

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРЕМЕНЧУЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА ОСТРОГРАДСЬКОГО
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ МЕХАНІЧНОЇ ІНЖЕНЕРІЇ,
ТРАНСПОРТУ ТА ПРИРОДНИЧИХ НАУК



МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ РОБІТ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
**«ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ТА
ЕРГОТЕРАПІЇ (ВСТУП ДО СПЕЦІАЛЬНОСТІ)»**
ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПЕРШОГО (БАКАЛАВРСЬКОГО)
РІВНЯ ДЕННОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ
ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227 – «ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ»
ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОГРАМИ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ,
ЕРГОТЕРАПІЯ»

КРЕМЕНЧУК 2024

Методичні вказівки щодо виконання практичних робіт з навчальної дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії (вступ до спеціальності)» для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня денної форми навчання зі спеціальності 227 – «Терапія та реабілітація»

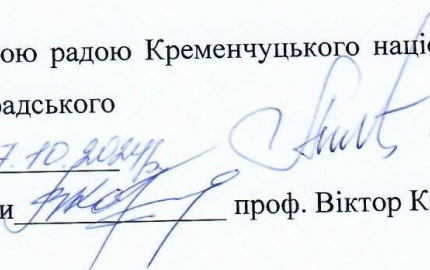
Укладачі: к. б. н., доц. О. І. Антонова
викл. І. С. Івакіна

Рецензент к. психол. наук, доц. О. С. Куш

Кафедра здоров'я людини та фізичної культури

Затверджено методичною радою Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського

Протокол № 2 від 17.10.2024

Голова методичної ради  проф. Віктор КОСТІН

ЗМІСТ

Вступ	5
1 Перелік практичних робіт	7
Практична робота № 1 Розвиток напряму фізична терапія та ерготерапія. Фізична терапія та фізична реабілітація: відмінності та загальні риси. Всесвітня конфедерація фізичної терапії: структура та загальні положення.....	7
Практична робота № 2 Характеристика та діяльність фахівця з фізичної терапії, ерготерапії. Посади і посадові обов'язки фізичного терапевта.....	10
Практична робота № 3 Загальне поняття про реабілітацію. Спілкування з пацієнтом. Етичний кодекс фахівця з фізичної реабілітації.....	14
Практична робота № 4 Дослідження ролі МКФ у навчанні фахівців. Міжнародна класифікація функціонування (МКФ): поняття активності, участі, функцій, структур, контекстуальних чинників. Охарактеризувати структуру та компоненти МКФ.....	17
Практична робота № 5 Практичне використання МКФ у діяльності фізичного терапевта. Цілі МКФ. Взаємодія концепцій МКФ. Застосування МКФ у плануванні реабілітаційного втручання. Розкрити зміст поняття міждисциплінарний підхід (команда) в реабілітації.....	21
Практична робота № 6 Мультидисциплінарний принцип роботи. Поняття реабілітаційного потенціалу. Поняття мультидисциплінарної бригади.....	24
Практична робота № 7 Програмування реабілітаційних втручань за різних патологіях: загальні положення щодо побудови програми. SMART-цілі. Довго- та короткострокові цілі під час планування реабілітаційних втручань за різних патологіях. Постановка реабілітаційних цілей спеціалістів команди (пацієнт–лікар–фізичний терапевт–ерготерапевт–логопед–соціальний працівник). Зміст цілей у SMART форматі (коротко та довготермінові цілі).....	29

Практична робота № 8 Принципи програмування занять у реабілітації пацієнтів з різними патологіями. Принципи профілактики у ФРМ. Педагогічні принципи в роботі фізичного терапевта з пацієнтом.....31

Практична робота № 9 Послідовність дій фізичного терапевта під час програмування фізіотерапевтичних втручань. Оцінювання ефективності проведених реабілітаційних втручань. Значення окремих чинників для ефективної реабілітації.....34

2 Критерії оцінювання знань студентів.....38

Список літератури40

ВСТУП

Методичні вказівки щодо виконання практичних робіт можуть бути використані здобувачами денної форми навчання для практичної підготовки до занять під час вивчення навчального курсу «Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії (вступ до спеціальності)». Метою викладання навчальної дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії (вступ до спеціальності)» є формування у здобувачів знань щодо Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) та її можливостей застосування у практиці фізичного терапевта; вивчення принципів фізичного тренування, обліку ефективності занять фізіотерапевтичними вправами, ознайомлення з теоретичним і практичним матеріалом щодо використання основних засобів фізичної терапії та ерготерапії в осіб різних нозологічних груп. До кожної теми практичного заняття додається детальний план, питання для самоконтролю та список літератури. Також складені завдання для самостійної роботи студентів. Для забезпечення контролю знань здобувачів і глибокого закріплення набутих знань, умінь і навичок передбачається виконання тестових завдань.

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми здобувачі повинні після успішного засвоєння навчальної дисципліни формувати такі програмні компетентності та результати навчання.

Загальні компетентності

ЗК 03. Навички міжособистісної взаємодії.

ЗК 04. Здатність працювати в команді.

ЗК 11. Здатність ухвалювати рішення та діяти, дотримуючись принципу неприпустимості корупції та будь-яких інших проявів недоброчесності.

ЗК 12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

Спеціальні (фахові, предметні) компетентності

ФК 01. Здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу у заходах

фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок з охороною здоров'я.

ФК 08. Здатність ефективно реалізовувати програму фізичної терапії та/або ерготерапії.

ФК 09. Здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта.

ФК 10. Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта/клієнта відповідними засобами й методами (додаток 1) та документувати отримані результати.

ФК 11. Здатність адаптовувати свою поточну практичну діяльність до змінних умов.

Програмні результати навчання

ПР 01. Демонструвати готовність до зміцнення та збереження особистого та громадського здоров'я шляхом використання рухової активності людини та проведення роз'яснювальної роботи серед пацієнтів/клієнтів, членів їх родин, медичних фахівців, а також покращенню довкілля громади.

ПР 04. Застосовувати у професійній діяльності знання біологічних, медичних, педагогічних та психосоціальних аспектів фізичної терапії та ерготерапії.

ПР 05. Надавати долікарську допомогу при невідкладних станах та патологічних процесах в організмі; вибирати оптимальні методи та засоби збереження життя.

ПР 09. Реалізувати індивідуальні програми фізичної терапії, ерготерапії.

ПР 10. Здійснювати заходи фізичної терапії для ліквідації або компенсації рухових порушень та активності.

ПР 11. Здійснювати заходи ерготерапії для ліквідації або компенсації функціональних та асоційованих з ними обмежень активності та участі в діяльності.

ПР 12. Застосовувати сучасні науково-доказові дані у професійній діяльності.

1 ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ РОБІТ

Практична робота № 1

Тема. Розвиток напрямку «фізична терапія та ерготерапія». **Фізична терапія та фізична реабілітація: відмінності та загальні риси. Всесвітня конфедерація фізичної терапії: структура та загальні положення**

Мета роботи: вивчити визначення поняття «фізична терапія та ерготерапія»; ознайомитися з відмінностями й загальними рисами фізичної терапії та фізичної реабілітації. У результаті виконання практичної роботи здобувачі повинні:

- знати структуру та положення всесвітньої конфедерації фізичної терапії;
- уміти складати комплексні індивідуальні програми фізичної терапії.

