель пропонувала образ «активного реабілітованого громадянина» — людини, яка долає бар'єри завдяки державі, технологіям і власній рішучості. Реабілітація ставала символом гуманізму, соціальної мобільності та технологічного прогресу, а разом з тим — знаряддям ідеологічного суперництва [Sandel, 2012, с. 7].

Поступово фокус державної уваги зміщувався з ветеранів на ширше цивільне населення з інвалідністю. Уже в середині 1950-х понад 80% бенефіціарів програм Vocational Rehabilitation складали не ветерани, а люди, які отримали інвалідність унаслідок хвороб, нещасних випадків, травм на виробництві чи в побуті [Rehabilitation Services Administration, n.d.]. Таким чином, держава вперше почала системно визнавати інвалідність як соціальну проблему, що не обмежується військовим досвідом, і брати на себе відповідальність за підтримку працездатності громадян незалежно від джерела їх інвалідності.

Водночас важливу роль у розвитку системи відігравали макроекономічні процеси. У 1950-х роках економіка США переживала період динамічного зростання: зростали обсяги промислового виробництва, модернізувались підприємства, зростав попит на робочу силу. Трудові ресурси стали стратегічним активом, і кожен громадянин, здатний працювати хоча б частково, розглядався як цінний елемент системи. У цьому контексті люди з інвалідністю почали



тракуватись як резерв економіки, який потребує реабілітації, перепідготовки, адаптації, а не лише допомоги чи догляду. Змінювалась не лише політика, а й дискурс: замість традиційного поняття «інвалід» усе частіше використовувався термін «функціонально обмежена особа», що підкреслював потенціал до праці, а не втрату [Stroman, 2003, с. 29].

У підсумку можна стверджувати, що реабілітаційна система 1950-х років у США стала глибоко соціальною інституцією, яка вийшла далеко за межі медичної галузі. Вона втілювала ключові ідеологеми тогочасного суспільства:

- працездатність = гідність
- соціальна інтеграція = патріотизм
- інвалідність $\neq$ пасивність

Саме на цьому етапі було закладено базові культурні та політичні принципи, які у подальші десятиліття ляжуть в основу правозахисного підходу до інвалідності, концепцій рівності та незалежного життя.

Попри значний поступ у становленні реабілітаційної інфраструктури в США у 1950-х роках, доступ до неї залишався глибоко нерівномірним і вибіркоким, що відображало гострі соціальні, расові, гендерні та економічні протиріччя американського суспільства тієї доби. Хоча ідеали функціонального відновлення та економічної інтеграції лежали в основі офіційної риторики, реабілітаційна система на практиці часто відтворювала механізми соціального виключення, а не долала їх. Зокрема, можна виділити наступні чинники, що ускладнювали реформування реабілітаційної системи:

1. Расова сегрегація: подвійна дискримінація

Однією з найбільших перепон залишалась расова сегрегація, особливо в південних штатах, де ще діяли закони Джима Кроу. У цих регіонах афроамериканці мали обмежений або взагалі відсутній доступ до якісних медичних і реабілітаційних послуг. Багато лікарень і клінік залишались сегрегованими, а більшість урядових програм фінансування — таких як Vocational Rehabilitation або Veterans Administration Hospitals — фактично ігнорували потреби чорношкірих громадян [LEAP, n.d.]. Часто навіть у випадках,



коли афроамериканці з інвалідністю отримували професійну освіту, їм відмовляли у працевлаштуванні, оскільки в очах роботодавця вони були подвійно маргіналізованими — як представники расової меншини й як люди з обмеженнями [University of Minnesota, n.d.].

Це призводило до закритого кола соціальної нерівності: без доступу до реабілітації — немає доступу до освіти, без освіти — немає працевлаштування, без праці — немає економічної автономії. Таким чином, формально інклюзивна система виявлялася практично ексклюзивною для мільйонів громадян.

2. Гендерна нерівність: «невидимі» жінки з інвалідністю

Ще одним бар'єром була гендерна нерівність, що глибоко пронизувала не лише суспільні уявлення про роль жінки, а й саму архітектуру реабілітаційної політики. Жінки з інвалідністю у 1950-х роках майже не розглядалися як повноправні учасниці програм повернення до праці. Урядові ініціативи, зокрема Vocational Rehabilitation Program, були переважно орієнтовані на чоловіків, особливо ветеранів — згідно з патерналістською логікою «годувальника родини» [Shapiro, 1993, с. 152].

