

І.М. Григус
О.Б. Нагорна

ОСНОВИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ



НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

ОЛДІ
ПЛЮС

**І. М. Григус
О. Б. Нагорна**

ОСНОВИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Навчальний посібник

ОЛДІПІУС

2022

Рецензенти:

Нестерчук Н. Є., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії Національного університету водного господарства та природокористування;

Магльований А. В., доктор біологічних наук, професор, проректор Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Рекомендовано Вченою радою

*Національного університету водного господарства та природокористування,
(протокол № 5 від 24.06.2022 р.)*

Григус І. М.

Г83 Основи фізичної терапії : навчальний посібник / І. М. Григус,
О. Б. Нагорна. – Херсон : Олді+, 2022. – 150 с.

ISBN 978-966-289-640-4

У посібнику викладено теоретичні засади навчальної дисципліни «Основи фізичної терапії». Висвітлено проблеми становлення професійних компетенцій фізичного терапевта. Запропоновано алгоритм процесу реабілітаційного оцінювання та реабілітаційного втручання.

Навчальний посібник розраховано на студентів спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», фахівців, які працюють у галузі корекції, педагогів спеціальної та інклюзивної освіти, спрямований на удосконалення їхньої компетентності в цій сфері.

УДК 615.83(075.8)

© І. М. Григус, О. Б. Нагорна, 2022
© Олді+, 2022

ISBN 978-966-289-640-4

• ЗМІСТ •

• ВСТУП •	5
• Розділ I • ПОНЯТТЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МІСЦЕ В НІЙ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ. ОСНОВНІ ЗАКОНОДАВЧІ ДОКУМЕНТИ, ЩО РЕГУЛЮЮТЬ ДІЯЛЬНІСТЬ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА	6
1.1. Поняття про реабілітацію	6
1.2. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітації	12
1.3. Особливості реабілітації дітей	18
1.4. Законодавчо-правова база України в галузі фізичної терапії	21
• Розділ II • КЛІНІЧНА ТА ПОЗАКЛІНІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА	28
• Розділ III • РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ	36
3.1. Поняття реабілітаційного обстеження	36
3.2. Концепція обстеження	41
3.3. Оцінка функціонального класу пацієнта	47
• Розділ IV • СКЛАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ДІАГНОЗУ. РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПРОГНОЗ	50
4.1. Поняття діагностики і діагнозу	50
4.2. Визначення реабілітаційного потенціалу та прогнозу	53
• Розділ V • СКЛАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ ТА ВЕДЕННЯ ДОКУМЕНТАЦІЇ	56
5.1. Специфіка складання реабілітаційних програм	56
5.2. Організаційні вимоги проведення лікувальної фізичної культури	65
5.3. Міждисциплінарний підхід у процесі реабілітації пацієнтів	71
• Розділ VI • ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ	76
6.1. Засоби фізичної реабілітації	76
6.2. Медична етика та деонтологія у професійній діяльності фізичного терапевта	89

6.3. Модель взаємостосунків «фізичний терапевт – пацієнт»	92
6.4. Поняття «якість життя пацієнта» у контексті фізичної терапії	95
• ПИТАННЯ ДО ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ •	99
• ГЛОСАРІЙ •	103
• СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ •	107
• ДОДАТКИ •	109

• ВСТУП •

Метою вивчення навчальної дисципліни «Основи фізичної терапії» є ознайомлення студентів із загальними принципами реабілітації, її видами, завданнями, клініко-фізіологічним обґрунтуванням застосування основних та допоміжних засобів фізичної реабілітації для оптимізації процесу професійної підготовки майбутнього фахівця – фізичного терапевта.

У процесі оволодіння теоретичним матеріалом передбачається вивчення суті реабілітації, її мети, принципів, періодів, етапів; формування професійних компетенцій фізичного терапевта та уявлення щодо реабілітаційного обстеження, оцінювання, діагностування, прогнозування, складання реабілітаційної програми, проведення реабілітаційного втручання.

Студенти повинні:

- **знати** основні принципи реабілітації; класифікацію лікувальних фізичних засобів, що використовуються у фізичній реабілітації; засоби фізичної реабілітації в різні періоди відновного лікування; показання та протипоказання до застосування засобів фізичної реабілітації; вектори професійної діяльності фізичного терапевта; основні законодавчі документи, які регулюють фахову діяльність у галузі реабілітації; стандартні шкали та тести обстеження моторної сфери; специфіку реабілітаційного діагностування, складові оцінювання, прогнозування;

- **вміти** добирати засоби фізичної реабілітації залежно від діагнозу, клінічного стану, супутніх захворювань, віку, статі пацієнтів, призначеного рухового режиму з метою проведення ефективного реабілітаційного втручання; застосовувати основні засоби фізичної реабілітації на різних етапах лікування; проводити реабілітаційну діагностику із застосуванням стандартизованих кількісних та якісних тестувань; вести документацію, що відображає якість реабілітаційного процесу.

• РОЗДІЛ І •
ПОНЯТТЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ТА МІСЦЕ В НІЙ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.
ОСНОВНІ ЗАКОНОДАВЧІ ДОКУМЕНТИ,
ЩО РЕГУЛЮЮТЬ ДІЯЛЬНІСТЬ
ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

1.1. Поняття про реабілітацію

Термін «реабілітація» означає відновлення придатності, здатності, спроможності. Він вживається в усіх сферах діяльності людини – політичній, юридичній, розумовій, спортивній та ін. У медицині вона визначається як процес відновлення здоров'я й працездатності хворих та інвалідів.

Визначення терміна «реабілітація» передбачає кілька варіантів, кожен з яких має свої аспекти.

Комітет експертів з реабілітації ВООЗ (1963) наголосив, що **реабілітація** – це процес, «метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювань і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання».

Разом з тим у Законі України про реабілітацію інвалідів [1] зазначено, що **реабілітація** – це система державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу, яка ґрунтується на біологічних, соціально-економічних, психологічних, морально-етичних та науково-методичних основах.

Біологічні основи – це здатність організму пристосовуватися до певних умов функціонування в результаті компенсаторно-відновних процесів.

Психологічні основи – здатність особистості до відчуття престижу і бажання відчувати корисність і цінність своєї праці.

Соціально-економічні основи – корисність для суспільства від праці інвалідів, які мають глибокі професійні знання і великий життєвий досвід.

Економічний ефект реабілітації перекидає витрати суспільних засобів на їх здійснення.

Науково-методичні основи – сучасні досягнення медицини тісно пов'язані з досягненнями суміжних наук, розвитком техніки, які забезпечують комплексне вирішення і значний прогрес у відновній та замісній терапії, наприклад, сучасні реконструктивні, пластичні хірургічні операції, протезування внутрішніх органів, малоінвазивні хірургічні втручання, комп'ютерні обстеження хворих та ін.

У реабілітації хворих пріоритет належить медичній реабілітації. Разом з медичними працівниками активну участь беруть експерти, педагоги, психологи, соціологи, юристи, представники органів соціального забезпечення, профспілок, підприємств. Велику роль у цьому складному процесі відіграють молодші медичні працівники, які допомагають спеціалістам у проведенні реабілітаційних заходів і повинні володіти науковими основами та практичними навичками реабілітаційного лікування.

Мета системи реабілітації: досягнення у відповідний термін стійкого, оптимального саногенетичним можливостям відновлення порушених функцій індивідуума, компенсації втрачених функцій та пристосування його до навколишнього середовища, участі в соціальному житті зі зміненими у зв'язку з хворобою соціальними функціями.

На реабілітацію дивляться, як на комплекс заходів, що охоплює такі **аспекти:**

- **медичний**, що містить діагностичні, профілактичні і лікувальні заходи;
- **фізичний**, який передбачає застосування фізичних факторів;
- **психологічний**, що охоплює психологічну адаптацію, профілактику і лікування психологічних змін;
- **професійний**, під яким розуміють відновлення працездатності;
- **соціальний**, що охоплює питання впливу соціальних факторів, подальший перебіг хвороби, ефективність реабілітації, соціальне забезпечення;
- **економічний**, який передбачає вивчення економічних витрат і економічного ефекту за різних видів відновного лікування.

З позиції системного підходу пропонується реабілітацію як систему поділити на **три підсистеми:** превентивну, медичну і соціально-трудоу. Часто буває важко чітко розмежувати лікування і реабілітацію. Вбачаємо за доцільне розпочинати медичну реабілітацію з моменту постановки діагнозу. Це так звана рання медична реабілітація,

її продовжує пізня реабілітація. Точні орієнтири між ними визначити важко. Очевидно, на ранньому етапі реабілітаційні заходи мають обмежене застосування.

Головними завданнями реабілітації є:

- максимально можливе відновлення локального здоров'я і загального здоров'я;
- функціональне відновлення (повне або компенсація за недостатності або відсутності можливості відновлення);
- повернення до повсякденного життя;
- залучення до трудового процесу.

Основна мета реабілітації – повернення максимальної кількості хворих та інвалідів до суспільства, соціально корисної праці як необхідних умов здорового і повноцінного життя.

Мета реабілітаційного процесу передбачає три вектори: корекційний, розвитковий та виховний. Разом з тим беруться до уваги такі важливі аспекти, як профілактика ускладнень основного захворювання, формування мотивації до самостійності і мобільності, залучення самого пацієнта та членів його родини на партнерських засадах до відновного процесу.

Види реабілітації. Реабілітація ґрунтується на використанні біологічних і соціальних механізмів адаптації, компенсації і умовно об'єднана в три взаємопов'язані види – медичну, соціальну і професійну.

Системою реабілітації здійснюється функціональне і соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, що полягає в комплексному проведенні медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану. Пріоритет медичного аспекту реабілітації беззаперечний з огляду на те, що органи соціального забезпечення, освіти, громадські організації, зважаючи на стан здоров'я певної особи, у подальшому проводять свої реабілітаційні заходи.

Медична реабілітація – наука про механізми, особливості та методи відновного лікування різних груп хворих.

Основними принципами медичної реабілітації є:

- ранній початок, включаючи в багатьох випадках гострий період захворювання або травми;
- системність, послідовність, неперервність реабілітації;
- індивідуалізація реабілітації з урахуванням адаптаційних можливостей організму та використання компенсаторних механізмів;

- етапність реабілітації в різних варіантах: стаціонар – поліклініка – санаторій, стаціонар – санаторій – поліклініка, стаціонар – відновний центр – санаторій – поліклініка тощо;
- комплексність реабілітації з включенням ЛФК, засобів фізіотерапії, психотерапії, хірургічних операцій (за необхідності), медикаментів, дієти тощо;
- динамічність використання засобів реабілітації залежно від досягнутих результатів на різних етапах;
- активна участь хворого у відновному лікуванні (принцип партнерства);
- досягнення сталого рівня здоров'я (принцип завершеності);
- використання підтримувальних заходів після завершення комплексу реабілітаційних заходів (диспансеризація в період залишкових явищ).

Завдання медичної реабілітації:

- відновлення здоров'я;
- усунення патологічного процесу;
- попередження ускладнень та рецидивів;
- відновлення або часткова чи повна компенсація втрачених функцій;
- підготовка до побутових та виробничих навантажень;
- запобігання стійкої втрати працездатності (інвалідності).

Фізична терапія (за статутом Асоціації фізичних терапевтів України) (додаток А) охоплює комплекс заходів, спрямованих на відновлення фізичної працездатності хворих з тимчасовою та стійкою втраченою здоров'я.

Її основними засобами є: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія та працетерапія.

Основними завданнями фізичної терапії (за статутом Української асоціації фізичних терапевтів) [9] є:

- відновлення функції пошкоджених органів, систем та організму в цілому;
- відновлення анатомічних структур (пластичні та відновні операції);
- відновлення адаптаційних можливостей організму та його систем;
- відновлення вищої нервової діяльності (психіки), що включає адекватне ставлення до захворювання, до роботи, до людей, які оточують, ставлення до себе (ліквідація депресивних та іпохондричних явищ);
- мобілізація резервних сил організму;

- активізація захисних і пристосувальних механізмів;
- попередження ускладнень та рецидивів захворювання;
- прискорення відновлення функції різних органів та систем;
- скорочення термінів клінічного та функціонального відновлення;
- тренування та загартування організму;
- відновлення працездатності.

В основних рекомендаціях Світової конфедерації фізичної терапії, зокрема в асоціаціях фізичних терапевтів США і Канади, обов'язково наголошують на функціональному спрямуванні фізичної терапії і серед основних засобів передбачають застосування фізичних вправ. У нормативних документах декларується, що фізичні терапевти відіграють провідну роль у відновленні фізичних функцій хворих та неповносправних.

Психологічні методи (психологічна реабілітація) передбачають корекцію психологічного стану, навчання хворого психогігієнічним навичкам, орієнтації щодо повернення до активної життєдіяльності на рівні, адекватному його здібностям і можливостям. При цьому особливо важливим є період після виписки із стаціонару – процес адаптації до зміненого становища в сім'ї, суспільстві, сфері професійної діяльності.

У психологічній реабілітації важливе місце належить педагогічному аспекту реабілітації – процесу отримання освіти, професійного перенавчання, а також заняттям за програмами так званих шкіл для хворих і їхніх родичів, спрямованим на те, щоб викласти суть захворювання, факторів ризику, зробити хворих і їхніх родичів свідомими та активними учасниками процесу реабілітації.

Соціальна (побутова) реабілітація. Реабілітація хворого розглядається як екопсихосоціальна система, що вивчає людину в єдності з природою і соціальним середовищем. Здоров'я чи хвороба людини залежать не тільки від біологічних змін в організмі, а й від змін суспільних умов. Хвороба змінює звичайний спосіб життя людини, вона тимчасово або постійно втрачає можливості працювати, ускладнюються взаємостосунки, матеріальне становище, порушується процес культурного та духовного спілкування. Хворий страждає від болю, знижуються фізична активність, працездатність, його турбують можливі наслідки хвороби, інколи потребує догляду.

Соціальна (побутова) реабілітація – це державно-суспільні дії, спрямовані на:

- повернення людини до суспільно корисної праці;
- правовий захист;

- матеріальний захист її існування;
- відновлення соціального статусу особи шляхом: організації активного способу життя, відновлення ослаблених або втрачених соціальних зв'язків, створення морально-психологічного комфорту в сім'ї, на роботі;
- забезпечення культурних потреб людини, відпочинку, занять спортом;
- за необхідності – розвиток навичок щодо обслуговування (спільна робота фізичного терапевта, фахівця з праці, психолога): підготовка хворого до користування стандартними чи спеціально зробленими пристроями, що полегшують самообслуговування;
- вирішення матеріальних питань (житло, транспорт, телефонний зв'язок);
- перенавчання, працевлаштування хворих у спеціалізованих закладах, на дому (у разі необхідності);
- надання різних видів соціальної допомоги (протезування, забезпечення засобами переміщення, робочими пристосуваннями, організація санаторно-курортного лікування тощо);
- юридичний захист хворого.

Ці завдання вирішуються медичними закладами разом з органами соціального забезпечення.

Професійна реабілітація передбачає: професійну підготовку особи, яка перенесла захворювання, до трудової діяльності; повернення до попередньої роботи; перекваліфікація на тому самому підприємстві або навчання новій професії в разі стійкої втрати працездатності; працевлаштування.

Основна мета – підготовка хворого до праці. Її реалізація залежить від: характеру та перебігу хвороби, функціонального стану хворого, його фізичної спроможності, професії, кваліфікації, стажу роботи, посади, умов праці, бажання працювати. Беруть участь фізичний терапевт, фахівці з працетерапії, психологи, педагоги, соціологи, юристи.

Завдання професійної реабілітації – адаптація, реадaptaція, перекваліфікація з подальшим працевлаштуванням.

Система реабілітації складається з:

- органів, які організують, координують діяльність окремих установ, що здійснюють реабілітацію та управляють нею;
- установ (служб) реабілітації різних організаційних форм і типів, що реалізують реабілітаційні програми;
- реабілітаційних програм;

- об'єкта реабілітації: хворий (з тимчасовою втратою працездатності чи інвалід), який входить до системи як той, що підлягає реабілітації, та виходить з неї як реабілітований.

Етапна програма реабілітації. Діюча державна система реабілітації охоплює такі етапи:

- реабілітаційна експертна діагностика;
- відпрацювання на її основі реабілітаційних програм;
- подальша реалізація цих програм;
- розвиток та адаптація мережі реабілітаційних установ;
- динамічний контроль за проведенням реабілітаційних заходів та їх коригуванням у разі необхідності;
- аналіз адаптивної реабілітації на її кінцевому етапі.

Управління системою медичної та соціальної реабілітації в Україні належить Міністерству охорони здоров'я і Міністерству праці та соціальної політики.

На державному рівні функціонують центри та відділення реабілітації при науково-дослідних інститутах України. Вони є науково-методичними центрами та науково-практичними установами. Органом, який об'єднує співпрацю всіх реабілітаційних установ в області, є реабілітаційна рада при обласному управлінні охорони здоров'я облдержадміністрації. Реабілітаційні ради виконують організаційну, методичну та контрольну функції.

1.2. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітації

Обговорюючи принципи реабілітації, потрібно зауважити, що вона становить собою і розділ науки, і комплекс завдань. Характерною рисою реабілітації є залучення пацієнта та його близьких до вирішення цих завдань у межах реабілітаційного процесу. Дуже вдало реабілітацію порівнюють зі школою, в якій пацієнтові забезпечують пряму допомогу, нагляд, інструктування, навчання і тренування, відповідний зворотний зв'язок. Реабілітація здійснюється скоріше разом з пацієнтом, ніж для пацієнта.

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

реабілітаційного прогнозу та оцінка (моніторинг) досягнутого прогресу під час реабілітації.

Реабілітація передбачає послідовне відновне лікування з дотриманням засад наступності заходів, які проводяться один за одним: у стаціонарі досягають стабілізації діяльності органів і систем, усувають гострі прояви хвороби, у санаторії мобілізують органи й системи, виявляючи й розвиваючи їхні компенсаторні можливості, у поліклініці підтримують органи і системи, щоб не допустити повторних загострень та ускладнень.

Необхідно наголосити, що різні види реабілітації також доповнюють один одного. На етапі медичної реабілітації проводиться відновлювальне лікування, на етапі соціальної реабілітації передбачається соціальне й побутове облаштування інваліда, на етапі професійної реабілітації лікувально-відновні заходи поєднуються з професійним навчанням або перенавчанням.

Утвердилися такі організаційні засади реабілітації:

1. Безперервність і наступність лікувальних та реабілітаційних заходів.
2. Комплексність і цілеспрямованість реабілітаційних заходів.
3. Індивідуальний підхід і програмування відновного лікування, яке відбувається в середовищі хворих, що сприяє поверненню реабілітованого в суспільство.

Організаційні форми та методи реабілітації. У процесі історичного розвитку склались і пройшли практичну апробацію різноманітні форми та методи реабілітації. Найбільш поширеними формами організації реабілітації є реабілітаційні центри і реабілітаційні відділення одно- та багатопрофільних лікарень, поліклінік і санаторіїв.

До різновидностей центрів належать: загальні (амбулаторні або стаціонарні) центри медичної реабілітації; спеціальні центри медичної реабілітації; центри професійної реабілітації; комбіновані центри – медичної і професійної реабілітації.

Реабілітаційними є лише ті заклади, в яких забезпечується комплекс медико-соціальних і професійно-педагогічних заходів, і лише відмінності в обсязі цих заходів та їхній спрямованості дають підставу віднести центр до медичної або професійної реабілітації.

Класифікація закладів і відділень реабілітації або відновного лікування. Заклади і відділення реабілітації або відновного лікування поділяються на:

1. Профільні спеціалізовані центри реабілітації на базі головних науково-дослідних інститутів.
2. Регіональні центри відновного лікування двох типів:
 - для хворих із хворобами опорно-рухового апарату, центральної і периферійної нервової системи;
 - для дітей із захворюваннями і пошкодженнями опорно-рухового апарату, центральної і периферійної нервової системи.
3. Обласні спеціалізовані центри (кардіологічні, пульмонологічні, ортопедо-травматологічні, психоневрологічні тощо).
4. Спеціалізовані відділення відновного лікування (реабілітації) моно- або багатопрофільних лікарень.
5. Відділення реабілітації в складі поліклінік I і II категорій.
6. Відділення реабілітації в складі санаторіїв і профілакторіїв.

Реабілітації підлягають хворі з травмами і деформаціями опорно-рухового апарату, серцево-судинними, неврологічними і психічними захворюваннями; набутими і вродженими дефектами; після хірургічних втручань; інфекційними і хронічними захворюваннями і загалом ті особи, які потребують поступової адаптації до фізичних і психічних навантажень професійного і побутового характеру, праці з меншим обсягом навантажень чи перекваліфікації, розвитку навичок самообслуговування, вироблення постійної компенсації при незворотних змінах.

Комплекс реабілітаційних заходів розпочинають з першого дня перебування хворого в лікарні. Здійснюють їх за індивідуальною програмою протягом лікування в стаціонарі і продовжують після виписки в реабілітаційному центрі, спеціалізованому санаторії, поліклініці тощо.

Найбільш ефективно реабілітація здійснюється в спеціалізованих реабілітаційних центрах (ортопедичні, неврологічні, судинні та ін.), що укомплектовані лікарями відповідних спеціальностей, інструкторами з лікувальної фізичної культури та працетерапії, фізіотерапевтами, психологами, логопедами, педагогами, соціологами, протезистами та юристами. До таких центрів хворих переводять з лікарні для завершення лікування й досягнення реабілітації в межах існуючого захворювання.

Лікар залежно від характеру (терапевтичного чи хірургічного) лікування, загального стану хворого, перебігу захворювання або травми та їх наслідків, статі, віку, професії, функціональних можливостей і фізичної здатності організму визначає показання і протипоказання до застосування засобів реабілітації, призначає руховий режим, час, обсяг, вид, період та етап реабілітації, послідовність застосування

її засобів. Він залучає до цього комплексного процесу відповідних фахівців, координує їхні колективні дії.