Короткі теоретичні відомості

Фізична терапія – це новий напрям у системі охорони здоров'я, якого не було за радянських часів. Сьогодні фізична терапія визнана дієвим методом під час різноманітних захворювань: інсульті, ішемічній хворобі серця, рухових порушеннях різної природи тощо. Замість фізичної терапії на пострадянському просторі була розповсюджена фізична реабілітація (ЛФК). Цей напрям суттєво відрізняється від фізичної терапії. Загальні риси: і фізичний терапевт, і фізичний реабілітолог роблять з пацієнтом фізичні вправи, однак між ними є величезна різниця. Основна відмінність: фізична терапія використовує проблемно орієнтований підхід, за якого лікар визначає причину рухової дисфункції, фізична реабілітація пропонує лише набір вправ, які можна робити під час певного захворювання без орієнтації на розв'язання конкретної проблеми конкретної людини. Ця система не має доказової бази, пропонуючи лише вправи, які, звісно, корисні, але не здатні розв'язати проблеми конкретного пацієнта. Наприклад, у разі ішемічного інсульту в гострому періоді призначали комплекс лікувальних вправ № 4. І

хоча пацієнт міг самотійно ходити на вулицю, він все одно виконував вправи у ліжку. З цієї самої причини ЛФК не надає можливості опанувати певну рухову навичку, наприклад, самотійну ходу, тому що ніякі пасивні методи не наблизять людину до поставленої мети, лише робота до самотійної ходи з фізичним терапевтом. У фізичній терапії обов'язковими є обстеження, чітка постановка цілей, повна індивідуалізація реабілітаційної програми. Фізична терапія ставить реалістичні й досяжні цілі, над якими людина буде працювати разом з фізичним терапевтом після хвороби або травми. Ця система заснована на доказах, тому використовує підходи, ефективність яких доведена у високоякісних дослідженнях, це спеціальні тести, а для відновлення втрачених функцій – доказові методи, підібрані індивідуально.

Усесвітня конфедерація фізичної терапії (англ. *World Confederation for Physical Therapy*) – міжнародна організація, що об'єднує фізичних терапевтів в усьому світі. Вона спрямована на просування професії та поліпшення глобальної системи охорони здоров'я. 1951 року у Копенгагені (Данія) було організовано Всесвітню конфедерацію фізичних терапевтів, яка на той час об'єднувала фахівців з таких країн: Австралія, Канада, Данія, Фінляндія, Велика Британія, Нова Зеландія, Норвегія, Південна Африка, Франція, Швеція та США. 1953 року було проведено перший конгрес та обрано керівний апарат. Необхідно зазначити, що ця організація функціює й дотепер. Вона об'єднує представників 101 країни, зусиллями яких проведено 16 конгресів, співпрацює з іншими міжнародними організаціями (ВООЗ) та охоплює п'ять регіонів: Африка, Азія, Європа, Північна Америка, Південна Америка. Існує відповідність між національним тлумаченням терміну «фізична реабілітація» та інтернаціональним тлумаченням терміну «фізична терапія» (*physical therapy*). Ці терміни мають дуже близьке змістове навантаження. Ключовими аспектами є, по-перше, спрямування професійної діяльності на функціональне відновлення (реабілітацію) хворих і неповносправних, і, по-друге, застосування

однакових засобів і методів впливу, серед яких основними є фізичні вправи. Конфедерація створена з метою розвитку фізичної терапії (реабілітації) як професії і покращення системи охорони здоров'я у всьому світі через запровадження високих стандартів досліджень у сфері фізичної терапії (реабілітації), освіти та практики; сприяння обміну інформацією між регіонами WCPT і організаціями-членами конфедерації та співпрацю з національними і міжнародними організаціями. WCPT пропонує цілу низку документів і послуг, включаючи статuti, інструкції, освітню підтримку, практичні матеріали, та електронні дискусійні форуми з різних питань. Назва професії у країнах Європи, у яких існують відповідні професійні асоціації: фізіотерапія – 20 країн (Австрія, Велика Британія, Греція, Данія, Естонія, Ірландія, Іспанія, Італія, Латвія, Ліхтенштейн, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Словенія, Туреччина, Фінляндія, Чехія, Швейцарія); кінезіотерапія – 5 країн (Бельгія, Болгарія, Люксембург, Румунія, Франція); фізична терапія – 4 країни (Сербія, Україна, Хорватія, Чорногорія); лікувальна гімнастика – 3 країни (Ісландія, Угорщина, Швеція).

Завдання до теми

1. Охарактеризувати складники програми фізичної терапії (реабілітаційне обстеження, огляд, оцінювання, діагностика порушень, інтенсивність реабілітаційної допомоги, реабілітаційний прогноз, реабілітаційне втручання).

2. Скласти блок-схему індивідуальної програми фізичної терапії за обраною темою.

3. Надайте відповіді на тестові завдання:

1. Бакалавр галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» відповідає кваліфікаційним вимогам:

- 1) лікаря фізичної та реабілітаційної медицини;
- 2) фізичного терапевта;
- 3) сімейного лікаря;

4) асистента фізичного терапевта;

5) сестри медичної з реабілітації.

2. Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» був ухвалений:

1) 1980 р.;

2) 1990 р.;

3) 2000 р.;

4) 2010 р.;

5) 2020 р.

3. Професіоналами з фізичної та реабілітаційної медицини є:

1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини;

2) фізичні терапевти та ерготерапевти;

3) головні лікарі;

4) завідувачі відділень;

5) асистенти фізичного терапевта та ерготерапевта.

Контрольні питання

1. Визначення термінів «фізична та реабілітаційна медицина», «фізична терапія».

2. Технології фізичної терапії.

3. Авторські методики фізичної терапії й ерготерапії.

4. Фізична терапія та фізична реабілітація: відмінності та загальні риси.

5. Усесвітня конфедерація фізичної терапії: структура та загальні положення.

Література: [4, с. 5–27].

Практична робота № 2

Тема. Характеристика та діяльність фахівця з фізичної терапії, ерготерапії. Посади й посадові обов'язки фізичного терапевта

Мета роботи: вивчити завдання й обов'язки фізичного терапевта та ерготерапевта. У результаті виконання практичної роботи здобувачі

повинні:

- знати та мати уявлення про діяльність фахівця з фізичної терапії, ерготерапії;
- уміти здійснювати діяльність відповідно до принципів доказової медицини/доказової реабілітації.

Короткі теоретичні відомості

Фахівці з реабілітації – особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку. Проводити реабілітацію фахівці з реабілітації можуть як у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, так і надавати допомогу самотійно відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, у формах, не заборонених законодавством. Професійні обов'язки фахівців із реабілітації: а) сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобігати захворюванням і лікувати їх, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну, лікарську й реабілітаційну допомогу; б) безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку й в інших екстремальних непередбачуваних ситуаціях; в) поширювати наукові й медичні знання, знання щодо функціонування й обмежень життєдіяльності серед населення, пропагувати, зокрема власним прикладом, здоровий спосіб життя; г) дотримуватися вимог професійної етики й деонтології, зберігати лікарську таємницю; г) постійно підвищувати рівень професійних знань і майстерності; д) надавати консультативну допомогу колегам та іншим працівникам охорони здоров'я, фахівцям із реабілітації; е) здійснювати діяльність відповідно до принципів доказової медицини/доказової реабілітації.