Жінки ж отримували мінімальну підтримку, здебільшого через благодійні організації, церковні фонди або локальні ініціативи, що не забезпечували ані системності, ані сталості допомоги. Професійна реалізація для жінки з інвалідністю вважалася чимось вторинним або непотрібним: домінував стереотип, що її «місце» — вдома або під опікою родичів. Такий підхід виключав цілу соціальну категорію з процесів реабілітації, що підривало як принципи рівності, так і загальну ефективність системи.

3. Регіональні диспропорції: географія виключення

Крім расових і гендерних розривів, реабілітаційна система США 1950-х років була глибоко нерівномірною з регіонального погляду. У сільських районах — зокрема в Аппалачах, дельті Міссісіпі, Великих рівнинах і на територіях індіанських резервацій — доступ до реабілітаційних послуг був мінімальним або зовсім відсутнім. Відсутність спеціалізованих центрів, транспортної інфраструктури, фахових кадрів і базових ресурсів унеможливлювала реалізацію



навіть найкращих національних політик на місцях [Nowell & Sandel, 2015, с. 213].

У цих регіонах особи з інвалідністю здебільшого покладались на догляд з боку родини, релігійних громад або неформальних практик виживання. Жодного системного підходу, жодного плану підтримки, жодного юридичного визнання потреб — такою була реальність тисяч людей за межами міських центрів. Ця регіональна нерівність особливо яскраво проявляла структурну вразливість американської системи охорони здоров'я, орієнтованої на інновації, але не завжди на справедливість.

4. Стигматизація людей з інтелектуальними порушеннями

Ще однією малопомітною, але критично важливою сферою дискримінації була дискримінація осіб з інтелектуальними або психосоціальними порушеннями. Вони залишались на маргінесі реабілітаційної системи, оскільки та була побудована переважно на моделі фізичного функціонування. Особи з ментальними розладами здебільшого утримувались у психіатричних лікарнях, інтернатах або спеціалізованих закритих закладах, де будь-яке втручання зводилося до медикаментозного контролю або соціальної ізоляції [Stroman, 2003, с. 36–38].

Лише наприкінці десятиліття почали з'являтися перші батьківські ініціативи та організації захисту прав дітей з інвалідністю, які ставили під сумнів легітимність інституційного підходу. Але загалом ментальна інвалідність залишалась невидимою для більшості державних програм, що ще раз підкреслює обмеженість інклюзії в тогочасній системі.

Таким чином, попри очевидний прогрес у створенні інституцій, професіоналізації кадрів та впровадженні нових технологій, реабілітаційна система США у 1950-х роках залишалась нерівною, сегрегованою і вибірковою. Вона була побудована на уявленнях про “нормального” реципієнта допомоги — білого, міського, фізично травмованого чоловіка — і часто ігнорувала потреби тих, хто не вписувався в цю матрицю. Тому її еволюція у наступні десятиліття потребувала не лише технічних, а насамперед етичних і політичних зрушень, щоб стати справді інклюзивною системою для всіх.



Висновки.

1950-ті роки стали фундаментальним етапом у становленні реабілітаційної системи США, коли реабілітація вперше в історії американської медицини та соціальної політики почала формуватись як інституціоналізована, міждисциплінарна та стратегічно важлива галузь. Відхід від вузько медичного підходу до моделі, що включала елементи освіти, соціального супроводу, трудової інтеграції та правового регулювання, засвідчив глибоку трансформацію у поглядах на функціональність, інвалідність і державну відповідальність.

Основним каталізатором цієї трансформації виступив післявоєнний контекст, коли повернення тисяч ветеранів із травмами та інвалідністю вимагало від держави не лише медичних рішень, а комплексного підходу до їхнього соціального включення. Реабілітація стала не просто формою допомоги, а інструментом відновлення людської гідності та громадянського статусу. Саме цей вимір — політичний і моральний — зумовив динамічне розгортання програми Vocational Rehabilitation, створення нових професій і освітніх стандартів, розвиток мережі спеціалізованих установ [Sandel, 2012, с. 3–5; Verville, 2008, с. 61].

Водночас варто підкреслити, що цей поступ не був рівномірним і універсальним. Як показав аналіз, реабілітаційна система 1950-х років була структурно обмеженою, соціально нерівною і демографічно вибірковою. Вона була орієнтована переважно на білих чоловіків-ветеранів з фізичними травмами, тоді як жінки, представники расових меншин, сільське населення та особи з ментальними порушеннями часто залишались за межами її охоплення [Shapiro, 1993, с. 152; Stroman, 2003, с. 36–38].