Серед них фахівець з фізичної реабілітації, який закінчив заклад вищої освіти з фізичного виховання і спорту, посідає одне з провідних місць. Виконуючи призначення лікаря, він добирає засоби і форми лікувальної фізичної культури, розробляє методiku застосування фізичних вправ на ранніх етапах лікування, планує та виконує програму подальшого функціонального відновлення і фізичної дієздатності хворого, виявляє й розширює резервні можливості організму, тренує його і готує до фізичних навантажень на роботі і в побуті, повертає до активної участі в житті суспільства.

Завдання, мета і принципи реабілітації. Головними завданнями реабілітації є:

- функціональне відновлення (повне або компенсація в разі недостатнього чи відсутності відновлення);
- пристосування до повсякденного життя і праці;
- залучення до трудового процесу;
- диспансерний нагляд за реабілітованими.

Основна мета реабілітації – адаптація до праці на попередньому робочому місці або реадаптація, тобто праця з меншими нервово-психічними і фізичними навантаженнями на новому робочому місці, але на тому самому підприємстві. В інших випадках метою реабілітації буде перекваліфікація й праця на тому самому підприємстві, а в разі неможливості – перекваліфікація в реабілітаційному центрі та працевлаштування відповідно до нової професії і стану людини. У педіатрії мета реабілітації не обмежується тільки поверненням дитини до стану перед захворюванням і в дитячий колектив, а передбачає розвиток її фізичних і психічних здатностей, відповідних віку.

Реабілітація буде малоефективною, якщо не дотримуватися кількох основних її принципів:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів. Це допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення й у разі розвитку інвалідності – боротися з нею на перших етапах лікування.
2. Безперервність реабілітаційних заходів. Цей принцип є основою ефективності реабілітації, тому що тільки безперервність та поетапна черговість реабілітаційних заходів – запорука скорочення часу на лікування, зниження інвалідності та витрат на відновне лікування, довготривале матеріальне утримання інвалідів.

3. Комплексність реабілітаційних заходів. Під керівництвом лікаря реабілітація проводиться й іншими фахівцями: соціологом, психологом, педагогом, юристом та ін.
4. Індивідуальність реабілітаційних заходів. Реабілітаційні програми складають індивідуально для кожного хворого чи інваліда з урахуванням загального стану, особливостей перебігу хвороби, вихідного рівня фізичного стану, особистості хворого, віку, статі, професії тощо.
5. Необхідність реабілітації в колективі. Проходження реабілітації разом з іншими хворими чи інвалідами формує в пацієнта почуття члена колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний з наслідками захворювання. Добре ставлення оточуючих запалює й надає впевненості у своїх силах та сприяє швидшому одужанню.
6. Повернення хворого чи інваліда до активної праці є основною метою реабілітації, її досягнення робить людину матеріально незалежною, морально задоволеною, психічно стійкою, активним учасником громадського життя.

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди – **лікарняний** та **післялікарняний**, у кожного з них є певні етапи. Перший період має I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний), другий, післялікарняний, період – II етап (поліклінічний або реабілітаційний, санаторний) і III етап – диспансерний.

I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний) – розпочинається в лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації. Вона містить терапевтичні або хірургічні методи лікування та спрямована на ліквідацію або зменшення активності патологічного процесу, попередження ускладнень, розвиток тимчасових або постійних компенсацій, відновлення функцій органів і систем, уражених хворобою, поступову фізичну активізацію хворого. На цьому етапі у відновному лікуванні застосовують лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж, засоби фізіотерапії, елементи працетерапії. Визначають функціональний стан хворого, резерви організму і наприкінці етапу коригують і накреслюють подальшу програму реабілітаційних заходів.

II етап реабілітації – поліклінічний, або реабілітаційний, санаторний, починається після виписки хворого зі стаціонару, у поліклініці, реабілітаційному центрі, санаторії в умовах покращення й стабілізації стану хворого, при значному розширенні рухової активності.

На цьому етапі переважає фізична терапія і використовують всі її засоби. Основну увагу в програмі реабілітації приділяють поступовому збільшенню фізичних навантажень, загальному тренуванню, підвищенню функціональної здатності, загартуванню організму, виявленню його резервних можливостей; підготовці людини до трудової діяльності; оволодінню інвалідами пристроями для самообслуговування й засобами пересування.

Наприкінці періоду, після всебічного обстеження з обов'язковим тестуванням фізичного стану, подають висновки щодо функціональних можливостей пацієнта і його готовності до праці. Відповідно до цього людина повертається на своє робоче місце або стає до роботи з меншими фізичними і психічними навантаженнями. За значних залишкових функціональних порушень і анатомічних дефектів пацієнтам пропонують перекваліфікацію, роботу вдома, а в разі глибоких, важких і незворотних змін з ними проводять подальше розширення зони самообслуговування та побутові навички.

III етап реабілітації – диспансерний. Основною метою цього етапу є нагляд за реабілітованим, підтримка й покращення його фізичного стану та працездатності в процесі життя. Програма передбачає профілактичні заходи, періодичні перебування в санаторії, заняття фізичними вправами в кабінетах лікувальної фізичної культури, групах здоров'я, самостійно; медичні обстеження з проведенням тестів із фізичним навантаженням для визначення функціональних можливостей організму. Останнє дає об'єктивні показники для обґрунтованих рекомендацій щодо адекватності виконуваної роботи, змін, умов праці, перекваліфікації і загалом способу життя.

На всіх етапах реабілітації, а особливо на II–III, велику роль відіграє робота психологів, педагогів, соціологів, юристів, спрямована на адаптацію людини до того стану, у якому вона опинилася, розв'язанню питань професійної працездатності, працевлаштування, умов праці і побуту, надання інвалідам технічних засобів, вступу до товариств і об'єднань, у тому числі й спортивних. Незалежно від етапу реабілітації з хворим постійно працюють реабілітологи, які періодично переглядають її програму з урахуванням досягнутого ефекту.

Схема сучасної системи медичної реабілітації виглядає так: *лікарня* → *поліклініка* (або реабілітаційний центр, санаторій) → *диспансер*. Ця система застосовується при важких захворюваннях та травмах і станах організму, що можуть призвести до інвалідності та непрацездатності. Безперечно, що в разі тієї чи іншої патології

кожний етап має свої особливості, і не завжди всі вони будуть присутні в процесі відновного лікування, що пов'язано з важкістю, характером і клінічним перебігом захворювання або травми, терапевтичним чи хірургічним методом лікування, прогнозом виходу з хвороби.

1.3. Особливості реабілітації дітей

Реабілітація дітей різного віку потребує особливої уваги та підходу. Основною метою програми з фізичної реабілітації дітей з обмеженими руховими можливостями є корекція і компенсація недоліків фізичного розвитку, загальної та дрібної моторики, які перешкоджають їх успішному навчанню і вихованню. В основі фізичної реабілітації дітей з вадами розвитку лежить навчання окремим рухам, елементам дій, доведення їх до варіативного автоматичного виконання, об'єднання цих елементів у свідому діяльність.

Основними напрямками реабілітаційно-корекційної роботи з дітьми є:

- розвиток та удосконалення основних рухових функцій і сенсомоторного розвитку: розвиток дрібної моторики кистей і пальців рук;
- систематичне проведення реабілітаційної діагностики розвитку та корекції дітей з порушеннями розвитку;
- формування навичок самообслуговування;
- розвиток артикуляційної моторики;
- корекція окремих сторін психічної діяльності: розвиток просторових уявлень і орієнтації;
- корекція порушень у розвитку емоційно-особистої сфери та мотиваційної складової;
- формування мовного дихання для розвитку мовленнєвої та комунікативних функцій;
- зміцнення загального здоров'я;
- виховання точності, завершеності рухів;
- нормалізація м'язового апарату;
- виховання зорово-моторної координації;
- створення умов для активної співтворчості вчителя з дітьми, спрямованої на всебічний розвиток дитини.

Для всебічного фізичного та психічного розвитку, збільшення рухової активності проводяться:

- заняття з фізичної реабілітації, спрямовані на розвиток психомоторики, кінезотерапія, фізкультурні свята, ЛФК, прогулянки;

- заняття, спрямовані на покращення функціонування кисті та пальців рук: пальчикова гімнастика, складання мозаїки, кубиків; малювання, ліплення з пластиліну, застібання, розстібання гудзиків, конструювання, розкладання дрібних предметів залежно від форми, розміру, кольору (квасолі, намистинок, шишок, круп тощо), захоплення та утримування предметів різними пальцями;
- заняття, спрямовані на оволодіння навичками самообслуговування на основі покращення функціонування опорно-рухового апарату, рівноваги, координації рухів;
- дихальні вправи для попередження виникнення захворювань верхніх дихальних шляхів;
- спортивні свята у відповідності з можливостям дітей для підвищення рівня домагань та мотивації до занять фізичної культурою, спортом, покращення комунікативних властивостей дітей.

При проведенні занять з фізичної реабілітації дитина навчається відчувати рухи всіх видів, застосувати оптимальну кількість сенсорних подразників, які стимулюють відчуття дотику, рівноваги. При складанні комплексу фізичних вправ ураховуються вік дитини, тяжкість дефекту, рівень її інтелектуального розвитку, її інтереси, особливості поведінки. Більшість вправ проводиться у вигляді цікавих ігор, формування в дитини самостійного повторення активних рухів.

Реабілітаційна робота з дітьми з порушеннями передбачає також роботу з батьками дітей цієї категорії.

Основними напрямками роботи з батьками передбачається гармонізація сімейних відносин стосовно дитини, встановлення партнерських стосунків між корекційними фахівцями та членами родини, допомога в адекватній оцінці можливостей дитини, навчання елементарним методам навчання та корекції учня, постійна підтримка та консультування з боку корекційних фахівців та вчителів.

Специфіка занять з фізичної реабілітації дітям з порушеннями розвитку потребує врахування таких принципів: постійний пошук індивідуальних підходів до дитини та диференційований підбір завдань; заняття мають комбінований і ігровий характер; систематичне формування наслідувальної діяльності; розвиток довільної уваги; розташування реабілітаційного обладнання в полі зору дитини, відсутність зайвих предметів, використання наочності; спостереження педагогом за внутрішнім станом дитини; моделювання ситуацій досягнення, позитивний емоційний настрій дітей на заняттях; формування постійної потреби в набутих уміннях та навичках; ігрові, нетрадиційні

форми навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами в початкових класах є пріоритетними в роботі з учнями з розумовою відсталістю; не порівнювати одну дитину з іншою, а акцентувати увагу на особистому успіху кожної дитини, уникати ситуації змагання; підтримка дитини у важкій ситуації; урахувати особистісний ріст дитини відносно самої себе; створення ситуації успіху.

У педіатрії доречно вживати поняття «абілітація».

Абілітація – це система лікувально-педагогічних заходів, що мають на меті попередження та лікування тих патологічних станів у дітей раннього віку, які призводять до стійкої втрати можливості працювати, вчитися і бути корисним членом суспільства. У дитини цього віку ще не сформовані нормальний руховий стереотип, гностико-практичні і мовні функції. Вона не володіє навичками самообслуговування і не має досвіду суспільного життя.

Про реабілітацію потрібно говорити в тому разі, якщо хворий вже мав досвід суспільного життя і суспільно корисної діяльності. Абілітація передбачає лікувально-педагогічну корекцію рухової, психічної та мовної сфери дітей молодшого віку, реабілітація – такі заходи щодо дітей старшого віку і дорослих.

У дітей раннього віку причиною абілітаційних заходів частіше за все є ураження нервової системи, що призводять до формування синдромів дитячого церебрального паралічу. У нашій країні є добре налагоджена система лікування й абілітації дітей з дитячими церебральними паралічами. Ця система передбачає **поетапне лікування** в різних установах: пологовий будинок, спеціалізоване відділення для новонароджених, поліклініка, неврологічне та ортопедичне відділення, спеціалізовані санаторії, ясла, дитячий сад, школа-інтернат, дитячий будинок.

На всіх етапах застосовують комплексне лікування, яке передбачає відновлення порушених функцій за допомогою лікувальної фізкультури, масажу, фізіотерапевтичних, ортопедичних процедур, медикаментозних засобів. Велике значення мають активна корекційно-виховна робота та необхідна логопедична допомога. Кількість адаптованих до трудової діяльності осіб може зрости завдяки правильно здійснюваним реабілітаційним заходам. Необхідна ефективна організація всього комплексу лікувально-педагогічних і соціальних (у широкому сенсі) засобів. Важливо забезпечити наступність етапів відновлювальних заходів. Лікування має бути своєчасним і тривалим. Пізно розпочата абілітація може виявитися малоефективною та важко здійснюваною.

Так може бути, наприклад, у разі якщо діти з церебральними паралічами і грубими затримками мовного розвитку починають отримувати відповідну допомогу лише у віці 8–11 років. Досвід останніх років свідчить про те, що комплекс лікувальних, педагогічних, логопедичних та інших заходів необхідно починати вже на першому році життя. Практика спростовує думку деяких лікарів і педагогів, які вважають безперспективною абілітацію хворих з церебральними паралічами та вродженими ураженнями нервової системи.

1.4. Законодавчо-правова база України в галузі фізичної терапії

В Україні зроблено немало щодо організації відновного лікування й надання допомоги інвалідам та немічним: у Києві було відкрито унікальний, найавторитетніший заклад у світі з вивчення проблем старіння та лікування осіб похилого і старечого віку – Інститут геронтології. У Дніпропетровську відкрито науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності. У кожній області було створено шпитали для інвалідів війни, школи для дітей-калік, будинки-інтернати, спеціалізовані санаторії, протезні заводи, організовано підготовку кадрів для роботи в цих закладах. Держава навчає й надає посильну допомогу сліпим, глухонімим, учасникам бойових дій, інвалідам Чорнобильської катастрофи. Відкриваються спеціалізовані центри для проведення реабілітації хворих із травматолого-ортопедичними, нейрохірургічними, неврологічними, серцево-судинними захворюваннями.

Уже з 1991 року питання реабілітації інвалідів в Україні почало вирішуватися на законодавчому рівні Законом «Про основи соціальної захищеності інвалідів» та підзаконними актами. «Положення про медико-соціальну експертизу» [6] затверджено на державному рівні Постановою Кабінету міністрів України від 22.02.1992 року. У ньому зазначено, що «медико-соціальна експертиза виявляє компенсаторно-адаптаційні можливості осіб, реалізація яких сприятиме функціональній, соціальній, психологічній реабілітації інваліда». Положенням введено посади спеціаліста з медико-соціальної реабілітації до складу міських, міжрайонних, районних медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), а також Республіканської, Кримської, Центральних міських комісій міст Києва та Севастополя.

Важливим документом, у якому набула подальшого розвитку концепція реабілітації інвалідів, є Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів [7], затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.92 р. № 83. Згідно з положенням «реабілітація та адаптація інваліда – це комплекс заходів, спрямований на відновлення здоров'я і здібностей інваліда та створення йому необхідних умов і рівних можливостей в усіх сферах діяльності». Документом, що визначає види, форми, обсяг реабілітаційних заходів, оптимальні строки їх здійснення та конкретних виконавців, є індивідуальна програма реабілітації інвалідів, яка розробляється МСЕК з урахуванням місцевих можливостей, соціально-економічних, географічних і національних особливостей. Положення визначає основні види реабілітаційної допомоги: медичну, професійну, соціально-побутову.

У статті 12 Закону України «Про охорону праці» [2] від 21.XI.2002 р. вказується на необхідність раціонального працевлаштування інвалідів, під яким розуміють роботу, адекватну захворюванню і спеціальності, що сприяє відновленню порушених функцій і є найважливішим моментом профілактики інвалідності хворих.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) в генеральній концепції для національних служб охорони здоров'я «Здоров'я для всіх в ХХІ столітті» визначила, що вона будується на трьох фундаментальних цінностях: здоров'я як визначальне право людини; справедливість щодо здоров'я та солідарність у діях як між країнами, так і всередині суспільства кожної країни; відповідальність окремих осіб, груп населення та організацій за подальший розвиток охорони здоров'я, а також їх участь у цьому процесі.

Чинний Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV від 06.10.2005 р. Зокрема зміст фізичної реабілітації розкрито в ст. 1, 35 закону [1].

Міністерство економічного розвитку та торгівлі України наказом № 1328 від 10 серпня 2016 р. внесло зміни № 5 у Національний класифікатор України ДК 003:2010, зокрема під кодом 2229.2 «Інші професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)» внесено професійну назву **фізичний терапевт** [9].

Інший документ, який сприяв створенню загального освітнього стандарту, із змінами від 1 лютого 2017 р. № 53 Постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2015 року № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей» [8], за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти. Зокрема, було внесено зміни в назву

спеціальності: назву «фізична реабілітація» змінили на «фізична терапія, ерготерапія», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», код 227, найменування спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» [9].

Українська Асоціація фізичної терапії [9] (додаток А) була заснована установчими зборами, які відбулися у вересні 2007 року за ініціатииви Львівської обласної Асоціації фахівців фізичної реабілітації. Цій події передував майже дворічний організаційний період, під час якого були створені осередки у 18 регіонах України. Асоціація зареєстрована Міністерством юстиції України як Всеукраїнська громадська організація.

Створення асоціації визначило новий етап розвитку фізичної реабілітації / терапії в Україні. Як відомо, метою фізичної реабілітації / терапії є досягнення максимальної незалежності, оптимальних фізичних функцій та оптимальної якості життя людини. Тож організація асоціації – це спроба заохочувати та запроваджувати високі стандарти реабілітаційної діяльності, освіти та практики, створення єдиного загальноукраїнського інформаційного середовища, партнерства й співпраці з владою, національними та міжнародними організаціями. Здійснюючи свій внесок у загальне здоров'я нації, ми прагнемо об'єднати фахівців фізичної реабілітації / фізичних терапевтів з розрізних організацій, підприємств, реабілітаційних центрів та представників наукового світу з метою структуризації надання реабілітаційних послуг, запровадження різних форм співпраці з професіоналами та споживачами.

Асоціація ставить перед собою мету формувати статус і сприяти розвиткові професії «фізична терапія» для надання допомоги відповідного рівня, обсягу і якості особам, які її потребують.

Основними завданнями асоціації є:

- 1) створення стандартів діяльності фізичної терапії, дотримання цих стандартів, розроблення вимог до якості та обсягу послуг фізичної терапії;
- 2) підвищення стандартів освіти та перепідготовки фахівців фізичної реабілітації / фізичних терапевтів;
- 3) підвищення професійного рівня фахівців фізичної реабілітації / фізичних терапевтів, їх атестації та гідного рівня оплати їхніх послуг;
- 4) налагодження контактів з реабілітаційними центрами, відділеннями, медичними закладами та освітніми установами, іншими організаціями в Україні та за кордоном, а також окремими спеціалістами з метою подальшої співпраці з ними.

Історія розвитку Української Асоціації фізичної терапії. Перші кроки до формування фізичної реабілітації / терапії як науки та планування перших професійно вишколених фахівців із фізичної реабілітації в Україні почав здійснювати Львівський державний інститут фізичної культури (ЛДІФК). Саме тут завдяки зусиллям вченого секретаря інституту А.С. Вовканича та висококваліфікованого фізіотерапевта, канадки українського походження О.О. Кунанець розпочалася співпраця ЛДІФК із Канадським агентством міжнародного розвитку (CIDA) за українсько-канадською програмою «Партнери в охороні здоров'я» і проектом «Реабілітаційна програма у Львові».

Метою проекту було надання допомоги інституту в розробленні та запровадженні навчального курсу з фізичної реабілітації (уперше в Україні). Програма була задумана як комбінація дисциплін із фізичної терапії, працетерапії, а також містила спеціальні курси з реабілітації при ортопедичних, неврологічних, педіатричних, геронтологічних проблемах та порушеннях у діяльності серцево-судинної і дихальної систем.

Із канадського боку в проекті були задіяні Центр розвитку базованої в спільноті реабілітації при університеті Квінз (Кінгстон, Онтаріо), університети Манітоба (Вінніпег, Манітоба) та Мак Мастер (Гамільтон, Онтаріо). Значне сприяння проекту здійснювала Всесвітня організація інвалідів («Disabled People International») та Фонд «Діти Чорнобілля» (Торонто, Онтаріо).

Співпраця здійснювалася на підставі угод, укладених між інститутом та програмою «Партнери в охороні здоров'я» у 1994 (грудень) та 1995 (грудень) роках із терміном дії до кінця 1997 року. Протягом цього періоду в ЛДІФК читали лекції, проводили практичні заняття та керували клінічною практикою студентів 11 канадських спеціалістів. П'ять випускників та викладачів ЛДІФК проходили додаткове навчання за спеціальністю в університеті Манітоби.

У 1998 році випускники цієї програми створили першу в Україні обласну Асоціацію фахівців фізичної реабілітації (ЛОАФФР), і одним із її завдань було об'єднання фахівців та відстоювання їхніх прав шляхом створення стандартів реабілітаційної діяльності, розроблення вимог до якості та обсягу реабілітаційних послуг, сприяння підвищенню професійного рівня фахівців та наукового потенціалу галузі.

У 2004 році Асоціація реалізувала проект канадсько-українського гендерного фонду «Гендерно чутлива реабілітація і опіка неповносправних в Україні». У рамках цього проекту було створено та

перекладено навчально-методичні фільми «Безпечна мобілізація для всіх» та «Рукотворне зцілення». Також було видано два буклети: «Що таке фізична реабілітація і чим займається фізичний терапевт» та «Діяльність Львівської обласної Асоціації фахівців фізичної реабілітації».

У вересні 2007 року було проведено установчі збори Української Асоціації фахівців фізичної реабілітації (УАФФР), на яких були присутні представники осередків із 15 областей України.