Завдання й обов'язки асистента фізичного терапевта. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я та

соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги. За призначенням лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та/або фізичного терапевта здійснює реабілітаційні заходи з метою припинення або зменшення болю, відновлення функцій тканин, органів, систем та організму в цілому, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності й активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб усіх вікових категорій з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату, ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, неврологічними, серцево-судинними, респіраторними та іншими захворюваннями та їх наслідками, людей літнього віку з віковими ускладненнями. Під керівництвом фізичного терапевта виконує програми фізичної терапії або компоненти індивідуальної програми реабілітації, які стосуються фізичної терапії, спостерігає за порядком їх виконання, здійснює оперативний і поточний контроль, веде відповідну документацію. Застосовує фізичні вправи, масаж, мануально-м'язові та суглобові техніки, преформовані фізичні чинники, спрямовані на поліпшення діяльності опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної, інших систем та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсацію порушених чи відсутніх функцій. Уміє надавати першу допомогу. Навчає самоогляду, пересуванню, самостійності у підтримці фізичного стану та здоров'я. Співпрацює з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, фахівцями освіти (спеціальної освіти), терапевтами мови та мовлення (логопедами), фахівцями психічного здоров'я, соціальними працівниками. Залучає родичів та опікунів до проведення програми фізичної терапії, надає їм необхідну консультативну допомогу. Постійно вдосконалює свій професійний рівень. Бере участь у навчальних програмах асистентів фізичної терапії. Дотримується правил і норм професійної етики, медичної деонтології. Виконує професійні обов'язки в закладах охорони здоров'я, освітніх, соціальних закладах,

установах та організаціях державного, громадського і приватного секторів.

Завдання й обов'язки асистента ерготерапевта. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я та соціального забезпечення, організацію надання медичної, у тому числі реабілітаційної допомоги. За призначенням лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та під керівництвом ерготерапевта здійснює реабілітаційні заходи з метою збільшення заняттєвої активності й участі пацієнта/клієнта, сприяє набуттю людьми з обмеженнями життєдіяльності максимального рівня функціональності й незалежності в усіх аспектах життя. Під керівництвом ерготерапевта виконує програми ерготерапії, застосовує сучасні методики, здійснює оперативний і поточний контроль, веде відповідну документацію. Працює з особами та групами осіб усіх вікових категорій з обмеженнями життєдіяльності та функціональної незалежності. Під контролем ерготерапевта застосовує терапевтичні вправи та заняття, преформовані фізичні чинники, спрямовані на поліпшення функцій організму, які впливають на обмеження життєдіяльності пацієнта/клієнта. Готує приміщення та робочі місця. Забезпечує процес ерготерапії допоміжним обладнанням, матеріалами та інструментами. Володіє прийомами першої та невідкладної допомоги. Співпрацює з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, фахівцями освіти (спеціальної освіти), терапевтами мови та мовлення (логопедами), фахівцями психічного здоров'я, соціальними працівниками. Постійно вдосконалює свій професійний рівень. Бере участь у навчальних програмах асистентів ерготерапії. Дотримується правил і норм професійної етики, медичної деонтології. Виконує професійні обов'язки в закладах охорони здоров'я, освітніх, соціальних закладах, установах та організаціях державного, громадського і приватного секторів.

Завдання до теми

1. За завданням фізичного терапевта виконати оперативний і поточний

контроль, заповнити відповідну документацію

2. Під керівництвом ерготерапевта виконати програму ерготерапії, здійснити оперативний і поточний контроль, заповнити відповідну документацію.

3. Виконати прийоми першої та невідкладної допомоги.

4. Надайте відповіді на тестові завдання.

До професійних обов'язків фахівців із реабілітації не належить:

- 1) дотримуватися вимог професійної етики;
- 2) зберігати лікарську таємницю;
- 3) безоплатно надавати невідкладну медичну допомогу;
- 4) рекламувати технічні й інші засоби реабілітації;
- 5) надавати консультативну допомогу колегам.

Контрольні питання

1. Кваліфікаційні вимоги до фізичного терапевта й ерготерапевта.
2. Навантаження асистента фізичного терапевта, асистента ерготерапевта.
3. Фахівці з реабілітації.
4. Професійні обов'язки фахівців із реабілітації.

Література: [1, с. 10–14].

Практична робота № 3

Тема. Загальне поняття про реабілітацію. Спілкування з пацієнтом. Етичний кодекс фахівця з фізичної реабілітації

Мета роботи: вивчити поняття терміну «реабілітація». У результаті виконання практичної роботи здобувачі повинні:

- знати основні положення етичного кодексу фахівця з фізичної реабілітації, класифікацію та механізми дії фізичних чинників;
- уміти застосовувати закони та правила, які регулюють професійну діяльність фізичного терапевта, на практиці.

Короткі теоретичні відомості

Термін «реабілітація» («rehabilitation») походить від латинського слова «habilitation» – здатність, спроможність і префікса «re-», що означає зворотну або повторну дію. Тобто дослівний переклад із латині – повернення здатності, спроможності. Реабілітація – це процес, метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювань і допомога хворому в досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної й економічної повноцінності, на яку від буде здатний у межах свого захворювання (ВООЗ, 1963 р.). Реабілітація – комплекс заходів, що потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем. Реабілітація у сфері охорони здоров'я – це комплекс заходів, що здійснюють фахівці з реабілітації, які працюють у реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно, надають реабілітаційну допомогу особі з обмеженнями повсякденного функціонування (або такій, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування) для досягнення й підтримання оптимального рівня діяльності та якості життя у її середовищі.

Етичний кодекс та професійна поведінка фізичного терапевта в Україні (далі – Кодекс), який було розроблено Українською Асоціацією фізичної терапії (далі – Асоціація) визначає принципи, яких повинні дотримуватись усі фізичні терапевти в Україні, для того щоб гарантувати безпечність і сприяти благополуччю людей із обмеженням життєдіяльності в Україні. Кодекс визначає професійну поведінку, яку очікують від фізичного терапевта в Україні коли він/вона провадять свою професійну/ практичну діяльність.

У підґрунті Кодексу покладено основні етичні принципи: 1. Надавати справедливі послуги фізичної терапії. 2. Уникати нанесення будь-якої шкоди. 3. Діяти в кращих інтересах пацієнта/клієнта. 4. Поважати особисту незалежність. У цьому Кодексі визначено способи розв'язання моральних

проблем і прийняття найприйнятнішого професійного рішення в етичних питаннях. У підґрунті Кодексу, створеного Асоціацією, покладено міжнародні етичні принципи і стандарти практичної діяльності фізичної терапії, які визначені Світовою Конфедерацією фізичної терапії (WCPT).

1. Фізичний терапевт поважає права та гідність усіх людей.

1.1 Усі люди, які потребують послуг фізичних терапевтів, мають право отримати їх, незважаючи на вік, стать, расу, національність, релігію або політичні переконання.

1.2 Пацієнт/клієнт має право на повагу своїх культурних цінностей.

1.3 Пацієнт/клієнт має право на приватність.

1.4 Пацієнт/клієнт має право на конфіденційність.

1.5 Пацієнт/клієнт має право на отримання відповідної інформації, достатньої для надання поінформованої згоди або відмови від послуг.

1.6 Пацієнт/клієнт має право бути захищеним від надання надмірних послуг.

1.7 Пацієнт/клієнт має право на скерування до відповіднішого кваліфікованого фахівця.

1.8 Пацієнт/клієнт має право подавати скарги й отримувати відповіді на них.

1.9 Фізичний терапевт демонструє професійну поведінку, яка виключає сексуально неналежну поведінку фахівця.