Це свідчить про глибші структурні нерівності американського суспільства, які трансливались у систему реабілітації — не як виключення, а як правило. Сама система була вбудована в ідеологічну матрицю тогочасної державності, яка визначала «вартість» громадянина через його продуктивність, працездатність і відповідність домінантному уявленню про норму.

Однак, попри всі ці обмеження, саме в 1950-х роках було закладено



інституційне, політичне й наукове підґрунтя для подальших змін. Американська академія фізичної медицини, благодійні ініціативи (зокрема March of Dimes), програми федерального фінансування та розвиток професійних стандартів — усе це створило базову інфраструктуру, яка у 1960–1970-х роках стане плацдармом для глибших реформ: розширення доступу, зміни парадигми, формування концепції незалежного життя, активізація правозахисного руху, а згодом і прийняття Section 504, IDEA та ADA.

Отже, 1950-ті роки можна розглядати як перехідний, але стратегічно вирішальний період: час, коли ідея реабілітації перестала бути суто медичною, а перетворилась на один із ключових елементів соціальної модернізації, що змінив спосіб мислення про інвалідність, громадянство і роль держави у забезпеченні соціальної справедливості. У цьому сенсі, досвід США в цій галузі став еталоном для інших країн, і водночас — відправною точкою для нових викликів: інклюзії, рівності, участі та гідності.

Література:

1. Sandel E. The early history of physical medicine and rehabilitation in the United States // American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation. – 2012. – Режим доступу: <https://now.aapmr.org/the-history-of-the-specialty-of-physical-medicine-and-rehabilitation/>
2. Verville R. War, Politics and Philanthropy: The History of Rehabilitation Medicine. – Washington: American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation, 2008. – 213 p.
3. Moffat M. The history of physical therapy practice in the United States // Journal of Physical Therapy Education. – 2003. – Vol. 17, №3. – P. 15–25. DOI: 10.1097/00001416-200310000-00005
4. Rehabilitation Services Administration. Vocational Rehabilitation Act Amendments // Rehabilitation Services Administration History. – Washington: U.S. Department of Education, n.d. – Режим доступу: https://en.wikipedia.org/wiki/Rehabilitation_Services_Administration



5. Social Security Administration. Disability policy & history. – Washington: U.S. Government, n.d. – Режим доступу: <https://www.ssa.gov/history/edberkdib.html>
6. Kottke F.J., Knapp M.E. The development of physiatry before 1950 // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 1988. – Vol. 69. – P. 4–14.
7. Martin G.M. Building on the framework: The Academy in the 1950s // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 1988. – Vol. 69. – P. 15–19.
8. LEAP Advocacy. 1950s: History of disability rights. – n.d. – Режим доступу: <https://www.leapinfo.org/advocacy/history-of-disability-rights/1950s>
9. University of Minnesota. Parallels in Time II: Rehabilitation in the 1950s. – Minneapolis: Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities, n.d. – Режим доступу: <https://mn.gov/mnddc/parallels2/one/002.html>
10. Stroman D.F. The Disability Rights Movement: From Deinstitutionalization to Self-Determination. – Lanham: University Press of America, 2003. – 164 p.
11. Nowell E.S., Sandel M.E. War, politics, and philanthropy in the growth of rehabilitation medicine // In: Rehabilitation and Palliative Care: Histories, Dialectics and Challenges. – 2015. – Режим доступу: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8790711/>

Abstract. *This article explores the key stages in the development of the rehabilitation system in the United States during the 1950s—a period that proved critical for shaping a multidisciplinary and institutionalized model of rehabilitation care. The study analyzes how the post-war need to reintegrate veterans led to the transformation of rehabilitation from an auxiliary medical practice into a fully recognized component of national policy in healthcare, education, and employment. Particular attention is given to the role of professional organizations (notably the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation), federal initiatives (such as the Vocational Rehabilitation Act), scientific advancements, and technological innovations. The article also addresses the systemic limitations of the early rehabilitation model, including racial, gender, regional, and functional inequalities in access to services. The author argues that the 1950s should be viewed as a transitional but strategically important decade that laid the institutional and ideological foundations for the expansive reforms of the 1960s–1970s and fostered the emergence of a modern, rights-based understanding of disability..*

Key words: *rehabilitation, United States, 1950s, veterans, disability, Vocational Rehabilitation Act, social policy, physical medicine, discrimination, institutional modernization.*

Науковий керівник: д.і.н., проф., Журба М.А.

Статтю надіслано: 19.09.2025 р.

© Федінський О.М.