У квітні 2008 року Львівська обласна та Українська Асоціації фахівців фізичної реабілітації спільно провели перші загальні збори УАФФР, у роботі яких взяли участь делегати з 14 областей України та численні гості (33 особи). Збори ухвалили таке:

1. Розробити стандарти професійної діяльності фахівців фізичної реабілітації України.
2. Подавати звернення до міністерств із проханням долучитися Асоціації ФФР до розроблення нормативно-правових документів реабілітації в Україні.
3. Опрацювати проект етичного кодексу, внести пропозиції і поправки та розглянути його на наступних зборах.

З 2008 по 2011 рік ЛОАФФР реалізувала трирічний широкомасштабний проект «MATRA» (Україна – Нідерланди), у якому були визначені стратегічні напрями діяльності асоціації:

- розроблення професійних стандартів;
- налагодження системи менеджменту в організації та пошук фінансування;
- підвищення поінформованості суспільства та налагодження співпраці з владою;
- створення системи підвищення кваліфікації фізичного терапевта.

З метою подальшого розвитку УАФФР вступила до Всеукраїнського громадського соціально-політичного об'єднання «Національна асамблея інвалідів України», яке гуртує громадські організації, членами яких є інваліди, узгоджує дії та консолідує їхні зусилля, спрямовані на поліпшення становища інвалідів в Україні. Асоціація також має намір стати повноправним членом Світової конфедерації фізіотерапії з метою заручитися підтримкою професійної спільноти для формування та становлення професії фахівця фізичної реабілітації в Україні.

У 2010 році на III Конференції Асоціації, яка відбулась у м. Львові в травні були внесені статутні зміни. Ключовим було внесення змін у назву організації з ГО «Українська Асоціація фахівців фізичної

реабілітації» на ГО «Українська Асоціація фізичної терапії» (додаток А).

Основною подією на 17-х генеральних зборах Світової конфедерації фізичної терапії 18 червня 2011 р. (Нідерланди, Амстердам) було прийняття нових членів до конфедерації, які успішно пройшли всі процедури для вступу. Не винятком стала й Україна, яка була прийнята до Світової конфедерації фізичної терапії на цих зборах. Представники від України, які були офіційно запрошені на урочисту частину, мали унікальну можливість з гордістю пройти церемонію внесення прапору України до офіційної зали. Це стало великою подією для українського суспільства, тому що, крім прибалтійських пострадянських країн (Латвія, Литва та Естонія), Україна стала першою на шлях світових стандартів фізичної терапії.

Основними документами Асоціації фізичної терапії є [9]:

1. Статут ГО Українська Асоціація фізичної терапії.
2. Етичний кодекс членів асоціації.
3. Професійні компетенції членів асоціації.
4. Положення про індивідуальне членство в асоціації.
5. Регламент проведення конференції / загальних зборів асоціації.
6. Опис фізичної терапії.
7. Положення Асоціації Світової Конфедерації фізичної терапії.

Фізична терапія надає послуги особам та популяціям з метою розвитку, підтримання та відновлення максимальних рухових і функціональних здатностей протягом життя. Це включає надання послуг за обставин, коли рух та функція знаходяться під загрозою через старіння, травми, захворювання або фактори навколишнього середовища. Функціональний рух є головною складовою здоров'я.

Мета фізичної терапії – відновлювати, компенсувати та розвивати нові фізичні, психологічні, соціальні та інші вміння й навички людини, які б дозволяли їй брати активну участь у житті суспільства, беручи до уваги зміну власного оточення та довкілля.

Фізична терапія має на меті ідентифікацію та максимальне покращення якості життя і рухового потенціалу в галузях пропаганди здоров'я, попередження, лікування/втручання, абілітації та реабілітації. Це включає фізичне, психологічне, емоційне та соціальне благополуччя. Фізична терапія передбачає взаємодію між фізичними терапевтами, пацієнтами/клієнтами, іншими професіоналами системи охорони здоров'я, сім'ями, особами, які доглядають за старшими особами та хворими, та спільнотами в процесі оцінки рухового потенціалу

й узгодження цілей, із застосуванням знань та практичних навичок, що є унікальними для професії фізичних терапевтів.

• Запитання для самоперевірки •

1. Дайте характеристику поняття «реабілітація».
2. Назвіть мету та завдання відновного лікування.
3. Дайте характеристику організації та управління системою реабілітації.
4. Назвіть види реабілітації.
5. Дайте характеристику сучасним стандартам та критеріям у галузі фізичної реабілітації.
6. Назвіть організаційні форми та методи реабілітації.
7. Наведіть загальні принципи фізичної реабілітації.
8. Назвіть періоди й етапи фізичної реабілітації.

• Список використаної літератури •

1. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». URL: zakon.rada.gov.ua/go/2961-15
2. Закон України «Про охорону праці». URL: zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2694-12
3. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація : підручник. 3-тє вид., перероб. та допов. Київ : Олімп. л-ра, 2010. 488 с.
5. Невропатологія. URL: http://medbib.in.ua/abilitatsiya-reabilitatsiya29681.html
6. Положення про медико-соціальну експертизу. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/83-92-п
7. Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-п
8. Положення «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» № 266. URL: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=248149695
9. Українська асоціація фізичної терапії. URL: http://www.physrehab.org.ua/forum/topic/50.html

• РОЗДІЛ II •

КЛІНІЧНА ТА ПОЗАКЛІНІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

Становлення галузі «Фізична реабілітація» та професійної діяльності фахівця фізичної терапії в Україні є непростим, довготривалим процесом, який проходить в кілька етапів.

Підготовка фахівців з фізичної реабілітації розпочалася у закладах вищої освіти України фізкультурного профілю на базі кафедр лікувальної фізкультури у 1994–1995 рр. Було використано багаторічний досвід навчання інструкторів лікувальної фізкультури. Швидкому розвитку фізичної реабілітації як окремої освітньої, наукової та практичної галузі також сприяла співпраця з голландськими, шведськими та канадськими фізичними терапевтами в межах різноманітних проєктів та програм. Прикладом може слугувати кількарічна співпраця Львівського державного університету фізичної культури з канадською неурядовою організацією CIDA, завдяки якій до підготовки студентів залучалися висококваліфіковані канадські фахівці з фізичної терапії.

Для нової галузі та спеціальності було вибрано назву «**Фізична реабілітація**», що відповідало тогочасному баченню професійної ролі та місця фахівців у сферах фізичного виховання й охорони здоров'я.

У 1997 році Державний комітет з фізичної культури і спорту затвердив і погодив з Міністерством праці України Кваліфікаційну характеристику нової професії, після чого спеціальність «фахівець з фізичної реабілітації» було затверджено Кабінетом Міністрів України і внесено до Класифікатора професій України.

Подальший розвиток галузі виявив необхідність пошуку її міжнародного відповідника для удосконалення освітніх програм, співпраці у науковій та практичній сферах. Особливо гостро зазначена проблема постала у світлі інтеграції України у світовий ринок праці та освітніх послуг. У 2005 році на Бергенській конференції наша держава приєдналася до Болонського процесу зі створення єдиного європейського освітнього простору. Триває узгодження Класифікатора професій України з Міжнародним класифікатором професій, упорядковуються назви й перелік освітніх спеціальностей.

У Міжнародному класифікаторі професій ISCO-08 спеціальність «Фізіотерапевт» внесено за кодом 2264 у частину 226 «Інші спеціалісти

охорони здоров'я» [3]. У цю частину увійшли професії охорони здоров'я, за винятком лікарів (традиційної, нетрадиційної та народної медицини), ветеринарів, медсестер, акушерок, молодшого медичного персоналу. Отже, спеціальність «Фізіотерапевт» (фізичний терапевт) у Міжнародному класифікаторі професій ISCO-08 не належить до лікарських.

Професійна назва і тривалість підготовки фахівців в окремих країнах можуть відрізнятися. Поширеними є назви: фізіатр, лікар з фізичної і реабілітаційної медицини, лікар з фізичної медицини і реабілітації, лікар з реабілітаційної медицини. У США станом на 2002 рік працювало понад 7000 фізіатрів. Тривалість навчання в цій країні є найдовшою і становить вісім років. Варто зазначити, що словосполучення «лікар-фізіотерапевт» як назву лікарської спеціальності в США перестали використовувати ще у 70-х роках минулого століття.

До компетенції спеціальності «Фізіотерапевт» (код 2264) у Міжнародному класифікаторі ISCO-08 належить обстеження рухових функцій осіб із травмами та захворюваннями, а також складання і виконання реабілітаційних програм. «Техніки (спеціалісти) та асистенти з фізіотерапії» (код 3255) є лише виконавцями реабілітаційних програм.

В Україні фізичний терапевт займається розробленням методик застосування фізичних вправ, а також плануванням і виконанням програм функціонального відновлення. Підготовка фахівців триває протягом 4–5 років на освітньо-кваліфікаційних рівнях бакалавр, магістр, відкрито наукову спеціальність 24.00.03 «Фізична реабілітація» (постанова президії ВАК України від 11.05.2005 р.). У випадках інвалідизації фахівець з фізичної реабілітації допомагає інвалідові виробити нові рухи й компенсаторні навички, навчає його користуватися протезами та іншими технічними пристроями та апаратами, тренує пацієнта виконувати цілісні робочі дії, допомагає оволодіти новою професією й адаптує людину до життя у змінених умовах існування.

У табл. 2.1 наведено особливості спеціальностей «технік (спеціаліст) та асистент з фізичної терапії», «фахівець з фізичної реабілітації», «фізичний терапевт», «фізіатр».

Основні напрями професійної діяльності фахівця фізичної реабілітації/терапії (додаток А). Фахівці фізичної реабілітації/фізичні терапевти є провідними спеціалістами з відновлення, корекції та підтримки рухових функцій. Вони володіють системними знаннями у сфері рухової діяльності людини.

Таблиця 2.1

Особливості спеціальностей «технік (спеціаліст) та асистент з фізичної терапії», «фахівець з фізичної реабілітації», «фізичний терапевт», «фізіатр»

	Технік (спеціаліст) та асистент з фізичної терапії	Фахівець з фізичної реабілітації (Україна)	Фізичний терапевт	Фізіатр
Спрямування професійної діяльності	функціональне відновлення	функціональне відновлення	функціональне відновлення	функціональне відновлення
Статус професії (згідно з Класифікатором професій – 2007 та ISCO-08)	не лікар	не лікар	не лікар	лікар
Мінімальний освітньо-кваліфікаційний рівень	-	бакалавр	бакалавр	магістр
Терміни підготовки	2 роки	4-5 років	3-5 років	4-8 років (лікарська базова освіта і спеціалізація)
Професійна роль	асистент члена реабілітаційної команди	член реабілітаційної команди	член реабілітаційної команди	керівник або член реабілітаційної команди
Зміст практичної діяльності	виконання реабілітаційних програм	функціональне обстеження, складання та виконання реабілітаційних програм	функціональне обстеження, складання та виконання реабілітаційних програм	функціональне обстеження, складання та виконання реабілітаційних програм
Засоби втручання	вправи, масаж, фізичні чинники	функціональні тести, вправи, масаж, фізичні чинники	функціональні тести, вправи, масаж, фізичні чинники	інвазивні методи, функціональні тести, вправи, масаж, фізичні чинники, медикаменти
Міжнародне професійне об'єднання та рік його заснування	-	-	World Confederation for Physical Therapy (1951)	International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (1999)

Підготовка фахівців фізичної реабілітації здійснюється у закладах вищої освіти за спеціальністю «Фізична реабілітація» і освітньо-кваліфікаційними рівнями «спеціаліст» та «магістр».

Фахівці фізичної реабілітації / фізичні терапевти обстежують пацієнтів з метою виявлення рухових дисфункцій та визначення рухового потенціалу, розробляють і виконують індивідуальний план фізичної реабілітації/терапії у співпраці з іншими спеціалістами (лікарями, соціальними працівниками, психологами, вчителями, тренерами) та пацієнтом.

Фахівці фізичної реабілітації / фізичні терапевти також проводять наукову, адміністративну, викладацьку та консультативну діяльність.

Фахівці фізичної реабілітації / фізичні терапевти надають свої послуги в медичних закладах, навчально-реабіліційних центрах, закладах освіти та соціального захисту населення, спортивно-тренувальних центрах, спортивних командах. Згідно з чинним законодавством вони можуть обіймати посади «спеціаліст фізичної реабілітації», «медична сестра (інструктор) з лікувальної фізкультури», «медична сестра з масажу».

Ураховуючи актуальність питань фізичної та психологічної реабілітації учасників АТО, які повертаються до цивільного життя і потребують довготривалої реабілітаційної допомоги, Координаційна рада при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, членами якої є представники МОЗ України, народні депутати та громадські організації, напрацьовує нормативно-правову базу для відродження системи медичної реабілітації в Україні. Першим результатом такої співпраці є згода в питанні затвердження професійних назв: «лікар фізичної та реабілітаційної медицини», «фізичний терапевт» та «ерго-терапевт».

На засіданні ради присутні обговорили, зокрема, створення нових навчальних програм з підготовки та перепідготовки фахівців, які займатимуться реабілітацією за європейськими стандартами.

Кінцевим результатом роботи координаційної ради буде розроблення законопроекту про реабілітацію в Україні, що буде відповідати всім сучасним вимогам та міжнародним стандартам.

Кваліфікаційна характеристика спеціаліста з фізичної терапії. Спеціаліст з фізичної терапії займається фізичною реабілітацією осіб – дітей та дорослих:

- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- з ортопедичними вадами;
- з побутовими, спортивними та професійними травмами;

- з наслідками неврологічних, серцево-судинних, респіраторних та інших захворювань;
- старших людей з геронтологічними проблемами.

Посадові обов'язки. Спеціаліст з фізичної реабілітації:

1. Проводить обстеження, визначає рівень фізичного розвитку, виявляє проблеми й складає індивідуальну програму реабілітації.
2. Розробляє та впроваджує комплекс дій (ЛФК, масаж тощо), спрямованих на покращення діяльності опорно-м'язової системи та організму в цілому, координації, збільшення сили м'язів і вправності рухів, відновлення або компенсацію функцій.
3. Навчає способів досягнення самостійності в побуті, навичок самообслуговування, пересування, утримання фізичної кондиції та здоров'я.
4. Консультує щодо створення оптимального середовища вдома, на роботі та загалом в оточенні неповнодієльних осіб.
5. Аналізує хід виконання реабілітаційної програми та вносить корективи на кожному з етапів.
6. Веде відповідні записи і документацію.
7. Співпрацює з лікарями, педагогами, логопедами, психологами, соціальними працівниками.
8. Консультує родичів та опікунів щодо проблем та шляхів досягнення неповнодієльними особами максимальної незалежності і сталого рівня здоров'я, залучає їх до планування і проведення реабілітаційної програми та надання необхідної допомоги неповнодієльній особі.
9. Зберігає таємницю індивідуальних програм реабілітації.
10. Дотримується правил і норм професійної етики.

Виконує ці обов'язки при роботі в реабілітаційних центрах, медичних, освітніх, санаторно-курортних установах, соціальних службах державного, громадського та приватного секторів, а також проводить самостійну практику в межах своєї компетенції.

Знання та вміння. Спеціаліст з фізичної терапії повинен:

- знати основи психології, соціології, антропології та валеології;
- знати анатомію і фізіологію людини;
- володіти методами профілактики і корекції м'язово-скелетних дисфункцій на підставі анатомічних, фізіологічних, патологічних і психосоціальних знань;
- мати фундаментальні теоретичні знання щодо фізичних вправ, спорту, фізіології праці, біомеханіки, моторного контролю, розвитку людини, а також кінезіології та патокінезіології;

- уміти проводити функціонально-орієнтовані, спрямовані на досягнення кінцевої мети заняття з особами з порушеннями в співпраці з іншими спеціалістами, самим пацієнтом, його родиною і соціальним оточенням;
- мати відповідний досвід, вміння і здатність застосувати заходи корекції рухових дисфункцій в осіб різного віку, зокрема при неврологічних, опорно-рухових, серцево-судинних і респіраторних захворюваннях;
- могли самостійно вибирати, ставити завдання і вирішувати проблеми з досвідом, набутим в поєднанні теоретичних знань і клінічної практики;
- розуміти закономірності організації і розвитку систем фізичного виховання, охорони здоров'я, освіти і соціального захисту населення України, знати основи національного і міжнародного законодавства в цих галузях;
- знати основи наукових досліджень, планування і виконання експериментальних робіт, основи організації праці, адміністрації і менеджменту в державному і приватному секторах.

Кваліфікаційні вимоги. Кваліфікаційними вимогами до спеціаліста з фізичної реабілітації є такі:

- спеціаліст з фізичної реабілітації (без категорії): вища освіта (спеціаліст або бакалавр) без вимог до стажу роботи;
- спеціаліст з фізичної реабілітації 2-ї категорії: вища освіта (спеціаліст або бакалавр) і стаж роботи на посаді спеціаліста з фізичної реабілітації для спеціаліста не менше 2 років, для бакалавра – не менше 3 років;
- спеціаліст з фізичної реабілітації 1-ї категорії: вища освіта (магістр або спеціаліст) для магістра без вимог до стажу роботи і стаж роботи на посаді спеціаліста з фізичної реабілітації 2-ї категорії, спеціаліста – не менше 3 років;
- спеціаліст з фізичної реабілітації вищої категорії: вища освіта (магістр або спеціаліст) і стаж роботи на посаді спеціаліста з фізичної реабілітації 1-ї категорії для магістра – не менше 2 років, для спеціаліста – не менше 3 років.

Згідно із затвердженим рішенням Ради директорів Американської асоціації фізичної терапії у 1995 р. [5] щодо модельного визначення фізичної терапії передбачається така діяльність фізичного терапевта:

- обстеження пацієнтів з функціональними порушеннями, обмеженнями і неповносправністю або іншими станами для визначення реабілітаційного діагнозу, прогнозу і способу впливу;
- зменшення порушень і функціональних обмежень.

За даними фахової літератури, обстеженню можуть підлягати антропометричні показники, постава, хода, фізичні якості (сила, витривалість, координація, гнучкість тощо), показники зовнішнього дихання, стан і рухливість суглобів, сенсорні порушення, чутливість і рефлексії, біль, рівень самоогляду і самообслуговування, архітектурні бар'єри довкілля, вдома або на роботі, потреба у допоміжних, пристосувальних, підтримуючих і захисних засобах, суспільна або професійна реінтеграція [4].

На думку північноамериканських фахівців, зменшення порушень і функціональних обмежень здійснюється шляхом планування, виконання та видозмінювання реабілітаційного втручання, що передбачає функціональні тренування в самоогляді, самообслуговуванні, суспільній або професійній реінтеграції, застосування фізичних вправ різного спрямування, механотерапії, методик мануальної терапії, очищення дихальних шляхів, електротерапевтичних і фізичних чинників, призначення і застосування допоміжних засобів і обладнання, проведення навчання та інструктажу пацієнта.

Для ефективності реабілітації спеціаліст повинен дотримуватись таких **принципів**:

1. *Ранній початок реабілітаційних заходів.* Це допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення й у разі розвитку інвалідності боротися з нею з перших етапів лікування.
2. *Безперервність реабілітаційних заходів.* Цей принцип лежить в основі ефективності реабілітації, тому що тільки безперервність і поетапність реабілітаційних процесів є запорукою скорочення часу на лікування, зниження інвалідності й витрат на відновне лікування, довготривале матеріальне утримання інвалідів.
3. *Комплексність реабілітаційних заходів.* Під керівництвом лікаря реабілітація проводиться й іншими спеціалістами: соціологом, психологом, педагогом.
4. *Індивідуальність реабілітаційних заходів.* Реабілітаційні програми складаються індивідуально для кожного пацієнта, при цьому враховуються: загальний стан, саме захворювання, вихідний рівень фізичного розвитку, психологічний стан, вік, стать, професія.
5. *Необхідність реабілітації в колективі.* Проходження реабілітації в колективі собі подібних людей морально підтримує пацієнта, нівелює дискомфорт, пов'язаний з наслідками захворювання.

6. *Повернення пацієнта до активної праці.* Це досягнення основної мети реабілітації, що робить людину матеріально незалежною, морально задоволеною, психічно стійкою, активним учасником громадського життя.

• Запитання для самоперевірки •

1. Назвіть етапи підготовки фахівця з фізичної реабілітації на сучасному освітньому векторі.
2. Дайте характеристику етичному кодексу фахівця з фізичної реабілітації.
3. Назвіть професійні компетенції фізичного терапевта.
4. Обґрунтуйте завдання фізичного терапевта, його роботи в міждисциплінарній команді.
5. Перерахуйте принципи для ефективної реабілітації.

• Список використаної літератури •

1. Герцик А.М. Фахівець з фізичної реабілітації, чи фізичний терапевт: національне та міжнародне тлумачення назв професій. URL: <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2010-10/html-ru/10hamion.html>
2. Дутчак М.В. Класифікація професій у сфері фізичної культури і спорту в Україні: стан та перспективи. Спортивна наука України. *Науковий вісник Львівського державного університету фізичної культури*. Львів : ЛДУФК, 2010. № 2. С. 25–41. URL: <http://www.sportscience.org.ua.index.php.Arhib.html>
3. Класифікатор професій – Доповнення Б | Алфавітний показник професій. URL: http://www.jobs.ua.ukr.classifier.dopolnenie-B.let-105.page_3
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація : підручник. 3-тє вид., перероб. та допов. Київ : Олімп. л-ра, 2010. 488 с.
5. Українська асоціація фізичної терапії. URL: <http://www.physrehab.org.ua/forum/topic/50.html>

• РОЗДІЛ III • РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Не у співвідношенні патології і норми необхідно шукати оцінні критерії здоров'я, а у здатності індивіда здійснювати свої біологічні і соціальні функції. Досконалість цих функцій у людини може бути охарактеризована, у тому числі й кількісно, резервами енергетичного, пластичного і регуляторного забезпечення функцій.
Г. Л. Апанасенко, Л. О. Попова, 1998

3.1. Поняття реабілітаційного обстеження

Аналіз порушених моторних функцій у хворих має важливе значення, оскільки в багатьох пацієнтів неможливо судити про ефективність реабілітаційних заходів за динамікою тяжкості захворювання.