1.10 Фізичний терапевт має право розраховувати на співпрацю з боку своїх колег.

1.11 Фізичний терапевт повинен дотримуватися законодавства України, що стосується постачальників, виробників та інших суб'єктів надання послуг.

Завдання до теми

1. Надайте відповіді на тестові завдання.

1. Проаналізуйте та знайдіть правильну відповідь: згідно з визначенням ВООЗ (1963 р.) «реабілітація – процес, метою якого є

запобігання _____ під час лікування захворювань»:

- 1) інвалідності;
- 2) хворобі;
- 3) ускладненням;
- 4) розвитку супутніх захворювань;
- 5) рецидиву.

2. Визначте та надайте відповідь: термін «реабілітація» походить від латинського слова «habilitation», що означає:

- 1) здатність;
- 2) здоров'я;
- 3) хвороба;
- 4) інвалідність;
- 5) смерть.

3. «Occupation therapy» – українською аналог професії:

- 1) фізичного терапевта;
- 2) фізіотерапевта;
- 3) лікаря фізичної та реабілітаційної медицини;
- 4) ерготерапевта;
- 5) сімейного лікаря.

2. Охарактеризувати зміст етичного кодексу фахівця з фізичної реабілітації.

Контрольні питання

1. Охарактеризувати розділ етичного кодексу «чесні, безпечні, компетентні та підзвітні послуги».

2. Охарактеризувати розділ етичного кодексу «планування та розвиток послуг, які відповідають потребам громади в охороні здоров'я».

3. Спілкування з пацієнтом.

4. Загальна характеристика фізичної реабілітації.

Література: [2, с. 47–51].

Практична робота № 4

Тема. Дослідження ролі МКФ у навчанні фахівців

Мета роботи: ознайомитися з міжнародною класифікацією функціонування (МКФ): поняття активності, участі, функцій, структур, контекстуальних чинників. У результаті виконання практичної роботи здобувачі повинні:

- знати структуру та компоненти МКФ;
- уміти застосовувати МКФ у практичній діяльності.

Короткі теоретичні відомості

Загальна мета Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) – визначити уніфіковану і стандартизовану мову та схеми опису станів здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям. Домени, що містяться в МКФ, можуть розглядатися як домени охорони здоров'я та домени, пов'язані з охороною здоров'я. Ці домени описуються з огляду організму, особи та суспільства у двох основних переліках: (1) Функції та структури організму; та (2) Діяльність і участь. Оскільки МКФ забезпечує класифікацію, вона системно групує різні домени (практичний і багатозначний набір відповідних фізіологічних функцій, анатомічних структур, дій, завдань або сфер життя) для особи в певному стані здоров'я (наприклад, указує що робить або здатна робити людина з хворобою чи розладом). Функціонування є загальним терміном, який охоплює всі функції, види діяльності й участі; аналогічним чином, термін обмеження життєдіяльності слугує загальним терміном для порушень, обмежень діяльності або обмежень можливості участі. МКФ також містить перелік чинників навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями. Отже, вона дозволяє користувачеві фіксувати важливі профілі функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я особи в межах різних доменів. МКФ належить до «сімейства» міжнародних класифікацій, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВОЗ) для застосування до різних аспектів здоров'я. Сімейство

міжнародних класифікацій ВОЗ забезпечує загальні правила для кодування широкого спектру інформації, пов'язаної зі здоров'ям (наприклад, діагностика, функціонування й обмеження життєдіяльності, причини для звертання за медичною допомогою) і використовує стандартизовану загальнодоступну мову, що дозволяє спілкування на теми, пов'язані зі здоров'ям та охороною здоров'я у всьому світі в різних навчальних дисциплінах і галузях науки.

Структурно інформація МКФ складається з двох частин. Частина 1 стосується функціонування й обмежень життєдіяльності, тоді як частина 2 охоплює контекстні чинники. Кожна частина включає дві складові: 1. Складові функціонування й обмежень життєдіяльності. Складова Організм включає дві класифікації, одна стосується функцій систем організму, інша – структур організму. Розділи в обох класифікаціях структуровані відповідно до систем організму. Приклади доменів здоров'я включають зір, слух, ходьбу, навчання та запам'ятовування, у той час як приклади доменів, пов'язаних зі здоров'ям, включають транспортування, освіту й соціальні взаємодії. Складова Діяльність та участь охоплює повний спектр доменів, що позначають аспекти функціонування як з особистої, так і з соціальної позиції. 2. Складові контекстуальних чинників. Перелік чинників навколишнього середовища є першим компонентом контекстуальних чинників. Чинники навколишнього середовища впливають на всі складові функціонування й обмеження життєдіяльності та систематизовані послідовно за принципом – від тих, що безпосередньо оточують особу, до загального оточення. Особистісні чинники також є складовою контекстуальних чинників, але вони не класифіковані в МКФ через їх велику соціальну та культурну відмінність.

Складові функціонування й обмежень життєдіяльності в частині 1 МКФ можуть бути виражені двома способами. З одного боку, вони можуть використовуватися для позначення проблем (наприклад, порушення, обмеження діяльності або обмеження можливості участі, узагальнені

терміном «обмеження життєдіяльності»), з іншого боку, вони можуть указувати на непроблематичні (тобто нейтральні) аспекти здоров'я та стани, пов'язані зі здоров'ям, узагальнені парасольковим терміном функціонування). Ці складові функціонування й обмежень життєдіяльності пояснюються за допомогою чотирьох окремих, але споріднених структурних компонентів. Ці структурні компоненти визначаються за допомогою кваліфікаторів. Функції та структури організму можуть бути надані як зміни у фізіологічних системах чи анатомічних структурах. Складова Діяльність та Участь може оперувати двома структурними компонентами: потенційна здатність і реалізація. Функціонування й обмеження життєдіяльності індивіда подають у вигляді динамічної взаємодії між різними змінами стану здоров'я (захворюваннями, розладами, пошкодженнями, травмами тощо) і контекстуальними чинниками. Як зазначено раніше, контекстуальні чинники включають як особистісні, так і фактори навколишнього середовища. МКФ містить усеосяжний перелік чинників навколишнього середовища, що складають невід'ємну частину класифікації. Екологічні чинники взаємодіють з усіма складовими функціонування та обмежень життєдіяльності. Для складової Чинники навколишнього середовища основним структурним компонентом є полегшувальний або перешкоджальний вплив особливостей фізичного й соціального середовища, а також світу відносин і установок.

Завдання до теми

1. Охарактеризувати поняття активності, участі, функцій, структур, контекстуальних чинників, записати у табличному вигляді.
2. Охарактеризувати складові структурних частин МКФ. Зробити висновки.
3. Охарактеризувати класифікації «наслідків захворювання» (версія 1980 р.) та «компонентів здоров'я».

Контрольні питання

1. Структурна інформація МКФ.

2. Міжнародна класифікація функціонування.
3. Поняття активності, участі, функцій, структур, контекстуальних чинників.

Література: [5, с. 5–10].

Практична робота № 5

Тема. Практичне використання МКФ у діяльності фізичного терапевта Цілі МКФ. Взаємодія концепцій МКФ. Застосування МКФ у плануванні реабілітаційного втручання. Розкрити зміст поняття «міждисциплінарний підхід (команда) в реабілітації».

Мета роботи: ознайомитися з цілями МКФ, взаємодією концепцій МКФ. У результаті виконання практичної роботи здобувачі повинні:

- знати зміст поняття міждисциплінарний підхід (команда) в реабілітації;
- уміти застосовувати МКФ у плануванні реабілітаційного втручання.

Короткі теоретичні відомості

МКФ – це багатоцільова класифікація, призначена для використання в різних навчальних дисциплінах і галузях. Її специфічні цілі полягають у такому: забезпечити наукове підґрунтя для розуміння й вивчення показників здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям станів, наслідків і чинників, що їх визначають; запровадити загальну мову для опису показників здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям, з метою покращення спілкування між різними користувачами, такими як працівники охорони здоров'я, наукові працівники, адміністратори та громадськість, у тому числі люди з обмеженнями життєдіяльності; забезпечити порівняння інформації щодо країн, сфер медико-санітарної допомоги, служб та в часі; забезпечити інформаційні системи охорони здоров'я систематизованими схемами кодування. Ці цілі є взаємопов'язаними, оскільки потреба у МКФ та її використання вимагають побудови конструктивної та практичної системи, яка може бути використана різними споживачами політики охорони

здоров'я, під час забезпечення контролю якості й оцінювання ефективності в різних культурах.

З часу публікації МКПФВ як пробної версії 1980 року вона використовувалася для різних цілей, зокрема: як статистичний інструмент – під час збору та реєстрації даних (наприклад, під час проведення популяційних досліджень і моніторингів або в інформаційних системах управління); як інструмент дослідження – для оцінювання результатів, якості життя або чинників навколишнього середовища; як клінічний інструмент – під час оцінювання потреб, відповідності методів лікування конкретним умовам, оцінювання професійної придатності, реабілітації та оцінювання результатів; як інструмент соціальної політики – під час планування заходів соціального захисту, систем компенсації та для розробки й реалізації їх політики; як навчальний інструмент – під час розробки навчальних програм та для підвищення обізнаності й проведення громадських акцій. Існує широке коло різних галузей, де застосування МКФ буде корисним, наприклад соціальний захист, оцінювання управління охорони здоров'я й моніторингу населення на місцевому, національному та міжнародному рівнях. Вона пропонує концептуальну структуру для інформації, яка може застосовуватися на рівні охорони здоров'я особи, включаючи профілактику, зміцнення здоров'я та поліпшення ступеня участі завдяки усуненню або пом'якшенню соціальних перешкод і заохоченню надання соціальної підтримки й залученню сприятливих чинників. Вона також застосовується для вивчення систем охорони здоров'я, для їх оцінювання та формулювання політики.

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда – це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою й завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого й середнього обсягу в стаціонарних і амбулаторних закладах у гострому, післягострому й довготривалому відновних періодах. Мультидисциплінарну реабілітаційну команду очолює

лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який відповідає за організацію роботи команди, виконання індивідуального реабілітаційного плану та інших завдань, покладених на команду.

Основними завданнями мультидисциплінарної реабілітаційної команди є: 1) забезпечення доступності реабілітаційної допомоги за першої необхідності; 2) визначення реабілітаційного прогнозу, мети й завдань реабілітації, розроблення індивідуального відновного плану; 3) забезпечення комплексного підходу в наданні реабілітаційної допомоги й уникнення або зниження стійких обмежень життєдіяльності в осіб зі звуженим спектром повсякденних функцій; 4) забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у належній кількості; 5) внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану й обговорення стану виконання такого плану; 6) планування виписки особи та внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану для продовження його виконання в амбулаторних умовах після виписки із закладу, який надавав реабілітаційну допомогу. Професійний і кількісний склад команди залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації, а також від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу. До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, які надають реабілітаційну допомогу особам з обмеженнями повсякденного функціонування віком до 18 років та/або особі з психічними розладами, можуть входити лікарі-спеціалісти відповідного профілю, а також, у разі необхідності, інші фахівці, які відповідають кваліфікаційним вимогам, установленим законодавством.

Завдання до теми

1. Надати відповіді на тестові завдання.

1. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда не надає реабілітаційну допомогу в:

1) гострому реабілітаційному періоді;

- 2) післягострому реабілітаційному періоді;
 - 3) довготривалому реабілітаційному періоді;
 - 4) санаторно-курортному періоді реабілітації.
2. Очолює мультидисциплінарну реабілітаційну команду:

- 1) головний лікар;
- 2) завідувач відділення;
- 3) лікар фізичної та реабілітаційної медицини;
- 4) фізичний терапевт;
- 5) лікуючий лікар.

Контрольні питання

1. Цілі МКФ. Взаємодія концепцій МКФ.
2. Застосування МКФ у плануванні реабілітаційного втручання.
3. Зміст поняття «міждисциплінарний підхід (команда) в реабілітації».

Література: [5, с. 11–20].

Практична робота № 6

Тема. Мультидисциплінарний принцип роботи. Поняття реабілітаційного потенціалу. Поняття мультидисциплінарної бригади

Мета роботи: ознайомитися з поняттям реабілітаційного потенціалу.

У результаті виконання практичної роботи здобувачі повинні:

- знати основні принципи мультидисциплінарного (бригадного) підходу з розробкою індивідуальної реабілітаційної програми;
- уміти змінити напрям впливу заходів реабілітації та уточнити послідовність їх застосування.

Короткі теоретичні відомості

У кожному конкретному випадку організація реабілітаційного процесу вимагає мультидисциплінарного (бригадного) підходу з розробкою індивідуальної реабілітаційної програми. Обов'язковими елементами є визначення реабілітаційного потенціалу, складання реабілітаційного

прогнозу й оцінювання (моніторинг) досягнутого прогресу під час реабілітації. *Реабілітаційний потенціал* – це комплекс біологічних і психофізіологічних характеристик індивідуума, а також соціально-оточувальних чинників, що дозволяють тією чи іншою мірою реалізувати його потенціальні властивості. *Реабілітаційний прогноз* – очікувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу. Сучасна класифікація основних категорій життєдіяльності та їх обмежень за ступенем вираженості така.

1. Здатність до самообслуговування – здатність до самостійного задоволення основних фізіологічних потреб, повсякденної побутової діяльності й навичок особистої гігієни.

Обмеження самообслуговування:

– I ст. – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

– II ст. – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та/або за допомогою інших осіб;

– III ст. – нездатність до самообслуговування й повна залежність від інших осіб.

2. Здатність до самостійного пересування – здатність самостійно переміщуватись у просторі, долати перешкоди, зберігати рівновагу тіла в межах побутової, громадської, професійної діяльності.

Обмеження здатності до самостійного пересування:

– I ст. – здатність до самостійного пересування з тривалішою витратою часу, частковістю виконання та скороченням відстані;

– II ст. – здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

– III ст. – нездатність до самостійного пересування і повна залежність від інших осіб.

3. Здатність до навчання – здатність до сприйняття й відтворення знань (загальноосвітніх, професійних тощо), опанування навичками та уміннями

(соціальними, культурними та побутовими).

Обмеження здатності до навчання:

– I ст. – здатність до навчання в навчальних закладах загального типу в разі дотримання спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (окрім персоналу, який навчає);

– II ст. – здатність до навчання тільки в спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах;

– III ст. – нездатність до навчання.

4. Здатність до трудової діяльності – здатність здійснювати діяльність, відповідно до вимог до змісту, обсягу й умов виконання роботи.