Реабілітаційна діагностика дозволяє спланувати відновлювальні методики та оцінити їх ефективність.

Комплекс методів обстеження і клінічних тестів повинен відповідати таким умовам:

1. Класифікації та тести, що застосовуються в реабілітології, мають базуватися на якісних, а не кількісних критеріях.
2. Застосовувані класифікації та діагностичні тести повинні мати клінічну та реабілітаційну спрямованість для формування реабілітаційного діагнозу та програми реабілітаційного втручання.
3. Діагностичні тести повинні відповідати тяжкості захворювання, клінічній об'єктивності, сприяти аналізу результатів лікування.
4. Обстеження, необхідні для відновного лікування та рухової реабілітації пацієнтів, повинні співвідноситися з міжнародними стандартами.

Розрізняють п'ять складових діяльності фізичного терапевта:

- обстеження або огляд;
- оцінювання;

- визначення реабілітаційного діагнозу;
- складання прогнозу;
- здійснення реабілітаційного втручання.

Мета реабілітаційного обстеження передбачає діагностичне, прогностичне та контрольне спрямування.

Під час обстеження вирішуються найбільш важливі завдання:

- 1) виявити наявний стан моторної сфери пацієнта на даний час;
- 2) на підставі діагностики визначити потенціал обстежуваного;
- 3) оцінити стан здоров'я з урахуванням функціональних показників;
- 4) своєчасно діагностувати різні відхилення в стані здоров'я, які можуть виникнути за нераціональних занять фізичними вправами;
- 5) проведення контролю ефективності реабілітаційного втручання.

Реабілітаційне обстеження є першим кроком у процесі фізичної реабілітації. Воно полягає в оцінці фізичного стану пацієнта, аналізі споріднених чинників і передбачає три компоненти:

- 1) складання історії рухової дисфункції;
- 2) огляд відповідних систем організму;
- 3) відбір і застосування спеціальних вимірювань і тестів для отримання цифрової інформації.

Залежно від цілей реабілітаційне обстеження поділяють на первинне, поточне та додаткове.

Первинне обстеження проводять перед початком реабілітаційного втручання. Головна мета обстеження – поглиблена оцінка рухових дисфункцій, рівня загального здоров'я людини та резервні можливості організму.

Поточні обстеження проводять періодично (від 2 до 5 разів на рік) з метою визначення ефективності впливу реабілітаційних заходів на організм та внесення відповідних корективів у процес відновлення.

Додаткові обстеження проводять у зв'язку з обставинами, які можуть негативно вплинути на стан здоров'я. Зміст і застосовані при цьому методи дослідження визначаються завданнями, які постають перед лікарем у конкретних умовах.

Основними складовими комплексного обстеження є:

1. Збір анамнезу (загального і реабілітаційного).
2. Дослідження та оцінка моторного та фізичного розвитку, функціонального стану.
3. Висновок за результатами комплексного обстеження.

4. Формування реабілітаційної програми на основі обстеження та вирішення питання щодо вибору заходів фізичної реабілітації.
5. Рекомендації щодо дозування фізичних навантажень та інших методів реабілітації.

Реабілітаційне обстеження здійснюється відповідно до медичного діагнозу і встановлених лікарем протипоказів та застережень. Проводиться для визначення вихідного рівня рухових порушень та є основою реабілітаційної програми. Вихідне реабілітаційне обстеження дозволяє визначити функціональні можливості обстежуваного, урахувавши індивідуальні особливості, наслідки травми, перебіг захворювання та загальний стан організму. Результати вихідного реабілітаційного обстеження дозволяють індивідуалізувати подальший план програми фізичної реабілітації.

Реабілітаційне обстеження розглядає не тільки функціонування органів і систем організму, а й моторні, психологічні, когнітивні аспекти життєдіяльності людини в її повсякденному житті після виписування з медичної установи.

Обстеження осіб з пошкодженням моторної сфери передбачає: вивчення антропометричних даних, обстеження амплітуди рухів у суглобах, м'язову силу та м'язовий тонус, мобільність, рівень самообслуговування та життєдіяльності, патологічні рефлексії, чутливість.

На рис. 3.1 наведено орієнтовну схему обстеження осіб з пошкодженням моторної сфери.

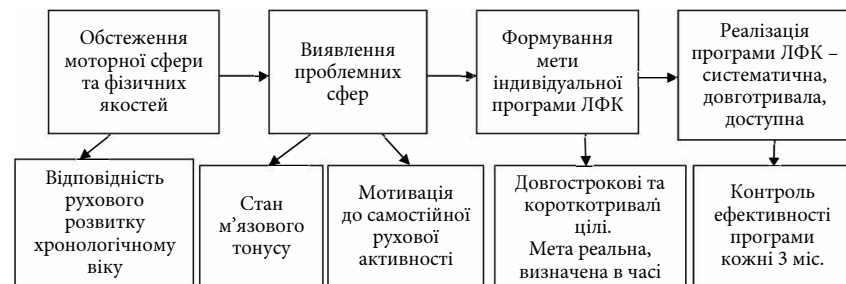


Рис. 3.1. Схема обстеження осіб з пошкодженням моторної сфери

Спостереження за довільною руховою активністю дозволяє визначити:

- рівень розвитку рухової сфери;
- характер дій з предметами (захоплення, швидкість, точність, рух пальців, характер маніпуляцій).

На підставі алгоритму обстеження фізичний реабілітолог робить висновки, чому саме так відбувається рух або що є перешкодою для його виконання: низький тонус м'язів, недостатня амплітуда руху в суглобі тощо.

Реабілітаційно-діагностична діяльність починається з клінічного огляду. У результаті огляду формулюється **попередній діагноз**.

Огляд фізичного терапевта проводиться за загальноклінічними принципами, за формою і змістом не відрізняється від лікарського дослідження.

Реабілітолог насамперед оцінює ступінь випадіння (порушення) будь-яких функцій, на підставі чого формулює реабілітаційний діагноз та міждисциплінарну команду для відновного лікування.

Основне завдання фізичного терапевта – виявлення збережених анатоμο-функціональних сегментів, визначення вихідного рівня компенсації втрачених функцій та прогнозування подальшого відновлення. За образним висловом Л.Д. Потехіна, реабілітологу необхідно виявляти «не те, чого немає, а те, що залишилося».

Обстеження дозволяє оцінити давність патологічного процесу (травми або захворювання), ступінь стабільності і можливість навантаження, наявність супутніх хронічних захворювань.

Під час реабілітаційного огляду важливе значення мають **огляд і пальпація**. У процесі огляду оцінюються загальний стан та фізичний розвиток пацієнта, стан тканин, пропорційність статури, рухова поведінка хворого: спосіб пересування, його симетричність, а також точність і координація рухів.

При огляді кінцівок вивчається вісь, наявність вкорочень і деформацій кісток і суглобів, вираженість трофічних порушень.

Положення кінцівки в стані спокою дозволяє оцінити тонічні співвідношення і стан сухожильно-м'язового апарату.

Пальпація дозволяє визначити тургор шкіри, підшкірної клітковини, м'язів і сумково-зв'язкового апарату плечового поясу, тазу, кінцівок, спини тощо.

Особливу увагу необхідно приділити шкірі поверхні стопи, яка свідчить про адекватність навантаження на ноги; на підставі огляду можливе подальше прогнозування рухової реабілітації, вибір методів реабілітації, фізичних вправ, для упередження посилення больового і спастичного синдромів.

Під час огляду виявляються сегменти кінцівок з **підвищеним і зниженим** м'язовим тонусом, а також фактори, що підтримують спастичний синдром і провокують збочені рухові реакції.

Залежно від потреб пацієнта реабілітолог використовує у своїй практиці необхідні тести та шкали для об'єктивного обстеження. У процесі діагностування використовуються стандартизовані міжнародні шкали й тести: Ашфорта, Гоффа, Бартел, Ловетта, Берга, обстеження функціонального стану організму, фізичний розвиток тощо. Доцільним є вимір обсягів кінцівок, грудної клітки, голови, визначення типу дихання. Важливим аспектом діагностування моторної сфери є оцінювання рівня навичок самообслуговування. Першочерговим завданням обстеження є визначення можливості самостійно одягатися-роздягатися, поведінка під час харчування, у туалеті, уміння покликати, за потреби, дорослого на допомогу тощо.

Підбір спеціальних тестів для об'єктивного реабілітаційного обстеження реабілітолог здійснює самостійно, оскільки немає чітких загальноприйнятих схем для певних захворювань та рухових розладів.

Відбір хворих на реабілітацію здійснюється за допомогою стандартної карти, яка містить такі обов'язкові розділи:

1. Діагностичний висновок щодо поточного клінічного стану:

- розгорнутий профільний діагноз з описом наявних розладів та оцінкою стабільності стану;
 - супутні захворювання;
 - загальні функціональні розлади – аліментарні (харчові та водні), нездатність ковтати, нетримання сечі та калу, цілісність шкірного покриву, переносимість фізичної та психічної активності, розлади сну.
- 2. Показники реабілітаційного профілю хворого:**
- функціональний стан та ступінь незалежності перед захворюванням (травмою);
 - поточні функціональні обмеження та ступінь їх вираженості – здатність до самообслуговування, самостійного пересування, навчання, трудової діяльності, орієнтації, спілкування, контролювання своєї поведінки;
 - психоемоційний статус та мотивація щодо участі в реабілітаційній програмі.

3. Соціальні та оточуючі фактори:

- наявність близьких та ступінь їх участі у підтримці пацієнта;
- умови проживання;
- етнічна належність та мова спілкування;
- характер пристосування пацієнта та його сім'ї до хвороби;
- яким моментам віддають перевагу пацієнт і його близькі та що вони очікують від реабілітації.

4. Стандартизовані шкали для кількісної оцінки стану хворого:

- профільна нозологічна шкала (наприклад, неврологічна шкала для оцінки стану постінсультного хворого);
- шкала самопомоги й мобільності;
- шкала психоемоційного статусу.

Реабілітаційні обстеження повинні бути вимірювані, доступні для пацієнта та фізичного терапевта, нескладними у виконанні та проходити в первинному, поточному та заключному оцінюванні й огляді.

Оцінка передбачає:

- обстеження окремих пацієнтів, клієнтів або груп клієнтів з фактичними або потенційними порушеннями, руховими розладами, функціональними вадами шляхом збору анамнезу, діагностування з використанням спеціальних аналізів і замірів;
- результати обстеження пацієнтів / груп та/або навколишнього середовища з метою визначення перешкод на шляху до досягнення оптимального функціонування організму людини.

Діагностика і прогнозування є результатом обстеження та оцінки. Вони представляють 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 в результаті негативних впливів навколишнього середовища, неповносправність.

3.2. Концепція обстеження

Перше, що робить реабілітолог, коли приходить пацієнт, – спостерігає за рухами пацієнта, які він робить без будь-якої допомоги. Якщо пацієнт прикутий до інвалідного візка, спостерігає за його активністю у візку. Якщо пацієнт маленький, дивиться, як дитина себе поводить, сидячи в мамі на колінах, або як вона бавиться на підлозі; які цілеспрямовані види діяльності може цей пацієнт виконувати самостійно й ефективно, що він може зробити за допомогою тощо. На підставі цієї інформації, зібраної під час таких спостережень, можливо, і при різних побутових ситуаціях, у динаміці впродовж певного часу (день-два), у різний час дня (після відпочинку), формується довготерміновий напрям програми реабілітаційного втручання.

Важливим аспектом обстеження є розмова з пацієнтом: які види діяльності є важливими для пацієнта, які довготермінові цілі тощо. Якщо пацієнтом є маленька дитина, важливо цікавитися думкою батьків (опікунів). Важливо виявити, чи довготермінові цілі фізичного терапевта є сумісними з цілями пацієнта. Наприклад, батьки часто висловлюють велике бажання, щоб їхня дитина ходила, а при обстеженні з'ясовується, що дитині насамперед необхідно навчитися користуватися руками і долонями для догляду за собою. Необхідно скласти програму досягнення довготермінових цілей фізичного терапевта та підтримати цілі батьків пацієнта або його опікуна.

Повторне обстеження вимагає визначення результатів.

Дані суб'єктивного обстеження. Скарги хворого. Усі скарги за їх характером і способом отримання від хворого умовно поділяються на: **основні** – ті, які, на ваш погляд, становлять предмет захворювання, **супутні** – ті, які безпосереднього стосунку до цієї хвороби не мають, потім скарги, виявлені при опитуванні (анамнезі) хворого про наявні порушення функції органів і систем.

Основні скарги необхідно називати в першу чергу, а потім супутні. Скарги, що виявлені в процесі опитування хворого щодо діяльності органів і систем, перш ніж фіксувати, потрібно також розділити на **основні та супутні** з викладом їх за належністю. Важливо пам'ятати, що супутня патологія, як правило, посилює тяжкість перебігу основного процесу й вимагає серйозної уваги.

Реабілітолог збирає **скарги на поточний момент**, а не на момент надходження хворого в стаціонар. Момент розмови є визначальним на даний час.

Кожна скарга має бути докладно описана. Якщо є болі, то необхідно вказати їх локалізацію, тривалість, інтенсивність, характер, з прийомом їжі чи спустошенням кишківника.

Далі з'ясовується **третья група скарг**, про які хворий сам не говорить, але про них можна дізнатися шляхом опитування щодо органів і систем. Раніше зазначені скарги більше не згадуються. З'ясовується стан центральної нервової системи та психіки: настрій, сон, самопочуття після сну, головний біль, дратівливість, плаксивість, інтерес до роботи та ін.

З'ясовується стан:

- **органів почуттів:** нюху, слуху, зору, дотику;
- **органів дихання:** задишка, біль у грудній клітці, кашель, наявність, характер і кількість харкотиння, кровохаркання, носові кровотечі;

- **органів кровообігу:** задишка у зв'язку з фізичним навантаженням, набряки кінцівок, болі в області серця та ін.;
- **органів травлення:** апетит, ковтання, печія, відрижка, нудота, блювота, біль у різних відділах живота, відправлення через шлунково-кишковий тракт (характер випорожнення, регулярність його, частота дефекації);
- **органів сечовипускання:** частота сечовипускання, його розлади, різі, біль при цьому, зменшення або збільшення кількості сечі і думка хворого про можливі причини цих явищ.

Анамнез захворювання. У цьому розділі необхідно чітко, у хронологічному порядку описати початок, перебіг і розвиток основного захворювання від найперших його проявів та можливих його причин до моменту обстеження хворого фізичним терапевтом. Описується вплив на перебіг захворювання різних лікувальних заходів, стаціонарного, амбулаторного або санаторно-курортного лікування. У разі якщо описується анамнез травматичного пошкодження, вказуються точно час травми, механізм і характер травми, стан і положення тіла хворого під час травми, характер першої допомоги та її обсяг, характер транспортування та ін.

Анамнез життя: місцевість, де хворий народився, вік і здоров'я батьків при народженні хворого. Хвороби дитинства. Трудове життя з короткою характеристикою професії та умов праці (професійні шкідливості, тривалість робочого дня). Чи відбувалося переливання крові. Статеве життя, час вступу в шлюб (вік). *Для чоловіків:* здоров'я дружини, діти, їх здоров'я. *Для жінок:* здоров'я чоловіка і дітей; вагітності та їх перебіг, ускладнення; пологи, аборти та їх ускладнення; викидні мимовільні; жіночі хвороби, час останньої менструації.

Якщо зазначаються перенесені хворим захворювання, операції, травми, то потрібно вказати, звідки отримані відомості (зі слів хворого, з довідок та ін.), у якому віці вони перенесені, який вплив вони справили на здоров'я в подальшому. Повинні бути відображені питання спадковості та сімейного анамнезу: захворювання в сім'ї злюкисними новоутвореннями (пухлинами), психічними, венеричними, туберкульозом; наявність у сім'ї вад розвитку (аномалій), вроджених захворювань.

Житлові умови. Шкідливі звички: куріння (цигарки, трубка; кількість вичуреного тютюну), вживання алкоголю, наркоманія, токсикоманія, зловживання чаєм, кавою. Переносимість ліків.

Дані об'єктивного обстеження. Незалежно від характеру і локалізації захворювання здійснюється повне та методичне обстеження

хворого, усіх його органів і систем, послідовно, за допомогою огляду, пальпації, перкусії та аускультатії.

Оцінюється стан хворого – добрий, цілком задовільний, середньої важкості, важкий, дуже важкий, агонуючий.

Свідомість: ясна, сплутана, відсутня.

Положення: активне, пасивне, вимушене.

Вираз обличчя: звичайний або не подає ніяких хворобливих проявів, страдницький, сумний.

М'язи. Тонус, сила, форма.

Тип фігури (нормостенік, астеник, гіперстенік).

Кістки. Деформації, видимі пухлини. Хворобливість при обмацуванні, перкусії, навантаженні по осі. Вимірювання довжини кінцівки на різних рівнях. Зміна ходи.

Суглоби. Конфігурація: звичайна, деформація, контрактура і анкілози. Хворобливість при пальпації. Рухи пасивні та активні, їх обсяг, вимірювання його.

Грудна клітка і її органи.

Форма грудної клітки – звичайна, конічна, бочкоподібна, циліндрична, паралітична, рахітна, воронкоподібна. Деформації (горб тощо). Асиметрія грудей, западання над- або підключичних просторів, випинання або западання одного боку грудей. Положення лопаток: щільне прилягання до грудей, відставання. *Тип дихання:* переважно реберний, переважно черевної порожнини, подовжений видих, подовжений вдих. Ритм дихання: правильний, кількість дихальних рухів у хвилину. *Пальпація грудей:* болючі місця, набряклість покривів (вказати локалізацію).

Вимірювання довжини окружності грудей на рівні сосків під час вдиху і видиху.

Серцево-судинна система.

Пульс: частота в одну хвилину. Величина: повний, високий, малий, низький. Швидкість: звичайний, швидкий чи повільний. Напруження: не напружений, напружений, м'який. *Ритм:* пульс ритмічний, аритмічний (вказати тип аритмії). Артеріальний тиск максимальний і мінімальний.

Функціональні проби: Штанге, Генче, після фізичного навантаження, час нормалізації пульсу, дихання і артеріального тиску.

Нервова система і органи чуття. Мова звичайна, скандована, заїкання та інші види дизартрії. Судоми, паралічі, парези. Порушення чутливості відсутні. Сухожилльні рефлекси: звичайні, живі, ослаблені, не

викликаються, різної сили праворуч або ліворуч. На рис. 3.2 наведено запропоновану ВООЗ модель реабілітаційної оцінки стану пацієнта та її інтерпретації [1].

Тести для визначення порушень рухів у суглобах (додаток В) та ступеня зміни при захворюваннях опорно-рухового апарату (додаток Г) можна використовувати для діагностики функціонального стану організму й для контролю за ефективністю заняттями ЛФК.

У клінічній практиці для складання індивідуального рухового режиму та оцінки ефективності фізичної реабілітації в лікарсько-трудова експертизі виникає необхідність у визначенні **толерантності до фізичних навантажень**.

Основу методів вимірювання *порушень життєдіяльності переважно* складає оцінка незалежності індивідуума від сторонньої допомоги в повсякденному житті, особливо найбільш значущих, найбільш загальних з рутинних дій людини.

Уперше термін «активність життєдіяльності» з'явився в 1945 р., а перший індекс активності життєдіяльності був запропонований в 1963 р. За ним оцінювалася незалежність хворих від сторонньої допомоги при виконанні таких шести операцій: умивання, одягання, відвідування туалету, пересування, акти дефекації і сечовипускання, прийом їжі.

На цей час існує більше 200 шкал за оцінкою активності життєдіяльності.



Рис. 3.2. Реабілітаційна модель ВООЗ: функціональна оцінка та інтерпретації на різних рівнях

3.3. Оцінка функціонального класу пацієнта

Найбільш прийнятним методом, який відображає втрати в тій чи іншій соціальній або побутовій здатності, є метод оцінки функціонального класу (ФК):

- ФК0 – здатність ефективного виконання всіх побутових дій;
- ФК1 – нездатність самостійного виконання особливо тяжких побутових дій;
- ФК2 – нездатність самостійно виконувати побутові дії середньої тяжкості;
- ФК3 – нездатність самостійно виконувати легкі побутові дії;
- ФК4 – нездатність до самообслуговування.

У роботі з дітьми головною метою діагностики рухових функцій є отримання даних, які характеризують взаємозв'язок та взаємозалежність розвитку як загальної моторики, так і дрібної, розвитку навичок самообслуговування.

Такий аналіз дає можливість оцінки моторної сфери дитини на момент обстеження, що дозволяє визначити онтогенетичні, індивідуальні особливості дитини.

Оцінювання загальної моторики дітей із синдромом розладу рухових функцій проводиться як *пасивне мануальне* обстеження (визначення об'єму рухів у суглобах), а також як *спостереження за довільною руховою активністю* дитини протягом певного часу: за тим, як дитина рухається, чому не виконує якісно певну рухову функцію, можливість змінювати положення тіла, перевірка реакцій рівноваги та координації рухів, розуміння нею зверненої мови, особливості поведінки, рівня контактності, бажання активно рухатись. Спостереження бажано проводити за дитиною в ігровій формі, у спокійній, приємній обстановці, використовувати добре знайомі, доступні даному віку дітей іграшки, у присутності батьків.

Обстеження розвитку рухової сфери здійснюється з урахуванням різних вихідних положень дитини (лежачи на спині, на животі, під час сидіння, стояння, ходьби). При цьому особлива увага звертається на якість виконання рухів: повороти з положення лежачи на спині на живіт і навпаки (з торсією чи «блоком»), опора на ноги на повну стопу чи на пальці, крокування впевнене чи має місце перехрест ніг. Звертається увага на координацію рухів, специфіку функціональної здатності рук, мотивацію до рухової активності.