Обмеження здатності до трудової діяльності:

– I ст. – здатність до трудової діяльності за умов зниження кваліфікації або зменшення обсягу роботи, неможливість виконання роботи за своєю професією;

– II ст. – здатність до трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

– III ст. – нездатність до трудової діяльності.

5. Здатність до орієнтації – здатність визначатися в часі та просторі.

Обмеження здатності до орієнтації:

I ст. – здатність до орієнтації за умов використання допоміжних засобів;

– II ст. – здатність до орієнтації за допомогою інших осіб;

– III ст. – нездатність до орієнтації (дезорієнтація).

6. Здатність до спілкування – здатність до встановлення контактів між людьми сприйняттям, переробкою і передаванням інформації.

Обмеження здатності до спілкування:

– I ст. – здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу сприйняття, отримання й передавання

інформації;

– II ст. – здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

– III ст. – нездатність до спілкування.

7. Здатність контролювати свою поведінку – здатність до усвідомлення себе й адекватної поведінки з урахуванням соціально-правових норм.

Обмеження здатності контролювати свою поведінку:

– I ст. – часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку;

– II ст. – здатність частково або повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб;

– III ст. – нездатність контролювати свою поведінку.

Відбір хворих на реабілітацію: скринінг здійснюється за допомогою стандартної карти, що передбачає такі обов'язкові розділи.

1. Діагностичний висновок щодо теперішнього клінічного стану:
а) розгорнутий профільний діагноз з описом наявних розладів та оцінювання стабільності стану; б) супутні захворювання; в) загальні функціональні розлади – аліментарні (харчові та водні), нездатність ковтати, нетримання сечі та калу, цілісність шкірного покриву, переносення фізичної та психічної активності, розлади сну.

2. Показники реабілітаційного профілю хворого: а) функціональний стан і ступінь незалежності перед захворюванням (травмою); б) теперішні функціональні обмеження та ступінь їх вираженості – здатність до самообслуговування, самостійного пересування, навчання, трудової діяльності, орієнтації, спілкування, контролювання своєї поведінки; в) психоемоційний статус і мотивація щодо участі в реабілітаційній програмі.

3. Соціальні й оточувальні чинники: а) наявність близьких і ступінь їх участі в підтримці пацієнта; б) умови проживання; в) етнічна приналежність і мова спілкування; г) особливості пристосування пацієнта та його сім'ї до

захворювання (травми); д) яким моментам віддають перевагу пацієнт і його близькі, що вони очікують від реабілітації.

4. Стандартизовані шкали для кількісного оцінювання стану хворого:
а) профільна нозологічна шкала (наприклад, шкала інсульту Національного інституту здоров'я, NIHSS); б) шкала самопомоги й мобільності (індекс Barthel, шкала Rankin або ін.); в) шкала психічного статусу (міні-ментальний тест тощо).

Пороговим критерієм для призначення реабілітаційних програм є: стан пацієнта є медично стабільним або відносно стабільним; у пацієнта спостерігається 1 чи 2 персистувальні фізичні обмеження; пацієнт здатен до навчання; пацієнт спроможний сидіти з підтримкою протягом принаймні години та брати мінімальну участь у реабілітаційних інтервенціях.

Реабілітаційна програма – об'єднання реабілітаційних модулів, яке має оформлення й цільову установку. *Реабілітаційний модуль* – функціонально окремих фрагмент (вузол) реабілітаційної програми, готовий до об'єднання з іншими реабілітаційними модулями. *Реабілітаційний процес* – реабілітаційні модулі, реалізовані в послідовності, обумовленій реабілітаційною програмою.

Запровадження в лікувальний процес реабілітаційних модулів дозволить:

- а) виходити на новий якісний стан відбудовних технологій;
- б) спростити і скоротити час складання реабілітаційних програм;
- в) забезпечити цілісність і контрольованість реабілітаційного процесу;
- г) організувати довірчі й зрозумілі відносини з пацієнтами і партнерами;
- д) легко кодувати і стандартизувати реабілітаційні програми;
- е) конструювати прості складні відбудовні комплекси для пацієнтів із будь-яким профілем патології, використовуючи програми для ЕОМ чи бази даних;
- ж) інтегрувати реабілітаційні програми в електронні історії хвороби.

Завдання до теми

1. Скласти модульно-блокові елементи інформаційної частини програми відновного лікування у разі захворювань дихальної системи. Визначити ступінь одужання й результати занести до протоколу.

2. Сформулювати програму відновлення здоров'я – практичну частину реабілітаційної програми та висновки занести до протоколу.

Контрольні питання

1. Загальні показання та протипоказання до призначення реабілітаційної програми.

2. Мультидисциплінарний (бригадний) підхід щодо розробки індивідуальної реабілітаційної програми.

3. Сучасна класифікація основних категорій життєдіяльності та їх обмежень за ступенем вираженості.

4. Чим розрізняються реабілітаційні програми від реабілітаційних послуг?

Література: [5, с. 28–37].

Практична робота № 7

Тема. Програмування реабілітаційних втручань за різних патологіях: загальні положення щодо побудови програми. SMART-цілі. Довго- та короткострокові цілі під час планування реабілітаційних втручань за різних патологіях

Мета роботи: вивчити загальні положення щодо побудови програми реабілітаційних втручань, SMART-цілі. У результаті виконання практичної роботи здобувачі повинні:

– знати зміст цілей у SMART форматі (коротко- та довготермінові цілі);

– уміти визначати довго- та короткострокові цілі під час планування реабілітаційних втручань за різних патологіях.

Короткі теоретичні відомості

Складання комплексних індивідуальних програм фізичної терапії

передбачає вивчення таких розділів: складники програми фізичної терапії (реабілітаційне обстеження, огляд, оцінювання, діагностика порушень, інтенсивність реабілітаційної допомоги, реабілітаційний прогноз, реабілітаційне втручання); планування (формування технологій втручання, контроль); оформлення програми фізичної терапії; поставлення цілей у SMARTформаті, вибір періодів, етапів фізичної терапії, рухових режимів, періодів кінезіотерапії залежно від контингенту хворих (терапевтичного, травматологічного, нервового, хірургічного профілів); складання програми з використанням терапевтичних вправ, тренувань рухових умінь і навичок, постізометричної релаксації, масажу, преформованих лікувальних чинників тощо; складання блок-схеми індивідуальної програми фізичної терапії за обраною темою. Визначають такі SMART-цілі:

- S (specific) – специфічні;
- M (measurable) – вимірювані;
- A (achievable) – досяжні;
- R (realistic) – реалістичні;
- T (timed) – визначені у часі.

Оцінюють ефективність запропонованого комплексного лікування й фізичної терапії на засаді даних, отриманих за допомогою інструментальних досліджень і поставлених SMART-цілей. Перед початком реабілітаційних заходів ерготерапевт має провести оцінювання порушень життєдіяльності людини. За допомогою спеціальних методик, тестів, тренажерів, що моделюють різні аспекти діяльності людини, виявляються порушення компонентів і складових життєдіяльності людини. Основною шкалою оцінювання є міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). На підставі проведеного оцінювання фахівець визначає цілі, методи і план ерготерапевтичних занять.

Завдання до теми

1. Розробити комплекс терапевтичних вправ для хворих на ДЦП.
2. Розробити комплекс засобів ерготерапії для хворих на ДЦП.

3. Визначити ступінь порушення функцій за шкалою Ренкіна та надати оцінювання порушення рівня життєдіяльності.