Оцінка основних рухових функцій дозволяє: визначити, на якому етапі рухового розвитку та подолання тілом сил гравітації знаходиться пацієнт, встановити відповідність хронологічного і моторного віку, виявити причини, що гальмують розвиток рухових функцій, провести планування корекційних заходів щодо усунення рухового розладу чи покращення функції загальної та дрібної моторики. Оцінювання розвитку локомоцій здійснюється за допомогою «Комплексної оцінки локомоторних функцій (GMFM)» (Оцінка основних рухових функцій (ООРФ)) [2].

ООРФ – це стандартизований спосіб спостереження, призначений для оцінки змін основних рухових функцій протягом часу в дітей із затримкою розвитку рухових функцій. Ключ до оцінки: 0 – не може виконати; 1 – намагається виконати (виконує завдання менш ніж на 10%); 2 – частково виконує (виконує більш ніж на 10%, але менш ніж на 100%); 3 – виконує повністю. Карта спостереження включає такі категорії: лежання та перевертання; сидіння; повзання, рачкування; стояння; ходьба, біг, стрибки; тестування з допоміжними засобами пересування. Наприкінці обстеження виводяться підсумкові оцінки за категоріями та цільовий бал у відсотках загальної рухової активності.

Для визначення складності моторного обмеження за ООРФ передбачається кілька рівнів:

- рівень 1 – ходьба без обмежень. Труднощі виникають у разі складно координованих дій;
- рівень 2 – ходьба без допоміжних технічних засобів. Труднощі під час ходьби на вулиці, у транспорті;
- рівень 3 – ходьба за допомогою технічних засобів (ходунів);
- рівень 4 – обмежена можливість самостійно пересуватися; дитина потребує супроводу дорослого, пересувається на візку;
- рівень 5 – дуже обмежена здатність до пересування навіть за допомогою використання допоміжних засобів пересування: ходунів, візків тощо.

Разом з тим важливим аспектом діагностування моторної сфери є оцінювання рівня **навичок самообслуговування**. Першочерговим завданням обстеження є визначення можливості самостійно одягатися-роздягатися, поведінка під час харчування, у туалеті, уміння в разі потреби покликати дорослого на допомогу тощо.

Важливим динамічним процесом алгоритму фізичної реабілітації є **оцінювання**, у якому фізичний реабілітолог робить висновки на підставі зібраної при обстеженні інформації.

• Запитання для самоперевірки •

1. Назвіть основні принципи при визначенні реабілітаційного обстеження.
2. Які правила проведення реабілітаційного обстеження ви знаєте?
3. Назвіть основні професійні шкали та тести обстеження хворих.
4. Які принципи обстеження дітей вам відомі?
5. Дайте характеристику тестування моторної сфери.
6. Обґрунтуйте метод оцінки функціонального класу.

• Список використаної літератури •

1. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини. URL: http://nmu.ua/files/kaf40/stand_realib.pdf
2. Підбір тестового матеріалу для оцінки рухової активності дітей. URL: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua>
3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. Москва : Антидор, 2002. 440 с.
4. Українська асоціація фізичної терапії – професійні компетенції. URL: <http://www.physrehab.org.ua/forum/topic/50.html>
5. Яриков Д.Е., Шевелев И.Н., Басков А.В. Международные стандарты в оценке неврологических нарушений при травме позвоночника и спинного мозга. *Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко*. 1999. № 1. С. 36–38.

• РОЗДІЛ IV •

СКЛАДАННЯ

РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ДІАГНОЗУ.

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПРОГНОЗ

4.1. Поняття діагностики і діагнозу

Діагностика (грец. *diagnostikos* – здатний розпізнавати) – розділ клінічної медицини, що вивчає зміст, методи та послідовні ступені процесу розпізнавання хвороб або особливих фізіологічних станів. У вузькому розумінні **діагнозом** називають безпосередньо процес розпізнавання хвороби та оцінки індивідуальних біологічних і соціальних особливостей пацієнта, який охоплює цілеспрямоване медичне обстеження, тлумачення отриманих результатів та їх узагальнення у вигляді встановленого діагнозу. Розпізнавання хвороби здійснюється за її симптомами – як очевидними, так і встановленими за допомогою спеціальних досліджень, та ґрунтується на певних методологічних принципах.

У зв'язку з цим **діагноз** як науковий предмет містить три основні розділи: семіотику (вчення про симптоми хвороби та їх діагностичне значення); методи діагностичного обстеження хворого, або діагностичну техніку; методологічні основи діагнозу, які визначають теорію й методи діагнозу.

Діагноз (грец. *diagnosis* – розпізнавання) – висновок про патологічний стан здоров'я обстежуваного, про наявне захворювання (травму) (або про причину смерті), виражений у термінах, передбачених прийнятими класифікаціями та номенклатурою хвороб; це стислий письмовий висновок про наявну хворобу, виражений із застосуванням медичних термінів, що позначають назву хвороби. Установлюючи діагноз, необхідно простежити розвиток захворювання від виявлення етіологічного моменту й оцінки стану організму на початковий період через увесь хід розвитку патологічного процесу до клінічної картини на момент обстеження. Оскільки немає хвороб, які б в усіх людей мали однотипний перебіг, необхідно виявити індивідуальні особливості розвитку патологічного процесу в конкретного хворого – діагноз хвороби (індивідуальний діагноз).

Діагноз базується на огляді, аналізах, спостереженні за розвитком хвороби. Діагноз дозволяє визначити рід захворювання і призначити лікування для хворого. За своєю сутністю діагноз повністю заснований на обстеженнях, після чого певними термінами він заноситься в особову справу. При цьому процес, у результаті якого визначається захворювання пацієнта, називається **діагностикою**.

У медичній термінології діагноз позначається двома латинськими символами – “Ds”.

Побудова діагнозу – дуже складний, комплексний процес. Він базується на кількох показниках, що враховуються при винесенні остаточного висновку.

Для побудови діагнозу заслуховуються скарги хворого, щоб визначити симптоми хвороби. Після цього – збір анамнезу і повний або частковий огляд пацієнта. Завершальним етапом діагностики вважається подальший нагляд за станом пацієнта, стеження за виникненням нових симптомів та інші прояви хвороби. Крім того, важливою частиною діагнозу вважається індивідуальний підхід.

Діагноз дозволяє визначити чотири важливі складові хвороби пацієнта: супутні захворювання, ускладнення, симптоми, а також поєднання різних захворювань.

Визначення **реабілітаційного діагнозу** є кінцевим результатом оцінювання, тобто аналізу і синтезу інформації, отриманої під час обстеження пацієнта.

При визначенні реабілітаційного діагнозу враховуються й обстеження членів міждисциплінарної команди, їхня оцінка та прогнозування перспективного відновлення здоров'я.

Принципи побудови клінічного діагнозу, який виставляється хворому, передбачають такі розділи, що викладаються в чіткій послідовності:

- основне захворювання (просте або комбіноване);
- ускладнення основного захворювання;
- супутні захворювання.

Основне захворювання визначається як стан, який є причиною звернення пацієнта за допомогою (амбулаторною або стаціонарною) і з приводу якого здійснюються лікувальні та діагностичні процедури. Воно може містити кілька нозологічних одиниць (синдромів), які співвідносяться між собою по-різному: комбінуються, поєднуються, конкурують або відносно не залежать один від одного.

Приклад формулювання медичного діагнозу: основне захворювання (поєднане): 1. Гіпертонічна хвороба 3-го ступеня, II стадія, ризик IV. 2. Цукровий діабет 2-го типу, стадія субкомпенсації; **супутнє захворювання:** хронічний калькульозний холецистит поза загостренням.

При проведенні обстеження деякі автори пропонують використовувати таку шкалу оцінки діагнозу:

- діагноз поставлений неправильно;
- діагноз відсутній;
- діагноз основного захворювання правильний, але не повний, не відповідає прийнятій класифікації захворювання (зокрема, не визначено провідний синдром, що обумовлює тяжкість перебігу захворювання; не діагностовані ускладнення основного й супутнього захворювання);
- діагноз основного захворювання правильний, але не повний, частково відповідає прийнятій класифікації (зокрема, не визначено провідний синдром, що обумовлює тяжкість перебігу захворювання, не діагностовані супутні захворювання);
- діагноз основного захворювання правильний, повністю відповідає прийнятій класифікації, проте не діагностовані супутні захворювання.

Попередній діагноз оформляється безпосередньо при звертанні хворого за медичною допомогою. Він часто буває припустимим, проте може бути й цілком обґрунтованим. У будь-якому разі він визначає обсяг первинного діагностичного обстеження й початкову терапевтичну тактику. Протягом трьох діб від початку обстеження хворого має бути сформульований достатньо повний **клінічний діагноз**, на підставі якого виробляється подальша терапевтична і діагностична тактика. **Остаточний діагноз** формулюється при завершенні обстеження хворого або у зв'язку з його вибуванням.

У кожному конкретному випадку організація реабілітаційного процесу вимагає мультидисциплінарного (командного) підходу з розробленням індивідуальної реабілітаційної програми. Обов'язковими елементами є: визначення реабілітаційного потенціалу, складання реабілітаційного прогнозу та оцінка (моніторинг) досягнутого прогресу під час реабілітації.

4.2. Визначення реабілітаційного потенціалу та прогнозу

Реабілітаційний потенціал – це комплекс біологічних і психофізіологічних характеристик індивідуума, а також соціально-оточуючих факторів, що дозволяють певною мірою реалізувати його потенціальні здатності.

Реабілітаційний прогноз – це очікувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу.

Прогнозування (містить план догляду, втручання) розпочинається з визначення потреб у догляді, втручанні та, як правило, зумовлює необхідність розробки плану догляду/втручання, зокрема визначення конкретної реальної мети у співпраці з пацієнтом/клієнтом, членами родини чи опікуном. В іншому разі може виникнути потреба скерувати пацієнта/клієнта до іншої установи або медичного фахівця – у випадках, які не належать до компетенції фізичного терапевта.

Визначення реабілітаційного потенціалу хворого є істотним моментом при підготовці програми й вимагає вирішення кількох основних завдань:

1. З'ясування характеру рухових порушень і ступеня обмеження рухової функції.
2. Визначення можливості повного або часткового морфологічного та функціонального відновлення у хворого, або порушеної функції пошкодженого органу чи системи.
3. Прогноз розвитку адаптаційних і компенсаторних можливостей організму хворого при даному захворюванні.
4. Оцінка фізичної працездатності організму в цілому та функціональної спроможності окремих органів і систем з урахуванням визначення переносимості різних за характером, обсягом та інтенсивністю фізичних навантажень у процесі реабілітації.

Результати оцінки реабілітаційного потенціалу необхідно розглядати в динаміці, що дозволяє об'єктивно встановлювати ефективність реабілітаційної програми та окремих занять з метою їх подальшої корекції.

Рівні реабілітаційного потенціалу (РП):

- високий РП – це можливість компенсації або збереження патології лише на рівні ФК0 чи ФК1;

– середній РП – це можливість компенсувати, але з допомогою технічних засобів рівня ФК2, і можливість ФК2 при прогресуючому перебігу патологічного процесу;

– низький РП – це можливість компенсації рівня більш ніж ФК3 за наявності супутніх захворювань, що перешкоджають одужанню.

РП немає в тому разі, якщо функціональні порушення будь-якого характеру зворотні, але цілком відсутня психологічна готовність до реабілітації.

З огляду на реабілітацію та контрольну оцінку можна прогнозувати **ступінь відновлення пацієнта за чотирибальною шкалою**: повне відновлення; часткове відновлення; без зміни від вихідного рівня; погіршення.

Згідно з матеріалами Міжнародного відділу з питань праці розроблено таку шкалу динаміки відновлення й можливих результатів захворювань та оцінки функціональних можливостей:

1. Відновлення функціональної здатності в тій або іншій мірі:

- повне відновлення;
- часткове відновлення;
- компенсація при обмеженому відновленні функцій і відсутності відновлення;
- заміщення (ортопедичне або хірургічне) у разі відсутності відновлення.

2. Відновлення адаптації до повсякденного і професійного життя.

- виховання готовності до праці і побутової діяльності;
- працетерапія.

3. Залучення до трудового процесу – визначення придатності до трудової діяльності, перепідготовка.

4. Диспансерне обслуговування реабілітованих.

Вивчення найближчих і віддалених результатів реабілітаційних заходів дозволяє планомірно й ефективно вести весь процес реабілітації, визначаючи основні завдання на кожному з етапів, і шляхом підбору комплексу адекватних і ефективних засобів домагатися благополучного результату.

• Запитання для самоперевірки •

1. Дайте визначення реабілітаційного діагнозу.
2. Назвіть основні принципи побудови діагнозу.
3. Які фактори визначення реабілітаційного прогнозу ви знаєте?
4. Наведіть фактори впливу на реабілітаційний прогноз.

5. Охарактеризуйте ступінь відновлення пацієнта.

6. Обґрунтуйте рівні реабілітаційного потенціалу.

• Список використаної літератури •

1. Лобзин Ю.В. Інфекційні хвороби: навчальний посібник. URL: <http://medbib.in.ua/infektsionnyie-bolezni.html>
2. Фармацевтична енциклопедія. URL: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2525/diagnoz>
3. Шалига І.Ф., Мартем'янова Л.А., Турченко С.Ю. Патологоанатомічний діагноз. Розбіжності діагнозів та їх аналіз. URL: <http://medu.pp.ua/58/>
4. Українська асоціація фізичної терапії – професійні компетенції. URL: <http://www.physrehab.org.ua/forum/topic/50.html>

• РОЗДІЛ V •

СКЛАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ ТА ВЕДЕННЯ ДОКУМЕНТАЦІЇ

5.1. Специфіка складання реабілітаційних програм

Складання реабілітаційних програм є невід'ємною частиною при організації реабілітаційно-відновного процесу в лікувально-профілактичних установах, реабілітаційних центрах, санаторіях.

Порівняно з хірургією чи терапією реабілітація ставить більш скромні, але завжди реальні завдання. Тому дуже важливо ведення документації щодо пацієнта та контроль ефективності зрушень під впливом реабілітаційних засобів. Використовують так звані стандартні обстеження (тести, шкали, індекси) для клінічної оцінки, які дають можливість зробити кількісний чи напівкількісний опис реабілітаційного профілю хворого. Існують загальні переліки стандартних обстежень та специфічні – залежно від характеру патології.

Необхідно також **розрізняти реабілітаційні програми та реабілітаційні послуги**. Якщо реалізація індивідуальної реабілітаційної програми вимагає бригадного підходу за участю різних спеціалістів, то реабілітаційні послуги обмежуються залученням мінімальної кількості спеціалістів (інколи одного) і мають на меті патофізіологічне покращення стану хворого. Це дає можливість значно зменшити витрати, проте в такому разі потрібно визначати цей вид допомоги не як *реабілітацію*, а *медичні втручання та відновлювальну терапію*.

Розрізняють програми реабілітаційного втручання, які передбачають як короткотривалі, так і довготривалі інтервенції й програми раннього втручання, які мають на меті максимально скоротити терміни лікування підгострого періоду, зменшити прояви основного захворювання та попередити виникнення ускладнень.

Одним із прикладів програм є програми раннього втручання в педіатрії.

Раннє втручання – це суспільні програми, які забезпечують надання допомоги немовлятам і дітям віком від народження до трьох років, у яких виявлена неповносправність або які мають ризик затримки

розвитку внаслідок дії біологічних чинників або факторів зовнішнього середовища.

Необхідність раннього втручання обумовлена пластичністю та здатністю до адаптації мозку в перші роки життя дитини. Успішність реабілітаційного процесу в дітей з проблемами розвитку залежить від наявності досконалої системи ранньої діагностики та правильної організації лікувального процесу.

У нашій країні традиційні діагностичні підходи були зорієнтовані на виявлення вже сформованої патології, у той час як необхідно орієнтуватися на еволюційний розвиток усіх функціональних систем від самого народження дитини.

Раннє втручання має бути комплексним, неперервним, систематичним, послідовним процесом й охоплювати всі порушені функціональні сфери розвитку дитини. Суттєвим недоліком традиційної медичної моделі є те, що вона концентрує увагу на окремій патології та на однодисципліному підході, що не дає можливості зробити всебічну оцінку потреб дитини. Багатогранна за природою її сутність вимагає створення нового механізму прийняття рішень при вищому рівні взаємодії між фахівцями щодо обстеження та планування реабілітаційного процесу. Це можливо тільки за умови добре скоординованої роботи на різних етапах допомоги дитині. Пологовий будинок, поліклініка, стаціонар, реабілітаційні центри обов'язково повинні дотримуватися спадковості етапного лікування, навчання та соціальної адаптації неповносправної дитини.

Метою програми раннього втручання є виявлення на ранніх етапах порушень розвитку дитини та створення умов, що сприяли б максимальній реалізації її можливостей у ці найважливіші перші місяці та роки життя, допомогли б хворій дитині досягти максимально можливого для неї рівня розвитку.

Для участі в програмі раннього втручання необхідно передбачити роботу з дітьми трьох категорій:

- 1) *категорія із встановленим ризиком* – охоплює немовлят або дітей, діагноз яких вірогідно пов'язаний із затримкою розвитку (синдром Дауна, гідроцефалія, ДЦП (дитячий церебральний параліч), порушення слуху, зору, інші вроджені аномалії);
- 2) *категорія із біологічним ризиком* – охоплює немовлят та дітей із відповідним пренатальним і неонатальним анамнезом або із такими подіями раннього постнатального онтогенезу, які могли мати негативний вплив на незрілу нервову систему (недоношеність,

синдроми неврологічного ураження, порушення поведінки: крик, розлади сну, проблеми з годуванням тощо);

3) *ризик, пов'язаний із середовищем* – визначається обмеженням його раннього стимулювального впливу на розвиток дитини (сім'ї з батьками- підлітками, психічні та фізичні хвороби батьків, наркоманія батьків).

Над реалізацією програми працює команда спеціалістів, до складу якої входять лікар, фахівець фізичної реабілітації, психолог, логопед, спеціальний педагог та інші спеціалісти, залучення яких відбувається відповідно до виявлених потреб дитини. Вони систематично надають консультації батькам, безпосередньо працюють з немовлятами та дітьми раннього віку. Реабілітаційні заняття з дітьми проводяться в спеціально обладнаному кабінеті. Щоб допомогти батькам адаптувати домашнє середовище до потреб дитини та опанувати практичні навички в роботі з дитиною, фахівець надає консультації вдома.

Скерування до використання програми раннього втручання може ініціюватися батьками або медичними працівниками. Відповідне скерування потрібно передбачити в процесі планування виписки з лікарень кожного немовляти групи високого ризику.

Фахівці програми раннього втручання насамперед проводять оцінку функціонального розвитку дитини, яка базується на найсучасніших методах ранньої діагностики.

За роки незалежності України створено офіційно затверджену ВООЗ національну систему реабілітації дітей з обмеженими можливостями «Тандем-партнерство», або «дитина – сім'я – фахівець». До цієї категорії відносять дітей-інвалідів та дітей, у яких може розвинутися інвалідність на фоні наявної патології в разі ненадання адекватного та ефективного лікування.

Аналіз сучасних програм раннього втручання засвідчив два цілеспрямовані напрями діяльності – корекційно-реабілітаційна робота з дитиною з нетиповим розвитком та просвітницько-психологічна робота з членами родини.

Зміст діяльності та основні впливи фізичної реабілітації сприяють розвитку основних моторних функцій, дрібної моторики, годування та формування інших навичок самообслуговування. Проводиться підбір та забезпечення допоміжними засобами та пристосуваннями для прийняття дитиною правильних положень і розвитку функціональних умінь; виготовлення ортопедичних фіксуєчих засобів із метою

зменшення впливу патологічного тону м'язів уражених кінцівок на моторний розвиток дитини.

Аналіз наявних програм раннього втручання показав, що сім'я визначається в них як найважливіша ланка розвитку дитини. Головною метою допомоги членами родини є створення в сім'ї умов, у яких дитина зможе повноцінно рости, розвиватися, реалізовувати свій потенціал. Програма фізичної реабілітації надає свої послуги насамперед дітям перших років життя, оскільки раннє виявлення біологічних та соціальних факторів ризику щодо порушення розвитку дитини дозволяє своєчасно почати інтенсивну реабілітацію в ранньому віці, коли розвиток дитини особливо піддається впливу і є можливість попередити ускладнення неповносправності, сприяти формуванню правильних рухових стереотипів на ранніх етапах розвитку дитини як на функціонуванні сім'ї, так і на фізичному та психосоціальному розвитку дитини.

У виданні F. Niethard по дитячій ортопедії, виданому в Німеччині в 1998 році, у розділі реабілітації хворих з порушенням розвитку рухової сфери (зокрема, ДЦП) описано чотири основні методи терапії – за Бобат, Войта, Петьо, методикою В.І. Козявкіна.

Методика **В.І. Козявкіна** [3] отримала назву **система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР)**. Вона заснована на біомеханічній корекції хребта та великих суглобів, успішно використовується в практиці лікування хворих із дитячим церебральним паралічем, із руховими порушеннями після перенесених травм, інсультів, нейроінфекції і різної вертебрологічної патології.

Програма «Рання реабілітація» є модифікацією методу В.І. Козявкіна (системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації), адаптована до особливостей дітей першого року життя та спрямована на подолання затримки моторного й психомовного розвитку, яка виникла через перинатальні ураження нервової системи під час вагітності, пологів або в перші місяці життя дитини. Лікуванню підлягають діти віком від трьох місяців до одного року життя. Комплекс лікувальних заходів охоплює біомеханічну корекцію хребта, рефлексотерапію, масаж, елементи дихальної гімнастики, лікувальну фізичну культуру, воско-парафінові аплікації, що створює в організмі дитини новий функціональний стан, який клінічно проявляється нормалізацією м'язового тону, удосконаленням рухової активності, покращенням ритму дихання, циркуляції крові та метаболізму тканин, що відкриває нові можливості для моторного й психомовного розвитку дитини.

Розвиток, корекція, формування правильного рухового стереотипу потребують від фахівця знань, умінь, досвіду, терпіння.

Мета реабілітаційної програми має передбачати довгострокові та короткотривалі цілі, бути реальною, визначеною в часі, такою, що містить такі критерії, за якими можна було б виміряти ефективність реабілітаційного процесу.

Визначення цілей у фізичній терапії має відбуватися у SMART-форматі, за яким вони поділяються на:

- S (*specific*) специфічні (враховувати побажання пацієнта та його близьких);
- M (*measurable*) вимірювальні;
- A (*achievable*) досяжні;
- R (*realistic*) реалістичні;
- T (*timed*) визначені в часі.

На рис. 5.1 запропоновано орієнтовний план побудови реабілітаційної програми.



Рис. 5.1. Орієнтовний план побудови реабілітаційної програми

На всіх етапах реабілітаційної програми передбачається звернення до особистості хворого, поєднання біологічних і психосоціальних форм лікувального відновного впливу.

Для її складання необхідно враховувати весь комплекс змін (морфологічних, фізіологічних, психологічних) та керуватися правилами, які передбачають:

- партнерство лікаря, фізичного терапевта і пацієнта, визначення реабілітаційного потенціалу хворого, особливо його рухових можливостей;
- різнобічність впливів, тобто урахування всіх сторін реабілітації для кожного хворого;
- комплексність лікувально-відновних заходів, ступінчастість (перехідність) дій, що проводяться (поетапне призначення відновлювальних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого).

Будь-яка реабілітаційна програма має складатися з двох частин:

- 1) медична програма;
- 2) безпосередньо програма фізичної реабілітації (додаток Б).

Перша частина реабілітаційної програми повинна містити паспортні дані і всі відомості про захворюваність людини від моменту появи перших ознак і до поточного моменту.

Медична частина реабілітаційної програми містить низку розділів, які мають бути подані в чіткій послідовності:

1. Паспортні дані, обліково-статистичні відомості.
2. Дані суб'єктивного обстеження: скарги, анамнез захворювання (*anamnesis morbi*), анамнез життя (*anamnesis vitae*).
3. Дані об'єктивного дослідження, які висвітлюються в міру отримання відомостей при вивченні органів і систем хворого за допомогою огляду, пальпації, перкусії, аускультативі (фізикальних методів дослідження).
4. Дані додаткового дослідження (належать до об'єктивного дослідження): клінічне обстеження; функціональні дослідження; інші діагностичні дослідження, засновані на застосуванні складних діагностичних приладів, апаратів і цілих систем (ендоскопічних, рентгенологічних, комп'ютерної техніки тощо).

Індивідуальна програма реабілітації (додаток Б)

П. І. П, паспортні дані, дата і час надходження в клініку, стать, вік, професія, місце роботи, місце проживання, діагноз при вступі, якщо є супутній, дані суб'єктивного обстеження, скарги (основні,

супутні, на поточний момент: кожна скарга має бути описана якомога докладніше; анамнез захворювання; анамнез життя; дані об'єктивного обстеження; об'єктивний стан хворого.

Програма фізичної реабілітації

Етап реабілітації; руховий режим; засоби і методи реабілітації, що застосовуються на даному етапі відповідно до рухового режиму: ЛФК, масаж, фізіотерапія, трудотерапія, музикотерапія, фітотерапія, аеротерапія, мануальний вплив, медикаментозна корекція та ін.

Форми і зміст методу: ЛФК, масажу, фізіотерапії, механотерапії тощо (до прикладу для ЛФК – РГГ, дозована ходьба, ЛГ; для масажу – лікувальний, гігієнічний, сегментарно-рефлекторний; для ФЗТ – гальванізація, електрофорез, УВЧ, СВЧ, дарсонвалізація, ДДТ, СМТ, ампліпульстерапія).

Ефективність реабілітації та оцінка ступеня відновлення хворого на даному етапі: функціональні показники, загальний стан хворого тощо.

Рекомендації

Перевести на наступний етап, внести зміни і продовжити поточний етап реабілітації, виписати, дати комплекс ФР хворому для самостійних занять на дому тощо.

Орієнтований режим дня в санаторно-курортний період

7.00 – підйом

7.30–8.00 – ранковий туалет хворих (санітарно-гігієнічні процедури)

8.00 – РГГ (1 – клініко-фізіологічне обґрунтування застосування РГГ, 2 – орієнтовний комплекс вправ. Тут необхідно розписати вправи, функціональний контроль адекватності навантаження)

8.30 – приймання ліків

8.30–9.00 – сніданок

9.00–10.00 – лікарський обхід (реабілітолог спільно з лікарем-куратором)

10.30 – лікувальний масаж (клініко-фізіологічне обґрунтування застосування масажу на даний момент, опис виду масажу і його методики, щодня або через день, а також поєднання даного виду масажу з іншими методами реабілітації)

11.30 – лікувальна гімнастика (клініко-фізіологічне обґрунтування застосування ЛГ на даний момент, орієнтовний комплекс вправ, розписаний зміст ЛГ, функціональний контроль адекватності навантаження)

12.10 – фізіотерапія (клініко-фізіологічне обґрунтування застосування ФЗТ в даний момент, орієнтовний комплекс вправ, розписаний зміст ЛГ, функціональний контроль адекватності методу ФЗТ)

13.00–13.30 – приймання ліків

13.30–14.30 – обід

14.30–16.30 – післяобідній відпочинок

17.00–19.00 – відвідування хворих родичами

17.30 – дозована ходьба, теренкур (клініко-фізіологічне обґрунтування застосування ДХ або Т на даний момент, розписаний зміст ДХ або Т, функціональний контроль адекватності навантаження)

18.30 – аеротерапія, музикотерапія або фітотерапія (те саме)

19.00–19.30 – приймання ліків

19.30–20.00 – вечеря

20.00–21.30 – вільний час

21.30–22.00 – вечірній туалет

22.00–7.00 – сон

У табл. 5.1 запропоновано режими рухової активності на різних етапах реабілітації.

Для призначення програми фізичної реабілітації хворим різного профілю пропонуються уніфіковані режими рухової активності. Призначення нового режиму рухової активності здійснюється з появою адаптації хворого до фізичного навантаження попереднього режиму.

В умовах **профільованих санаторіїв** та в поліклініках для лікування хворих використовують три види режимів, що передбачають послідовне й поступове удосконалення фізичних можливостей хворих для виконання побутових і виробничих навантажень – щадний, щадно-тренувальний і тренувальний.

Щадний режим за характером застосовуваних фізичних вправ аналогічний вільному режиму в стаціонарі.

Щадно-тренувальний (тонізуючий) режим передбачає участь в екскурсіях, масових розвагах, танцях, іграх (рухливих, із використанням елементів спортивних ігор), прогулянках околицею санаторію, купаннях.

Тренувальний режим – показані тривалі прогулянки (ближній туризм) і участь в усіх заходах, проведених у санаторії.

Руховий режим є складовою лікувального режиму.

У режимі рухової активності використовуються всі засоби, форми, методи і методичні принципи фізичної реабілітації, призначені у відповідному дозуванні залежно від клінічного перебігу хвороби, стану функціональних можливостей та адаптаційних здібностей організму хворого. Вони є основою раціональних режимів.

Таблиця 5.1

Режими рухової активності

Режим	Вихідне положення	Кількість вправ	Кількість повторень	Темп	Амплітуда	М'язові групи	Приріст пульсу
Ліжковий	лежачи	8	4-6	повільний	обмежена	дрібні	+8
Напівліжковий	сидячи	16	6	середній	середня	середні	+16
Вільний	стоячи	24	8	середній, швидкий	повна	всі	+24
Тренуючий	стоячи	> 24	8	середній, швидкий	повна	всі	180 – вік

Контроль під час процедури лікувальної фізичної культури здійснює реабілітолог та сам пацієнт. Вимірюють АТ, підраховують частоту пульсу, дихання, ведеться спостереження за ознаками втоми.

Ці показники заносять до системи координат, де по осі абсцис позначають час кожні три хвилини, а по осі ординат – АТ, пульс, дихання кожні три хвилини процедури. З'єднавши окремо графічні показники тиску, пульсу та дихання, одержують **фізіологічну криву процедури**. Вона має бути:

- випуклої форми;
- пік навантаження повинен розміщуватись у другій третині основної частини заняття та відповідати максимально допустимому пульсу;
- синхронність зміни показників тиску, пульсу, дихання;
- наприкінці процедури ці параметри близькі до вихідних.

Під час занять лікувальною гімнастикою необхідно уважно стежити за пацієнтом і враховувати комплексну реакцію організму на фізичне навантаження:

- 1) зміну артеріального тиску (систоличного, діастолічного і пульсового);
- 2) зміну частоти, ритму, напруження, наповнення пульсу;
- 3) характер рухів (правильність виконання фізичних вправ, координацію);

- 4) візуальні ознаки втоми;
- 5) самопочуття хворого (при опитуванні).

Рекомендовано вести щоденники самоконтролю з дотриманням рекомендацій керівника групи.

У табл. 5.2 наведено візуальні, зовнішні ознаки втоми при фізичному навантаженні.

Таблиця 5.2

Зовнішні ознаки втоми при фізичному навантаженні

Ознака	Характеристика
Колір шкіри	Червоний, яскраво-червоний, блідий
Спітність шкіри	Виражена, інтенсивна
Спосіб дихання	Ротом, із задишкою
Виконання рухів	Нечітке, уповільнене, недостатньо координоване, ознаки перезбудження
Стан постави	Плечі зсунуті наперед

5.2. Організаційні вимоги проведення лікувальної фізичної культури

Для проведення систематичного та ефективного реабілітаційного заняття необхідно дотримуватися норм часу для виконання процедур ЛФК, вести відповідну документацію, мати обов'язковий мінімум обладнання.

Розрахункові норми часу для виконання процедур ЛФК [1]

1. Для проведення процедур лікувальної фізичної культури дорослим і дітям встановлюється такий розрахунковий час:

1.1. Для:

- *терапевтичних* хворих:
 - у гострому і напівгострому періоді захворювання, ліжковому режимі – 15 хв;
 - у період одужання або хронічної форми захворювання при індивідуальній методиці занять – 25 хв; при груповій методиці занять – 35 хв;
- для хворих *після проведення хірургічних операцій*:
 - при індивідуальній методиці занять – 15 хв;
 - при груповій методиці занять – 20 хв.

1.2. Для:

- *травматологічних* хворих у період іммобілізації:
 - при індивідуальній методиці занять – 15 хв;

- при груповій методиці занять – 25 хв;
- при травмах хребта і таза;
- *після іммобілізації:*
- індивідуальні заняття – 25 хв;
- групові заняття – 35 хв;
- *при травмах хребта:*
- індивідуальні заняття – 35 хв;
- групові – 45 хв.

1.3. Для неврологічних хворих:

- при індивідуальній методиці занять – 30 хв;
- при груповій методиці занять – 45 хв.

1.4. Для вагітних і породіль у пологових будинках та жіночих консультаціях:

- при індивідуальній методиці занять – 15 хв;
- при груповій методиці занять – 30 хв.

1.5. Для дітей шкільного віку (у школах):

- при індивідуальній методиці занять – 30 хв;
- при груповій методиці занять – 45 хв.

1.6. Для дітей дошкільного віку (у дитячих дошкільних установах):

- при індивідуальній методиці занять – 25 хв;
- при груповій методиці занять – 30 хв.

Зазвичай у розрахункових нормах враховано час, необхідний для проведення підготовчої роботи, заповнення документації та безпосереднього проведення процедури. Проте необхідно брати до уваги індивідуальні особливості пацієнта, реабілітаційну програму та умови проведення заняття. Час можна подовжувати чи зменшувати, зважаючи на дані чинники.

Основна документація кабінету ЛФК:

1. Журнал обліку хворих, які займаються лікувальною гімнастикою.
2. Картотека із заповненими картами пацієнтів, які лікуються в кабінеті ЛФК (форма № 42).
3. Зошит для обліку процедур і обліку хворих.
4. Річний звіт: цифрові дані і пояснювальна записка.
5. Розподіл відділів між фізичними терапевтами.
6. Графік роботи інструкторів у кабінеті лікувальної фізичної культури і у відділах.
7. Розклад індивідуальних та групових занять.
8. Папка з наказами, інструкціями тощо.
9. Папка з методичними матеріалами (комплексами) тощо.

У відділенні фізичної реабілітації передбачено:

1. Зал для групових занять, розмірами залежно від кількості пацієнтів (по 4 м² на кожного хворого). У великих установах зал має розмір 100–150 м² площі і висоту 5–6 м.
2. Зал для індивідуальних занять (80–100 м²) з боксами (9 м²) і тієї самої висоти.
3. Зал для механотерапії (1–2) – 60 м², згідно з видами снарядів.
4. Кабінети для масажу з кабінами.
5. Кабінети для трудотерапії 15–40 м².
6. Кабінет для функціональних досліджень 60–80 м² з боксами.

Передбачається наявність приміщення для снарядів і господарського інвентарю, склад для матеріалів з ерготерапії, трудотерапії.

Обов'язковий мінімум обладнання (кількість залежить від розмірів кабінету ЛФК і від кількості хворих).

Снаряди:

1. Гімнастична драбина, 2–4 ряди.
2. Гімнастична лавка.
3. Кушетка (з набором валиків).
4. Мати – 4 шт.

Предмети:

1. М'яч волейбольний – 4 шт.
2. Медболи: 0,5 кг (4–6 шт.); 1 кг (4–6 шт.); 2 кг (1 шт.).
3. Палка гімнастична – 6 шт.
4. Еспандер (гумова стрічка) – 6 шт.
5. Гантели: 0,5 кг (4–6 шт.); 1 кг (4–6 пар); 2 кг – 1 пара.

Можна використовувати скакалки, булави гімнастичні, механотерапевтичні апарати. Необхідним атрибутом залу реабілітації є дзеркало для навчання, виконання, автоматизації правильних рухових функцій.

Приклад реабілітаційної програми

Складовими частинами алгоритму побудови реабілітаційних програм для дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями (ХБЛЗ) із застосуванням немедикаментозного лікування є:

- дієтотерапія;
- природні й преформовані фізичні фактори (кліматолікування, кінезотерапія, респіраторна фізіотерапія та ін.);
- фіто- і гомеопатичні засоби;
- психологічна реабілітація.

Дієтотерапія дітям із ХБЛЗ призначається індивідуально, з урахуванням характеру харчування, ступеня сенсibiliзації до харчових алергенів, наявності супутньої патології з боку ШКТ. Особливу категорію складають діти з бронхіальною астмою. Дієтичне харчування цієї групи хворих має відповідати елімінаційному типу із виключенням причинно значущих продуктів і заміною їх на рівноцінні за основними інгредієнтами.

Респіраторна фізіотерапія

Одним із важливих компонентів відновлювального лікування для дітей із ХБЛЗ є застосування респіраторної фізіотерапії – фізичних методів дії на легені й дихальні шляхи, а також грудну клітку з її м'язовим апаратом. Респіраторна фізіотерапія (РФТ) містить два комплекси – легеневий і дихальний, які мають різне призначення і застосовують різні методи.

Легеневий комплекс здебільшого спрямований на покращення видалення з легень мокротиння. Його необхідно застосовувати як головний лікувальний фактор як у період загострення, так і у фазі закінчення бронхолегеневого процесу, переважно на госпітальному етапі реабілітації. Підвищення ефективності застосування легеневого комплексу досягається послідовним виконанням фізіотерапевтичних методів, спрямованих на вирішення трьох головних завдань з очищення (кліренсу) дихальних шляхів:

- 1) полегшення видалення мокротиння за допомогою її спеціальної обробки, що досягається застосуванням небулайзерної терапії;
- 2) стимуляція руху мокротиння із периферичних зон легень у центральні. З цією метою застосовують лікувальну перкусію грудної клітки, вібро-, вакуум-, голкоаплікаційний масаж грудної стінки і внутрішньолегеневу осциляторну перкусію. Вибір зони масажу (перкусії) й положення тіла залежить від локалізації бронхолегеневого процесу;
- 3) видалення мокротиння із центральних зон. Цей етап завершує легеневий комплекс РФТ і охоплює такі методи, як постуральний дренаж, форсований експіраторний прийом.

Дихальний комплекс – сукупність фізичних методів, призначених збільшити резерви дихальної системи шляхом покращення механічних якостей легень, зміцнення дихальних м'язів і координації фаз дихального циклу.

Основою дихального комплексу є різноманітні методики респіраторної терапії – комплексу вправ, який містить дихальні, створюючи навички повного дихання м'язів, які прямо і побічно беруть участь

в акті дихання, у поєднанні з гімнастичними вправами загальнозміцнювального характеру.

Одним із методів дихального комплексу є методика регламентованого дихання. Суть цього методу респіраторної терапії полягає в індивідуальному дозуванні дихальних фаз і затримок дихання після них з урахуванням резервних можливостей організму (Б.А. Березовський, Н.Г. Триняк).

Протипоказанням до призначення спеціальних дихальних вправ із регламентованим збільшенням дихальних фаз та інтервалів між ними є гостра пневмонія, серцево-легенева недостатність III ступеня, порушення серцевого ритму, небезпека тромбоемболічних ускладнень, легенева кровотеча.

Навчання регламентованому диханню рекомендується проводити в релаксуючих позах, а потім поєднувати із фізичними вправами.

Кінезотерапія

Невід'ємну частину фізичної реабілітації дітей із ХБЛЗ становить кінезотерапія, яка є методом патогенетичної і неспецифічної терапії. Механізм дії кінезотерапії розглядають як результат стимулювального, трофічного й компенсаторного ефекту фізичних вправ, а також із позицій адаптації до фізичних навантажень.

Завданнями кінезотерапії є:

- загальне фізичне тренування;
- корекція вентиляційних порушень;
- підвищення резервних і компенсаторних можливостей організму;
- позитивна психоемоційна дія;
- профілактика ускладнень;
- покращення фізичного розвитку дитини.

Основні принципи лікувальної дії кінезотерапії:

- покращення нейрогуморальної регуляції дихання;
- покращення функції зовнішнього дихання;
- активація крово- і лімфообігу в легенях;
- посилення окисно-відновних процесів;
- зниження енергетичної вартості дихання;
- підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Методами проведення кінезотерапії є:

- ранкова гігієнічна гімнастика;
- лікувальна фізична культура;
- заняття на тренажерах;
- дозована ходьба.

Кінезотерапію призначають індивідуально, з урахуванням функціональних можливостей організму дитини, основними критеріями оцінки яких є: максимальне споживання кисню на 1 кг маси тіла (МСК, л/хв) і частота серцевих скорочень.

Критеріями оцінки ефективності кінезотерапії у дітей із ХБЛЗ є:

- ступінь задишки;
- індекс Тиффно;
- толерантність до фізичного навантаження;
- динаміка фізичного розвитку дитини.

Методи проведення лікувальної гімнастики залежать від характеру захворювання або травми, етапу лікування, рухового режиму періоду застосування фізичних вправ.

Головне завдання обліку лікувального впливу фізичних вправ – виявлення змін у стані хворого та в розвитку патологічних процесів з метою правильного планування й своєчасного коригування добору і методики вправ.

Методи обліку залежать від захворювання і використовуваних засобів лікувальної фізичної культури. Вони повинні давати можливість визначати вплив фізичних вправ під час їх виконання, після виконання та в результаті їх тривалого застосування.

При використанні механізмів *тонізуючого* впливу (наприклад, на хворого, який перебуває на постільному режимі) враховують погравлення міміки, посилення звучності голосу, констатоване хворим полегшення дихання, зміни об'єктивних показників діяльності серцево-судинної і дихальної систем.

При використанні вправ, що мобілізують *допоміжні механізми* кровообігу у хворого на інфаркт міокарду, їх вплив може враховуватися за змінами забарвлення шкіри і слизових (як показників зменшення або наростання кисневого голодування), за кількістю вдихів і за зміною характеру дихання (поглиблення і більш рідке дихання – сприятлива ознака), за кількістю серцевих скорочень і характером пульсу (більш рідкий пульс, поліпшення його наповнення, зникнення аритмії – наслідок сприятливого впливу).

Облік найближчої післядії лікувального застосування фізичних вправ може здійснюватися шляхом спостереження за виразністю і стійкістю змін у загальному стані, ступенем і тривалістю змін у діяльності серцево-судинної системи, за появою задишки, пітливості тощо, зменшенням або збільшенням скарг, зокрема на біль різної локалізації, сили і тривалості тощо.

Облік віддаленої післядії занять здійснюється шляхом опитування, спостережень і обстеження.

Для обліку впливу фізичних вправ можуть бути використані і функціонально-діагностичні методи (одержані при цьому дані оцінюються на підставі зіставлення результатів на початку і наприкінці періоду спостереження). У хворого з інфарктом міокарда таким методом буде, наприклад, дослідження електрокардіограми до занять, під час занять і безпосередньо після занять лікувальною гімнастикою. У хворого, який переніс струс мозку, – це ортостатична проба. Нормалізація проби разом із зникненням запаморочення і нудоти, зменшенням головного болю дає достатньо даних для виявлення позитивного впливу занять і внесення відповідних доповнень у їх методику.

Дозування та добір засобів і форм ФР залежить від режиму рухової активності хворого.

5.3. Міждисциплінарний підхід у процесі реабілітації пацієнтів

Міждисциплінарна команда – це група корекційних фахівців, які здійснюють обстеження функціонування організму людини для виявлення проблемних сфер та з метою їх корекції.

У кожному конкретному випадку організація реабілітаційного процесу вимагає мультидисциплінарного (бригадного) підходу з розробленням індивідуальної реабілітаційної програми.