4. Оцінити рівень самообслуговування за таблицею.

Контрольні питання

1. Довго- та короткострокові цілі під час планування реабілітаційних втручань за різних патологіях.

2. Постановка реабілітаційних цілей спеціалістів команди (пацієнт–лікар–фізичний терапевт–ерготерапевт–логопед – соціальний працівник).

3. Зміст цілей у SMART форматі (коротко- та довготермінові цілі).

Література: [7, с. 9–15].

Практична робота № 8

Тема. Принципи програмування занять у реабілітації пацієнтів з різними патологіями. Принципи профілактики у ФРМ. Педагогічні принципи в роботі фізичного терапевта з пацієнтом

Мета роботи: ознайомитися з принципами програмування занять в реабілітації пацієнтів з різними патологіями. У результаті виконання практичної роботи здобувачі повинні:

– знати принципи профілактики у ФРМ. Педагогічні принципи в роботі фізичного терапевта з пацієнтом;

– уміти застосовувати дихальні маніпуляції з метою попередження дихальних ускладнень.

Короткі теоретичні відомості

Після поставлених цілей складається програма фізичної реабілітації. Для виконання програми фізичної реабілітації ставляться такі вимоги: індивідуальний підбір вправ; контроль за навантаженням; індивідуальний підбір засобів пересування; підбір демонстративного матеріалу для рідних/опікунів пацієнта. Лікування, реабілітація й адаптація більшості хворих тривають довго і можуть супроводжуватись ускладненнями, які часто залишаються незворотними і спричиняють великі незручності в

повсякденному житті, а в деяких випадках є причиною смерті. Тому профілактика виникнення ускладнень є першочерговим завданням. З метою попередження дихальних ускладнень, покращення й активізації функції зовнішнього дихання використовують такі дихальні маніпуляції: «спружинення» ребер, стискання, ротація, піднімання з низу, мануальна вібрація, дихальні вправи, дренажні положення (Івасик Н., 2007). Для профілактики виникнення відлежин використовують такі заходи: інструктаж з догляду для молодшого медперсоналу та родичів/опікунів, часта зміна положення тіла пацієнта, використання допоміжних засобів, які усувають або зменшують тиск на ті ділянки шкіри, де є ризик виникнення відлежин. Для профілактики виникнення спастичності використовують позиціонування. Тривалість позиціонування в середньому складає 30–40 хвилин 2–3 рази на день, але залежить від суб'єктивних відчуттів хворого. Больові відчуття й підвищення спастичності слугують сигналом до припинення позиціонування. Для зменшення спастичності м'язів використовують пасивні статичні вправи на розтяг за допомогою ффр, методику пост-ізометричної релаксації (ППР). Для профілактики виникнення контрактур, або збільшення амплітуди у суглобах, використовують пасивні рухи з максимальною амплітудою, кількість повторів кожної вправи 5–10 разів. Пасивні рухи виконують у повільному темпі з можливою більш повною амплітудою, так щоб рух не супроводжувався різким болем або наростанням тонуусу. Дотримання цих правил є необхідним для поступового відтворення у хворого адекватної пропріоцептивної інформації в паретичних кінцівках у цілях подальшого забезпечення активних рухових актів.

Завдання педагогічної реабілітації: створити середовище (умови) для відновлення потенціалу природного розвитку сил дитини: пізнавальних, емоційних, когнітивних, духовно-моральних; виявити причини деформації в розвитку дітей і підлітків, пошук засобів і способів їх усунення; оптимізація умов життя, виховання й навчання; побудова адекватного педагогічного

процесу, що сприятиме розвитку нормальної особистості; своєчасний вияв дітей та підлітків груп ризику, оздоровлення їх внутрішнього світу, подолання психологічної кризи.

Основні принципи педагогічної реабілітації: облік регіональних особливостей, соціокультурної та економічної ситуацій у регіоні; партнерство; різносторонність реабілітаційних заходів, єдність біологічних, психосоціальних і педагогічних методів; ступінчастість; індивідуально-особовий, гуманістичний підхід.

Принцип *обліку регіональних особливостей*, соціокультурної та економічної ситуацій передбачає знання характеристики дитячих контингентів, структури установ, кадрової ситуації з метою організації єдиного реабілітаційного простору.

Принцип *партнерства* (соціальний педагог, лікарка, психолог – дитя) полягає в опосередкуванні всіх педагогічних, психолого-педагогічних і лікувально-реабілітаційних заходів через особу дитини.

Принцип *різносторонності* передбачає комплекс усіляких заходів щодо реалізації реабілітаційної програми. Розрізняють такі сфери реабілітації: родинну, суспільну, освітню та ін. Унаслідок цього стає очевидним значення взаємодії в реабілітаційній програмі таких фахівців, як психологи, педагоги, лікарки, соціологи та ін.

Принцип *єдності психосоціальних, біологічних і педагогічних методів* дії підкреслює необхідність різнопланового розуміння особи дитини з урахуванням її психологічних, фізіологічних і патофізіологічних властивостей.

Принцип *ступінчастості* передбачає поступовий перехід від одного реабілітаційного заходу до іншого унаслідок основних потреб на цей момент, відповідно до віку, стану організму й психосоціальним особливостям особи.

Принцип *індивідуально-особового, гуманістичного підходу* визначає адресну і щадну особливості допомоги і передбачає облік не лише зони

актуального, але й зони найближчого розвитку дитини, орієнтацію в роботі з нею на загальнолюдські цінності.

Завдання до теми

1. Скласти схему вимог для виконання програми фізичної реабілітації.
2. Сформулювати основні принципи педагогічної реабілітації.

Контрольні питання

1. Принципи програмування занять у реабілітації пацієнтів з різними патологіями.
2. Принципи профілактики у ФРМ.
3. Педагогічні принципи в роботі фізичного терапевта з пацієнтом.

Література: [8, с. 128–137].

Практична робота № 9

Тема. Послідовність дій фізичного терапевта під час програмування фізіотерапевтичних втручань. Оцінювання ефективності проведених реабілітаційних втручань. Значення окремих чинників для ефективної реабілітації

Мета роботи: ознайомитися з послідовністю дій фізичного терапевта під час програмування фізіотерапевтичних втручань. У результаті виконання практичної роботи здобувачі повинні:

- знати значення окремих чинників для ефективної реабілітації;
- уміти оцінювати ефективність проведених реабілітаційних втручань.

Короткі теоретичні відомості

Послідовність дій фізичного терапевта охоплює обстеження/вивчення, оцінювання, діагностування, прогнозування, планування догляду/втручання та повторне обстеження. Прогнозування (передбачає план догляду/втручання) починається з визначення потреб у догляді/втручанні та зазвичай веде до розробки плану догляду/втручання, у тому числі визначення конкретної реальної мети у співпраці з пацієнтом/клієнтом,

членами родини чи опікуном. У іншому разі може виникнути потреба скерувати пацієнта/клієнта до іншої установи чи медичного фахівця, у випадках, які не належать до компетенції фізичного терапевта.