Відбір пацієнтів і лікування має здійснювати мультидисциплінарна команда з підготовкою фахівців, які мають досвід корекційної роботи, а також з доступом до різних варіантів лікування.

Необхідно врахувати відомі ускладнення й невизначеність щодо довгострокових результатів лікування з пацієнтами, а також з їхніми батьками та/або опікунами.

Фахівці, які беруть участь в обстеженні пацієнта та формуванні реабілітаційного прогнозу, повинні надати свої оцінки патології для збору інформації щодо побудови короткострокових і довгострокових завдань програми реабілітації. Ці результати мають містити: оцінку м'язового тону, великих моторних функцій, неврологічні порушення, деформації хребта, якість життя і потребу в додаткових операціях.

Фахівці з фізичної реабілітації мають працювати в команді. Командна робота, співпраця та координація між собою, з іншими

фахівцями, сім'єю та опікунами відіграють важливу роль у реалізації цілісного підходу постінсультної реабілітації та досягнення вагомого результату у відновленні.

Оскільки пацієнт і його родичі, рідні, близькі та опікуни є найбільш важливою частиною реабілітаційної команди, вони беруть активну участь у визначенні цілей індивідуальної реабілітаційної програми, що є наступним кроком у схемі діяльності фізичного терапевта.

На основі даних, отриманих під час обстеження, та поставлених цілей підбираються засоби фізичної реабілітації та проводяться реабілітаційні втручання.

Фахівці з кінезотерапії спеціалізуються на відновленні рухових і сенсорних порушень. Вони проходять навчання з усіх аспектів анатомії і фізіології, пов'язаних із нормальною функцією, з акцентом на рух. Вони оцінюють силу, витривалість, амплітуду рухів, порушення ходьби та сенсорний дефіцит у постінсультних пацієнтів для розроблення індивідуальної програми кінезотерапії, спрямованої на відновлення контролю над руховими функціями.

Від кінезотерапевтів пацієнти також отримують допомогу для активного залучення в діяльність кінцівки, ураженої через інсульт, оскільки часте використання уражених кінцівок сприяє пластичності мозку й зниженню інвалідності. Стратегії, що застосовують кінезотерапевти для заохочення використання ураженої ноги чи руки, включають селективну сенсорну стимуляцію – таку, як стискання чи погладжування, активні й пасивні вправи для збільшення амплітуди руху та тимчасові обмеження здорової кінцівки під час виконання рухових завдань.

Міждисциплінарна команда (далі – МК) створюється при проведенні обстеження пацієнтів різних вікових категорій при ортопедичній, неврологічній, терапевтичній, педіатричній патології.

До складу МК входять: фізичний терапевт, лікарі різного профілю: невропатолог, ортопед, травматолог, терапевт, педіатр; корекційні фахівці: логопед, дефектолог, психолог; медична сестра, соціальний працівник тощо.

До роботи в МК можуть залучатися: сімейний лікар, психіатр, юрист, педагог, вихователь установи Державної кримінально-виконавчої служби України, інші фахівці за потреби, а також представники недержавних організацій.

Основні завдання очільника МК:

– визначення обсягу медичної та реабілітаційної допомоги пацієнтам залежно від тяжкості та стадії хвороби та необхідності визначення обсягу реабілітаційного втручання;

- складання індивідуального плану та реабілітаційної програми корекції й клінічного моніторингу перебігу процесу реабілітації;
- налагодження зв'язку між фахівцями та пацієнтом;
- проведення оцінки фізичного розвитку пацієнтів;
- контроль за своєчасним виконанням реабілітаційної програми;
- визначення ефективності реабілітаційного процесу;
- виявлення необхідності соціального супроводу;
- систематичний аналіз клінічної діяльності МК;
- проведення консультування між членами МК;
- організація навчання співробітників МК з питань діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів;
- психологічна підтримка осіб;
- ведення реабілітаційної документації;
- визначення найбільш відповідальної особи щодо догляду за пацієнтом, налагодження співробітництва з питань догляду;
- вирішення проблемних питань надання допомоги та вибір оптимальних шляхів їх усунення;
- залучення необхідних ресурсів для вирішення потреб пацієнта;
- формування та моніторинг мотивації пацієнта до реабілітації й лікування;
- установа зв'язку з державними та недержавними організаціями, які надають соціальні послуги, здійснюють соціальний захист;
- консультування членів родини;
- організація реабілітації та догляду на дому;
- збори МК відповідно до плану;
- кратність контролю реабілітації – не рідше одного разу на місяць. За умови виникнення термінових обставин, ситуацій пацієнти розглядаються позачергово;
- рекомендації сім'ям, фахівцям та робітникам інших корекційних закладів;
- відповідальність за належне виконання покладених на нього завдань і функцій та використання наданих прав.

На рис. 5.2 запропонований орієнтовний приклад багатовекторних завдань при підготовці дитини з особливими освітніми потребами до школи.

На рис. 5.3 зображено орієнтовний розподіл функціонування в міждисциплінарній команді для досягнення поставлених цілей. У цьому разі – підготувати дитину з порушеннями розвитку до навчання в школі.



Рис. 5.2. Напрями завдань при підготовці дитини з особливими освітніми потребами до школи

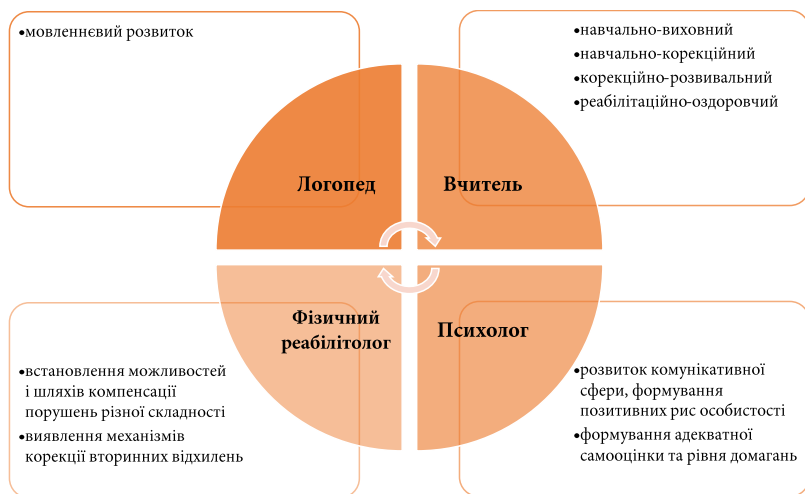


Рис. 5.3. Орієнтовний розподіл функціонування в міждисциплінарній команді

• Запитання для самоперевірки •

1. Назвіть принципи складання реабілітаційних програм.
2. Дайте характеристику складання мети реабілітаційної програми.
3. Обґрунтуйте *smart*-формат мети реабілітаційної програми.
4. Охарактеризуйте режими рухової активності.
5. Назвіть облікову документацію в реабілітаційному процесі.
6. Обґрунтуйте завдання міждисциплінарної команди.

• Список використаної літератури •

1. Засоби фізичної реабілітації. URL: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/fiz_reabil/classes_stud/uk/med/health/ptn
2. Індивідуальна програма реабілітації інваліда. URL: http://www.dcz.gov.ua/lug/control/uk/publish/article?art_id=42296
3. Козьявкін В.И., Бабадаглы М.А., Ткаченко С.К., Качмар О.А. Детские церебральные параличи. *Основы клинической реабилитационной диагностики*. Львів : Медицина світу, 1999. 312 с.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація : підручник. Київ : Олімпійська література, 2010. 438 с.
5. Нагорна О.Б. Засоби фізичної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами : навч. посіб. Рівне : Національний університет водного господарства та природокористування, 2016. 134 с.
6. Опис програми раннє втручання. URL: http://www.education-inclusive.com/wp-content/docs/early_intervention.pdf
7. Принципи роботи міждисциплінарної групи. URL: <http://stud.com.ua/27865/psihologiya/>
8. Яке значення має індивідуальна програма реабілітації для особи з інвалідністю? URL: <http://jurist.org.ua/>

• РОЗДІЛ VI • ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ

6.1. Засоби фізичної реабілітації

На сучасному етапі розвитку вітчизняної спеціальності «Фізична реабілітація» розглядають такі основні засоби реабілітаційного втручання, як лікувальна фізична культура (кінезотерапія), масаж, фізіотерапія, ерготерапія (працетерапія), реабілітаційний супровід формування рухових функцій тощо.

Одним із засобів реабілітаційного втручання є проведення занять із лікувальної фізичної культури.

Лікувальна фізична культура (ЛФК) – це галузь медичної реабілітації, що вивчає механізми терапевтичної дії руху на організм з профілактичною, лікувальною і реабілітаційною метою.

Лікувальна фізична культура використовує в лікуванні хворих одну з найважливіших еволюційно розвинених біологічних функцій організму – рух. Однак для лікування і профілактики використовується не просто рух, а спеціально підібрані, методично оформлені й належним чином організовані рухи, які прийнято називати фізичними вправами. Об'єктом впливу кінезотерапії є хворий з усіма особливостями реактивності й функціонального стану його організму. Усі засоби фізичної культури використовуються для лікування хворого, що вводить її в ранг клінічних дисциплін. Лікувальна фізична культура належить до ефективних методів патогенетичного впливу за різних захворювань, що досягається застосуванням спеціальних фізичних вправ, спрямованих на напруження, релаксацію й скорочення м'язів тулуба і кінцівок, розширення амплітуди рухів у суглобах та супроводжується рефлекторними змінами у внутрішніх органах. Цим визначається відмінність уживаних засобів, методів і дозування в практиці кінезотерапії.

Фізична активність – одна з необхідних умов життя, що має не тільки біологічне, а й соціальне значення. Вона розглядається як природно-біологічна потреба живого організму на всіх етапах онтогенезу.

Лікувальна фізична культура використовує в лікуванні хворих одну з найважливіших еволюційно розвинених біологічних функцій організму – рух. Однак для лікування і профілактики використовується

не просто рух, а спеціально підібрані, методично оформлені й належним чином організовані рухи, які прийнято називати *фізичними вправами*.

Об'єктом впливу кінезотерапії є хворий з усіма особливостями реактивності й функціонального стану його організму. Усі засоби фізичної культури використовуються для лікування хворого, що вводить її в ранг клінічних дисциплін.

Лікувальна фізична культура належить до ефективних методів патогенетичного впливу за різних захворювань, що досягається застосуванням спеціальних фізичних вправ, спрямованих на напруження, релаксацію та скорочення м'язів тулуба і кінцівок, розширення амплітуди рухів у суглобах та супроводжується рефлекторними змінами у внутрішніх органах. Цим визначається відмінність уживаних засобів, методів і дозування в практиці кінезотерапії.

Лікувальна фізична культура є методом неспецифічної терапії, а вживані фізичні вправи – неспецифічними подразниками. Будь-яка фізична вправа завжди залучає до реакції у відповідь усі ланки гомеокінезу: нервову, імунну та гормональну системи.

Лікувальну фізичну культуру успішно поєднують з медикаментозною терапією та різними фізичними чинниками. Значення лікувальної фізкультури як методу профілактичної терапії визначається формуванням системного структурного результату через вплив регулярних фізичних навантажень. Дозоване тренування фізичними вправами стимулює й пристосовує окремі системи і весь організм хворого до зростання фізичних навантажень, у кінцевому підсумку призводить до функціональної адаптації хворого.

Важливою особливістю лікувальної фізичної культури є активна участь хворого в лікувальному процесі, а також процес дозованого тренування. У кінезотерапії розрізняють тренування загальне і спеціальне. Загальне тренування переслідує мету оздоровлення, зміцнення й загального розвитку організму хворого. Воно використовує найрізноманітніші види загальнозміцнювальних і розвивальних фізичних вправ.

Спеціальне тренування ставить за мету розвиток функцій, порушених у зв'язку із захворюванням або травмою. Для цього використовують види фізичних вправ, що безпосередньо впливають на травмований осередок або функціональні розлади тієї чи іншої ураженої системи (дихальні вправи при плевральних зрощеннях, вправи для суглобів при поліартритах і т. ін.).

Методичні принципи лікувальної фізичної культури

Принцип систематичності – безперервність і планомірність використання всіх засобів лікувальної фізкультури в усіх можливих формах протягом лікувального курсу, що забезпечується регулярністю занять, які проводяться.

Принцип від простого до складного – поступове підвищення вимог до того, хто займається. Призначення наступного рухового режиму можливе тільки після стійкої адаптації хворого до фізичних навантажень попереднього режиму. У процесі тренування поступово зростають функціональні можливості та здібності організму, що вимагають підвищення фізичного навантаження.

Принцип доступності – усі засоби лікувальної фізичної культури мають бути доступні хворому за структурою і засобом проведення процедури, доступністю методики і форм лікувальної фізичної культури.

Принцип тривалості – існує пряма залежність між ефективністю фізичних вправ і тривалістю фізичних навантажень. Обов'язковим є подальше продовження занять в амбулаторних і домашніх умовах.

Принцип індивідуальності – необхідно обов'язково зважати на індивідуальні фізіологічні і психологічні особливості кожного пацієнта.

Принцип наочності – контроль інструктора ЛФК за методично і технічно грамотним виконанням вправ з необхідною корекцією під час занять.

Принцип урахування ефективності лікування – необхідне регулярне урахування ефективності впливів фізичних вправ щодо динаміки функціональних показників організму.

Основними завданнями ЛФК є:

- 1) зберегти та підтримати хворий організм у найкращому діяльному функціональному стані;
- 2) попередити ускладнення, які може викликати хвороба, і ті, що можуть виникнути внаслідок вимушеного спокою;
- 3) стимулювати потенційні захисні сили організму в боротьбі з захворюванням;
- 4) залучити хворого до активної участі в процесі відновлення;
- 5) прискорити ліквідацію місцевих анатомічних та функціональних проявів хвороби;
- 6) відновити в короткий термін функціональну повноцінність людини;
- 7) виховати позитивне ставлення хворих до загартування свого організму звичайними природними факторами.

ЛФК протипоказане в разі:

- повної відсутності можливості спілкування;
- гострих запальних захворювань;
- активного туберкульозу;
- декомпенсованих захворювань серця, легень та інших внутрішніх органів;
- ішемічної хвороби серця з частими нападами стенокардії спокою і негативною динамікою ЕКГ;
- стійкої артеріальної гіпертензії, що не піддається медикаментозній корекції;
- активної фази ревматизму;
- декомпенсованого цукрового діабету;
- неврологічних захворювань, коли не зупинено процес, що викликає руйнування нервових структур;
- частих епілептичних нападів;
- виражених психічних порушень;
- незаепітелізованих опіків;
- переломів, що не зрослися;
- невправлених вивихів;
- нестабільного остеосинтезу;
- різкого виснаження, кахексії.

При проведенні занять з ЛФК необхідно враховувати особливості супроводу виконання вправ у вигляді скерування рухів пацієнта для правильного формування рухового стереотипу.

Прийоми реабілітаційного втручання фізичного терапевта по відношенню до пацієнта можна виокремити як *пригнічення* і *сприяння*.

Пригнічення – це процес втручання, який понижує нефункціонуючий тонус м'язів.

Пригнічення зменшує:

- інтенсивність спастики, сприяючи збільшенню амплітуди і варіантів руху;
- вплив дистонії тону м'язів, уможливаючи контролювання рухів середньої чи малої амплітуди.

Пригнічення не застосовують при гіпотонії.

Сприяння – це процес втручання, який використовує покращений тонус м'язів для цілеспрямованої діяльності.

Сприяння:

- полегшує рух;
- руки спрямовують рух у певне русло;

– формує можливість зупинити рух посередині діапазону. Як тільки зупинятимуться ваші руки, припиняться і рухи пацієнта.

Пригнічення застосовують разом зі сприянням. Їх виконують одночасно з найменшим фізичним втручанням.

Якщо ви використовуєте методики, які пригнічують дисфункційний тонус, пацієнт вносить у свій рух ефективніші зміни. Це відбувається спонтанно через те, що поки ваші руки працюють з пацієнтами, вони активно залучені до функціонального руху й автоматичних реакціях положення власного тіла. Ідею пригнічення й сприяння вперше описали Берта і Карел Бобат, піонери у застосуванні та розвитку неврологічних аспектів у лікуванні.

Точки прикладання рук фізичного терапевта до тіла пацієнта.

Місця, з якими реабілітолог має фізичний контакт з пацієнтом, називають **точками прикладання** (Бобат, 1980). Можна здійснювати таке прикладання долонями, передпліччям, ногою чи будь-якими іншими частинами тіла.

Можна здійснювати прикладання всією долонею або кінчиками пальців. Точкою прикладання може бути терапевтичне обладнання чи будь-яка поверхня.

Точки прикладання, що розташовані біля джерела проблеми, називають **проксимальними**. Проксимальні можуть також означати такі, що розташовані близько до голови, тулуба чи великих суглобів. За будь-яких обставин проксимальні точки прикладання дозволяють терапевтові контролювати тіло пацієнта під час важких рухів.

Точки прикладання, віддалені від джерела проблеми, називають **дистальними**. Положення рук терапевта на кінцівках або на відстані від тулуба також вважають **дистальним**. Застосовуючи дистальні точки прикладання, терапевт менше здатний контролювати реакцію всього тіла пацієнта. Коли положення рук терапевта є віддаленим від проблеми, пацієнт буде виконувати більшість роботи.

Кінцева мета під час терапії – забезпечити втручання в ділянки, розташовані якомога далі від проблеми.

Працюючи з пацієнтом, реабілітолог концентрує свою увагу на усуненні «шумового ефекту», що йде від тіла, зосереджується на синхронізації своїх дій з тілом пацієнта, дозує свій дотик.

Реабілітаційне втручання передбачає певний супровід тіла та рухів пацієнта фізичним терапевтом для корекції та становлення загальної і дрібної моторики.

Тривале легке натискання

Рекомендується завжди розпочинати супровід з легкого дотику. Легкий, ненав'язливий дотик можна відчутти через волосся і поверхню шкіри, але не можна пальпувати м'яз або суглоб.

За допомогою легкого дотику можна отримати важливу інформацію про те, як починається рух, як пацієнт намагається контролювати положення свого тіла проти сили тяжіння для того, щоб самостійно зробити рух, і як відбувається компенсація обмеженого репертуару рухів; можна відчутти найменші проблеми центральної нервової системи, ознаки яких можна не зауважити візуально.

Руки фізичного терапевта слідкують за рухом пацієнта і делікатно контролюють його, опираючись аномальним реакціям, не відбираючи при цьому права пацієнта самому активно контролювати цей рух. Мета – створити рух, який би був легшим і більш плавним, не варто зосереджуватися на досягненні «нормального» руху. Коли пацієнт виконує функціональний рух, легкий дотик скеровує його в правильне русло, а не контролює. Наголос ставиться на сприянні за допомогою легкого, ненав'язливого пригнічення.

Тривале глибоке натискання

Коли пацієнту притаманні однакові типові й систематичні нефункціональні рухи, варто поступово збільшувати натискання. За допомогою глибокого натискання можна відчутти м'язи пацієнта, а, натискаючи ще більше, відчутти суглоби. Через якийсь час можна повільно посилювати натискання, дозволяючи пацієнтові робити тривалі сенсомоторні пристосування до нової «інформації».

Вміла градація натискання в поєднанні з рухом матиме пригнічувальний ефект на аномальний тонус м'язів. Рух може змінювати свою екскурсію, але напрям руху є радше лінійним, ніж циркулярним. Ніколи не потрібно прориватися через спастичку. Рухати відповідну частину тіла необхідно до кінця існуючої амплітуди, затримати свій натиск на тому місці, де видно опір рухові, почекаати, доки опір пом'якшав і збільшилася амплітуда руху. Можна додати невеликі екскурсії в кінці амплітуди руху для того, щоб розігнати існуюче обмеження цього руху.

Глибоке натискання забезпечить фізичного терапевта пропріоцептивною інформацією тіла (сегменту кінцівки) пацієнта. За допомогою глибокого натискання отримується й посилюється інформація м'язам, кісткам і суглобам. Коли додається глибоке натискання до дозового руху, пацієнти відчують спільну роботу збалансованих м'язів навколо суглоба. Вони можуть реагувати на точку дотику ваших рук

як нижче дотику, так і вище нього. Поступово послаблюючи натиск, реабілітолог повертає пацієнтові його контроль над рухом.

Переривчастий дотик

Переривчастий дотик можна використовувати з пацієнтами, які потенційно володіють рухом, але ще не можуть функціонально поєднати його компоненти. Кінчиками пальців або всією долонею реабілітолог злегка торкається пацієнта, його руки контактують з ним, а згодом припиняється цей контакт. Переривчастий дотик скеровує рух, але пацієнт не покладається на цей дотик. Потрібно зосереджуватися радше на сприянні, ніж на пригніченні. Це може принести користь пацієнтам, які вже майже розвинули гарну реакцію положення свого тіла, або тим, які можуть відтворити функціональний рух при допомозі деяких рухових «підказок».

Поєднання дотику і руху сприяє тому, що пацієнт є динамічно активним. Під **рухом** розуміють зміну центру тяжіння, переміщення ваги, випадковий рух або виконання особливого функціонального завдання.

Терапевт може скеровувати рух, стежити за рухом пацієнта або переривчасто скеровувати й переривчасто стежити. Повільний рух з легким дотиком стимулює до максимального контролювання рухом з боку пацієнта. Для повільного руху необхідна тривала співактивація навколо суглобів. До прикладу, діти зі спастичною диплегією мають схильність рухатися дуже швидко, кидаючись з одного положення в інше. Для того щоб зробити якесь переміщення, вони використовують власну інерцію й силу тяжіння. Під час ходи вони падають з однієї стопи на другу. Коли реабілітолог сповільнює їхні рухи, вони втрачають контроль і падають йому на руки. Вони можуть потребувати повільних рухів, які б допомогли їм покращити керування своїм тілом в просторі.