Втручання/лікування здійснюється і моделюється для досягнення попередньо узгоджених цілей і може включати в себе мануальну терапію; фізичні вправи; фізичні, електротерапевтичні та механічні засоби; рухові вправи; забезпечення допоміжними засобами; навчання та консультування пацієнтів; ведення документації, координацію і спілкування. Втручання/лікування може бути спрямоване на запобігання порушенням, обмеженням активності, втраті працездатності, інвалідності і травматизму, у тому числі на зміцнення й підтримання здоров'я, якості життя, працездатності і гарного самопочуття у будь-яких вікових чи соціальних групах. Повторне обстеження вимагає визначення результатів. Оцінювання включає: обстеження окремих пацієнтів/клієнтів або груп клієнтів з фактичними або потенційними порушеннями, руховими розладами, функціональними вадами завдяки збору анамнезу, діагностуванню з використанням спеціальних аналізів і замірів; оцінюванню результатів обстеження окремих пацієнтів/груп та/або довкілля на підставі аналізу й синтезу під час клінічного обґрунтування з метою визначення посередників/виконавців і перешкод на шляху до досягнення оптимального функціонування організму людини.

Діагностика і прогнозування є результатом обстеження й оцінювання. Вони надають результати клінічного обґрунтування з урахуванням додаткової інформації від інших фахівців, у разі необхідності; можуть бути виражені як певна дисфункція рухового апарату або охоплювати комплекс вад, обмеження функцій організму, втрату працездатності, розлади унаслідок негативних впливів довкілля, неповносправність.

Завдання до теми

1. Надати відповідь на тестові завдання.
1. Реабілітаційний прогноз визначається за:

1) прогностичними шкалами;

2) довільно.

2. Втручання – це цілеспрямована взаємодія терапевта з пацієнтом, яка включає:

1) координацію та комунікацію;

2) інструкції пацієнта;

3) бажання пацієнта;

4) документацію;

5) реабілітаційні втручання.

3. Як визначається показання до реабілітаційного втручання:

1) за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я;

2) у довільній формі;

3) за показниками діагностування;

4) за реабілітаційним прогнозом;

5) за прогностичними шкалами.

4. Планування, як невід'ємний компонент прогнозування містить:

1) конкретні втручання;

2) очікувані результати;

3) інформацію про потенційні проблеми пацієнта;

4) специфічні втручання;

5) передбачувані завдання.

5. У процесі реабілітаційного втручання потрібно періодично оцінювати:

1) динаміку стану пацієнта;

2) актуальність короткострокових реабілітаційних завдань;

3) ефективність призначених пацієнту параметрів фізичних навантажень, методів і засобів ФТ;

4) мотивацію пацієнта до занять;

5) групу інвалідності.

6. Довгостроковими реабілітаційними завданнями називають:

- 1) розв'язані реабілітаційні завдання;
- 2) завдання, які відповідають бажанню членів родини, опікунів;
- 3) завдання, які відповідають рівню надання допомоги;
- 4) не розв'язані реабілітаційні завдання, які відкладають до слушного часу;

5) завдання, які відповідають періодам реабілітації.

7. Індивідуальна програма фізичної терапії має містити таку інформацію.

1. Засоби та методи втручання.
2. Відмітки про виконання втручань.
3. Відмітки про початок занять.
4. Форми та тривалість занять.
5. Засоби та методи контролю.
8. Від формулювання реабілітаційного діагнозу залежить етап:
 - 1) прогнозування;
 - 2) оцінювання;
 - 3) втручання;
 - 4) позиціонування;
 - 5) виписки.

Контрольні запитання

1. Реабілітаційне обстеження та інструменти оцінювання.
2. Формулювання реабілітаційного діагнозу.
3. Прогнозування та планування реабілітаційної допомоги.
4. Втручання. Формування технології втручання.
5. Фінальне оцінювання та визначення очікуваних результатів.
6. Координація, комунікація та документування.
7. Методи контролю за ефективністю процесу реабілітації.

Література: [3, с. 18–27; 6, с. 110–115].

2 КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

Таблиця відповідності результатів контролю знань за різними шкалами і критерії оцінювання

Сума балів за 100-бальною шкалою	Оцінка в ЕКТС	Значення оцінки ЕКТС	Критерії оцінювання	Рівень компетентості	Оцінка за нашко.	
					іспит	ційс
90–100	A	відмінно	Студент виявляє особливі творчі здібності, уміє самостійно здобувати знання, без допомоги викладача знаходить та опрацьовує необхідну інформацію, уміє використовувати набуті знання і вміння для прийняття рішень у нестандартних ситуаціях, переконливо аргументує відповіді, самостійно розкриває власні обдарування і нахили	Високий (творчий)	відмінно	3
82–89	B	дуже добре	Студент вільно володіє вивченим обсягом матеріалу, застосовує його на практиці, вільно розв'язує вправи і задачі у стандартних ситуаціях, самостійно виправляє допущені помилки, кількість яких незначна	Достатній (конструктивно-варіативний)	добре	
74–81	C	добре	Студент уміє зіставляти, узагальнювати, систематизувати інформацію під керівництвом викладача; у цілому самостійно застосовувати її на практиці; контролювати власну діяльність; виправляти помилки, серед яких є суттєві, добирати аргументи для підтвердження думок			

64–73	D	задовільно	Студент відтворює значну частину теоретичного матеріалу, виявляє знання і розуміння основних положень; за допомогою викладача може аналізувати навчальний матеріал, виправляти помилки, серед яких є значна кількість суттєвих	Середній (репродуктивний)	задовільно	
60–63	E	достатньо	Студент володіє навчальним матеріалом на рівні, вищому за початковий, значну частину його відтворює на репродуктивному рівні			
35–59	FX	незадовільно з можливістю повторного складання семестрового контролю	Студент володіє матеріалом на рівні окремих фрагментів, що становлять незначну частину навчального матеріалу	Низький (рецептивно-продуктивний)	незадовільно	не зараховано

Вид контролю	Максимальний бал
Активність студента на практичних заняттях	10
Захист практичних робіт	20 (детальний розподіл балів здійснюється в робочій навчальній програмі)
Усього	30

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрійчук О. Підготовка фізичних терапевтів до практичної діяльності. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2019. Вип. 4. С. 10–14.
2. Бармашина Л. Формування середовища життєдіяльності для мало мобільних груп населення. Київ: Союз-Реклама, 2000. 89 с.
3. Бісмак О. В. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. Харків: Видво Бровін О. В., 2010. 120 с.
4. Вовканич А. С. Вступ до фізичної реабілітації: навч. посіб. Львів: ЛДУФК, 2013. 186 с.
5. Вакуленко Л. О., Клапчук В. В., Вакуленко Д. В., Кутакова Г. В. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії: підручник для фахівців з фізичної реабілітації / за ред. Л. О. Вакуленко. Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2020. 372 с.
6. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ) Повна фінальна версія. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>.
7. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник. Київ: Олімп. л-ра, 2009. 488 с.
8. Христова Т. Є. Основи лікувальної фізичної культури: навчальний посібник. Мелітополь: ТОВ «Колор Принт», 2015. 172 с.

Методичні вказівки щодо виконання практичних робіт з навчальної дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії (вступ до спеціальності)» для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня денної форми навчання зі спеціальності 227 – «Терапія та реабілітація»

Укладачі: к. б. н., доц. О. І. Антонова
викл. І. С. Івакіна

Відповідальний за випуск к. фіз. вих., доц. Т. І. Лошицька

Підп. до др. 31.10.24 Формат 60×84 1/16. Папір тип. Друк ризографія.
Ум. друк. арк. 171. Наклад 2 прим. Зам. № 22064. Безкоштовно.

Редакційно-видавничий відділ
Кременчуцького національного університету
імені Михайла Остроградського
вул. Університетська, 20, м. Кременчук, 39600