Швидкий рух

Збільшуючи швидкість сприяння, реабілітолог сприяє реакціям рівноваги і захисним реакціям. Швидкі рухи можуть вести фізичного терапевта і пацієнта через перехідний рух, якому пацієнт звичайно протидіє. Необхідно змінювати швидкість відповідно до реакції пацієнта і до функціональної мети корекційного процесу.

Лікування зі стисканням (компресією) і витягуванням

Використовуючи дотик і рух у нашому, обмеженому силою тяжіння оточенні, ми посилаємо інформацію м'язово-скелетній системі. Фактично сила тяжіння посилає тілу подібну інформацію у формі

стискання й витягування. Коли ми стоїмо прямо, наші суглоби, які утримують вагу, від п'яток до тім'яної частини голови стискаються або наближаються один до одного. Кінцівки, на які не припадає вага, витягуються силою тяжіння, яка тягне наші руки до землі. Коли будь-яка сила є достатньою для того, щоб спричинити відокремлення на поверхні суглобів, ми називаємо таке явище **розтягуванням**.

Під час стояння суглоби, що утримують вагу, суттєво стискаються. Наприклад, можна бачити, як люди, які стоять у великій черзі переминаються з ноги на ногу. Статичне утримування ваги є виснажливим. Тіло гармонійно відчувається на збалансованості між стабільністю і рухом, стисканням і витягуванням.

Коли руки фізичного терапевта співпрацюють з рухами пацієнтів, він робить певний внесок у стискання і витягування, посилаючи тим самим важливу інформацію м'язово-скелетній системі. Можна скеровувати перенесення ваги пацієнта, обережно і повільно здійснюючи коригуючий рух, чекаючи щоб все тіло нахилилося у відповідному напрямку.

Тривале витягування суглобів (тракція)

Повільне тривале витягування суглобів може звільнити обмежену фасцію й видовжити короткі м'язи, зменшуючи інтенсивність гіпертонусу, збільшуючи діапазон руху.

Проводячи тривале витягування, не застосовують силу: вибирається слабка обмежена ділянка тіла пацієнта, якийсь час утримується тракція й очікується, поки збільшиться діапазон руху; якщо діапазон збільшується, вибирається наступна слабка обмежена ділянка й очікується подальше звільнення руху. Застосування тривалого витягування суглобів можна поєднувати з ідеєю полегшення міофасциту (Апледжер і Вредевуудж, 1983).

Тривале стискання суглобів (компресія)

Легке тривале стискання суглобів можна застосовувати, щоб сприяти здатності тривалий час утримувати певне положення. Наприклад, стискання суглобів через маківку в напрямку до тазу сприятиме контролюванню рухів голови і очей, посилаючи важливу сенсорну інформацію через хребет до поверхні, що утримує вагу. Пацієнт ледве відчуває легке стискання суглобів. Такий прийом звичайно заспокоює й концентрує пацієнта, тому це є корисним методом для пацієнтів зі змінним тонусом м'язів, сенсорними порушеннями і «розхитаною» центральною нервовою системою. Наростаюче стискання суглобів можна застосовувати лише в разі, якщо воно спрямоване на добре вирівняні суглоби, які утримують вагу.

Переривчасте стискання

Повторюване переривчасте стискання добре вирівняних суглобів може сприяти співактивації навколо суглобів, даючи пацієнтові стимул, необхідний для утримання вертикального положення проти сили тяжіння. Терапевт прикладає свої долони вище суглобів, які потрібно стискати і один за другим посилає стимули. Руки терапевта залишаються в контакті з тілом пацієнта впродовж всього процесу. Долонями роблять короткий натиск в напрямку до поверхні, на яку припадає вага, і зменшують натиск, не відриваючись від тіла пацієнта. Кожен інформаційний вклад терапевт буде на іншому, доки поступово не розвинеться тривалий тонус м'язів. Коли відчувається, що пацієнт тримає положення свого тіла під долонями, можна полегшити переривчасту підтримку його тіла і дати пацієнтові можливість самому відчути контролювання положення власного тіла. Цей підхід часто називають *апроксимацією* (зближенням) або постукуванням з натиском.

Апроксимацію можна застосовувати, щоб сприяти триманню й наданню хорошого положення пацієнтам зі змінним тонусом м'язів. Може бути ефективним в поєднанні з малими амплітудами руху; складає програму для контролювання голови і тулуба в ранньому віці дітей з ДЦП.

Інші форми постукування

Постукування є ще одним переривчастим сенсорним втручанням терапевта. Воно спрямоване безпосередньо на м'язи. Постукування застосовують при припустимій або реальній слабкості специфічних груп м'язів чи загальній гіпотонії. За підвищеного тонусу м'язів постукування не застосовують. Постукування підвищує тонус і скорочуваність м'язів завдяки залученню імпульсів центральної нервової системи. Часто потрібно застосувати цілу серію постукувань, перш ніж зауважити реакцію тіла пацієнта. За кожним постукуванням повинно швидко йти наступне. Це повторення, яке формує тонус м'язів, дає можливість пацієнтові зберігати активність частини тіла. Між кожним постукуванням руки терапевта не втрачають контакту з тілом пацієнта. «Постукування» активізує м'язи, у той час як «замітання» сприяє рухові завдяки зміні терапевтом вирівнювання суглобів пацієнта.

Підготовка до заняття з фізичної терапії.

Реабілітолог повинен бути в зручному одязі, медичному костюмі, добре знати контингент хворих, які прийдуть на заняття.

Приміщення, де проводиться процедура, має бути провітрене. Перед цим необхідно провести вологе прибирання, перевірити справність

гімнастичних предметів і снарядів. Під час процедури в палаті необхідно виключити радіопередавачі, телевізори, сторонні особи повинні вийти з палати.

Хворий має знати значення лікувальної фізичної культури для його виздоровлення й перед заняттям опорожнити кишківник і сечовий міхур, прочистити носові ходи; налаштуватися на виконання фізичних вправ; переодягнутися в спортивний костюм і перезутися в зручне взуття; своєчасно прийти в кабінет ЛФК; якщо необхідно, пацієнт перед заняттям повинен своєчасно прийняти медикаменти.

Пацієнти повинні займатися в світлих гімнастичних залах площею не менше 40 м², де повинно бути не менше двох гімнастичних драбин, покриття – чистим і сухим, справний інвентар. Кімнати для індивідуальної гімнастики повинні бути обладнані необхідним інвентарем, мати площу не менше 16–20 м².

Одним з основних засобів фізичної терапії є масаж.

Масаж – це дія однієї людини (фізичного терапевта) на м'язи іншої людини (хворого) з метою збільшення м'язового і загального тонусу організму.

За допомогою лікувального масажу можна прискорити процес відновлення функцій органів і систем при різних захворюваннях. На цей час лікувальний масаж широко використовується в медичних установах. А в поєднанні з лікувальною фізичною культурою, медикаментозним лікуванням він є ефективним взаємодоповнювальним, взаємозамінним засобом реабілітації. Щоб масаж надав позитивний ефект, потрібен комплекс із 10–15 сеансів, які проводяться через день або через два дні (залежно від патології і стану хворого).

У зв'язку з тим, що масаж передбачає безпосередню дію рук фізичного терапевта на тіло хворого, кваліфікація та досвід експерта в цьому разі є ключовими факторами успішного лікування.

Відмінність між масажем й іншим методом дії на тіло хворого, наприклад, мануальною терапією, кінезотерапією, полягає в тому, що масаж діє переважно на м'язи, а не на кістки і суглоби.

Основні прийоми масажу: погладження, розтирання, розминання, вібрація. Досвідчений фахівець застосовує оптимальну комбінацію цих прийомів з метою досягнення більшого терапевтичного результату в конкретного хворого. Залежно від комбінації прийомів і технік масаж може надавати як тонізуючий (активуючий), так і седативний (розслаблюючий) вплив на організм. Ще один важливий ефект масажу – косметичний. У терапії більшості хвороб масаж використовується як

складовий елемент комплексу лікування в поєднанні з лікувальною фізичною культурою та фізіотерапевтичними методами.

Види, форми та методи масажу

З погляду впливу на організм хворого найбільш доречним є поділ методів масажу на класичні (європейські) і рефлекторно-сегментарні (східні).

Європейський масаж передбачає безпосередній вплив на уражену ділянку і не враховує рефлекторні зв'язки, які існують між сегментами організму.

Східні практики масажу засновані саме на рефлекторній дії. Серед методів рефлекторно-сегментарного масажу розрізняють *сполучнотканний масаж, періостальний і точковий (пальцевий) масаж*.

За локалізацією дії (за формою) розрізняють загальний і локальний масаж.

Загальний масаж поширюється на все тіло хворого, починається переважно з великих груп м'язів (спинних) і продовжується в напрямку кінцівок, кистей і стоп.

Локальний масаж – це дія на певну групу м'язів. Це масаж однієї кінцівки або певного сегмента хребта – залежно від захворювання хворого.

Крім загального і локального, розрізняють також *самомасаж* (робить сам хворий), *парний масаж* (одночасна робота двох масажистів).

За **видами масажу** виділяють *спортивний масаж* (використовується у спортсменів до і після тренувань і змагань), *лікувальний, косметичний та гігієнічний* (тонізуючий).

Залежно від **методу дії** на хворого масаж поділяють на: *ручний масаж* (проводиться без додаткових пристосувань, тільки руками масажиста) і *масаж апаратний*, який передбачає застосування особливих пристосувань.

Фізіотерапія (від грец. *physis* – природа + «*therapeia*» – лікування) – складова фізичної реабілітації, галузь медицини, що вивчає фізіологічну дію природних (вода, повітря, сонячне тепло і світло) і штучних (електричний струм, магнітне поле та ін.) фізичних факторів, а також розробляє методи їх лікувального профілактичного застосування.

Незважаючи на співзвучність назви (англ. *physical therapy*), традиційна медична фізіотерапія в пострадянських країнах, у тому числі в Україні, є аналогом апаратної електротерапії в англomовних країнах. Аналогом назви англ. *physical therapy (physiotherapy)* є фізична реабілітація. На період 2012–2015 рр. тривав процес наближення, уніфікації та диференціації комплексу суміжних професій у цих галузях із західними

аналогами, тому в деяких публікаціях, а особливо в дискусіях, можна зустріти термін «фізіотерапія» і в пострадянському трактуванні, і в західному.

До методів фізіотерапії належать:

- бальнеотерапія (лікування мінеральними водами, грязелікування);
 - кліматотерапія (печерне лікування, вплив гірського повітря);
 - гідро- та термотерапія (водолікування, термічне лікування);
 - інгаляція (лікування через дихальні шляхи);
 - механотерапія (вправи та процедури з використанням спеціальних механізмів);
 - електро- і фототерапія (лікування електричним струмом і світлом).
- Загалом визначають три основні групи фізіотерапії.

Скелетно-м'язова група – набір методик для лікування м'язів, кісток і суглобів (також має назву ортопедичної фізіотерапії). Ця група зазвичай включає біль у спині, розтягнення, м'язову перевтому, артрити, бурсити, робочі і спортивні травми, проблеми з поставою, обмеження рухливості. А також цей метод підходить для реабілітації після операцій.

Кардіопульмонологічна група – лікування відхилень у кардіореспіраторній системі, включаючи астму, емфізему і хронічні бронхіти. До цієї групи також входить реабілітація після операцій на легені.

Неврологічна група – лікування порушень нервової системи: набутих травм голови, постінсультних станів, травм спинного мозку, хвороби Паркінсона і розсіяного склерозу. До цієї групи також входить реабілітація після операцій на мозку.

Важливими засобами фізичної реабілітації є працетерапія та ерго-терапія.

Працетерапія – це лікування працею з метою відновлення порушених функцій і працездатності хворих. Працетерапія концентрує в собі досягнення медичної і соціальної реабілітації, у тому числі ЛФК, масажу, фізіотерапії і механотерапії.

Основні завдання відновлення працездатності згідно з рекомендаціями Комітету експертів ВООЗ (1964) такі: повернути хворому самостійність у повсякденному житті; повернути його до колишньої роботи, якщо це можливо; підготувати хворого до виконання іншої роботи з повним робочим днем відповідно до його працездатності, або, якщо це неможливо, підготувати до роботи з неповним робочим днем або до праці в спеціальному закладі для інвалідів, або, нарешті, до неоплачуваної діяльності.

Реалізація цих завдань залежить від характеру захворювання або травми, функціональних можливостей хворого, фізичної здатності виконувати певні трудові операції, ефективності професійної та попередніх видів реабілітації; кваліфікації, стажу роботи, посади, статі, віку і бажання хворого працювати; координованої роботи лікарсько-консультативної комісії, медико-соціальної експертної комісії, органів соціального забезпечення, профспілкових організацій, керівництва підприємств та державних установ.

Засобом працетерапії є трудові рухи і різноманітні трудові процеси, а не рухи і вправи взагалі.

Ерготерапія – це комплекс методів, які спрямовані на допомогу пацієнту в повсякденному житті та сприяють розвитку, відновленню й підтриманню необхідних побутових та професійних навичок і дій.

У дослівному перекладі «ерготерапія» означає зцілення через діяльність. Цей новий розділ медичної реабілітації вивчає засоби і методи відновлення рухової функції верхніх кінцівок за допомогою різноманітних ігрових завдань і тренажерів.

Основними принципами ерготерапії є:

- синергетика дій ерготерапевта й пацієнта;
- урахування потреб і бажань пацієнта;
- акцент зусиль фахівця на значущих для пацієнта діях (відновлення навичок письма для журналіста);
- використання результатів новітніх профільних наукових досягнень.

Ерготерапія (заняттєва терапія, абілітація) – це система заходів, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування, вести активний незалежний спосіб життя. Ерготерапія пропонує унікальний підхід, що поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації та компенсації (адаптації). Ерготерапевти працюють над удосконаленням загальної та дрібної моторики для виконання завдань у повсякденному житті. За відсутності необхідної функції організму людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій. Отже, за різних уражень ерготерапія допомагає людям у повноцінній життєдіяльності.

До системи ерготерапії входить складний реабілітаційний комплекс заходів, спрямований на відновлення природної, повсякденної діяльності людини із суворим урахуванням наявних патологічних змін

і фізичних обмежень. Саме реабілітолог-ерготерапевт допомагає хворому заново навчитися працювати, доглядати за собою в побутовому плані, спілкуватися й розважатися. Ерготерапія передбачає глибокі знання з педагогіки, психології, соціології, фізичної терапії і біомеханіки. Методика покращує рухові, емоційні і когнітивні можливості.

Кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного здоровій людині життя, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті; покращення якісної складової життя пацієнтів, які через певну хворобу чи травму втратили рухові можливості, не можуть координувати свої рухи і робити звичні справи.

6.2. Медична етика та деонтологія у професійній діяльності фізичного терапевта

У процесі реабілітаційного втручання фізичний терапевт спілкується як із колегами – членами міждисциплінарної команди, так і з пацієнтами. Нині фахівець з фізичної реабілітації працює у сфері охорони здоров'я і, отже, має стосунок до таких сфер, як медична деонтологія та медична етика.

Деонтологія – це вчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого; наука про професійний обов'язок медичних працівників щодо хворих і здорових людей.

Основу деонтології складають адміністративно-регламентувальні форми (накази, інструкції) норм поведінки медпрацівників, їхніх професійних обов'язків й організації лікувально-діагностичного процесу.

Недотримання деонтологічних правил часто є приводом для конфліктів між хворими, їхніми родичами та медичним персоналом, особливо за несприятливих результатів лікування.

Медична етика – це вчення про роль моральних засад у діяльності медичних працівників, про їхнє високогуманне ставлення до людини як необхідну умову успішного лікування хворого.

Основоположними принципами медичної етики та деонтології є:

- відносини лікаря і хворого;
- відносини лікаря і родичів хворого;
- лікарська таємниця;
- взаємини медичних працівників.

Існують різні погляди щодо сутності лікарської етики. Одні вчені відносять до неї ставлення лікаря до хворого, лікаря і суспільства, виконання лікарем професійного та громадянського обов'язку. Інші розглядають її як теорію лікарської моралі, як розділ науки про моральні засади в діяльності лікаря, моральні цінності поведінки і вчинків лікаря відносно хворих.

Реалізація етичних основ у медицині охоплює:

- інформування пацієнта про його права;
- інформування пацієнта про стан його здоров'я;
- гуманне ставлення до пацієнта;
- повага людської гідності пацієнта;
- недопущення моральної та фізичної шкоди пацієнтові;
- повага прав пацієнта на проведення медичних втручань або відмови від них;
- повага автономії (самостійності) пацієнта;
- прояв дбайливого ставлення до помираючого хворого;
- зберігання професійної таємниці;
- підтримка на високому рівні своєї професійної компетентності;
- підтримка шанобливого ставлення до своєї професії;
- шанобливе ставлення до своїх колег;
- участь у медико-санітарній освіті населення.

Відповідальність за хворого і його здоров'я – головне моральне завдання фізичного терапевта. В основі всієї діяльності фізичного терапевта має лежати знаменитий гіппократівський принцип «Не нашкодь!». Тільки спираючись на цей принцип, реабілітолог може вибудувати свої відносини з пацієнтом, які повинні бути доброзичливими, довірчими, шанобливими, оскільки душевний стан хворого – це також надзвичайно важливий фактор успішності та ефективності реабілітаційного процесу.

Разом з тим необережне слово фізичного терапевта, його байдуже або безвідповідальне ставлення до хворого можуть виявитися етіологічним фактором ятрогенного захворювання, посилитися протягом захворювання і вплинути на результат лікування.

Питання про взаємовідносини фізичного терапевта і родичів хворого – один із найбільш важких розділів *медичної деонтології*. Якщо у хворого в процесі лікування окреслилися зрушення до кращого, взаємини фізичного терапевта з родичами весь час гарні й доброзичливі. У разі несприятливого результату лікування наявні деонтологічні помилки нерідко враховуються родичами в першу чергу, породжуючи скарги та

вимоги про притягнення фізичного терапевта, який припустив помилку, до кримінальної відповідальності. Навпаки, відомі випадки, коли за несприятливого результату лікування, але дотримання фізичним терапевтом правил медичної деонтології, родичі пацієнта ставали захисниками фізичного терапевта, оскільки бачили, що він зробив усе, що було в його силах, і сам переживає за негативний результат лікування.

Якщо не дотримуються правила медичної етики та деонтології, конфлікти між фізичним терапевтом і родичами хворого часто виникають навіть у разі правильного лікування.

Робота фізичного терапевта з родичами хворого повинна бути індивідуальною. При цьому необхідно враховувати взаємини хворого з його родичами і ступінь їх впливу на нього, здатність допомогти реабілітологу в психотерапевтичному впливі на хворого.

Одна з найважливіших вимог медичної деонтології – збереження таємниці хворого, розкриття якої (навмисне чи через недбалість) може завдати моральних мук або навіть убити його. Необхідність збереження в таємниці відомостей про хворого зазначена в законодавстві. Винятком є тільки захворювання, які можуть становити загрозу суспільству, наприклад, поширення інфекційних захворювань. Лікарська таємниця може бути порушена так само за угодою з хворим або на вимогу суду.

Взаємини між фізичними терапевтами та іншими медичними працівниками – важлива частина *медичної деонтології*. Від того, наскільки правильно й тактовно будуються ці взаємовідносини, який психологічний клімат у лікувальній установі, залежить і якість роботи. Основу правильних взаємин у медичному колективі складають: взаємоповага, взаємодовіра, готовність допомогти один одному, а в підсумку – хворому.

Неприпустимими є різкі критичні зауваження одного фізичного терапевта на адресу інших корекційних фахівців, лікарів у присутності хворих, середніх медичних працівників.

У створенні оптимальної обстановки в лікувальному закладі, високій службовій та професійній дисципліні реабілітологам допомагають медичні сестри, асистенти.

Відносини між фізичними терапевтами, сестрами і молодшими медпрацівниками повинні бути бездоганними та ґрунтуватися на абсолютній взаємній довірі. При цьому робота медичного персоналу повинна підкорятися суворій дисципліні, повинна дотримуватися субординація.

Особливий характер взаємин дитячого фізичного терапевта і персоналу з дітьми та їхніми батьками сприяв виокремленню такого розділу медичної етики, як *педіатрична деонтологія*.

Деонтологічні принципи в ставленні до дитини отримали відображення в Декларації прав дитини (1959), у Конвенції про права дитини (1979), у Всесвітній декларації ООН про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей (1990), у Законі України «Про охорону дитинства» (2001). Медична деонтологія висуває особливі вимоги до реабілітологів-педіатрів, тому що їхня діяльність заснована не тільки на прямому контакті фізичного терапевта і дитини, а й на контакті з найближчими родичами, з їх сприйняттям стану здоров'я дитини і характерологічними особливостями.

Ще одна принципова відмінність педіатричної деонтології полягає в необхідності використання спеціальних навичок спілкування з дітьми, які засновані на знанні їхніх вікових особливостей.

Крім того, потрібні глибокі знання не тільки вікової патології, а й вікової фізіології, без яких важко виявити ранні відхилення, що свідчать про хворобу.

При організації та наданні медичної допомоги дітям виділяють етико-правові проблеми, пов'язані із патерналістським (батьківським) принципом дій фізичного терапевта, який усю відповідальність за лікування й результат захворювання дитини бере на себе і, зобов'язуючись діяти на благо пацієнта, сам визначає, у чому це благо полягає.

Медична етика вимагає від фізичного терапевта постійної роботи над собою не тільки в суто професійному, а й у моральному сенсі. Реабілітолог повинен вміти володіти собою, стримувати негативні емоції.

З огляду на специфіку самої професії медика медична етика є необхідною і невід'ємною складовою професійної діяльності. Відсутність якостей, яких вимагає від фізичного терапевта медична етика, є свідченням його професійної непридатності.

6.3. Модель взаємостосунків «фізичний терапевт – пацієнт»

Розрізняють три моделі взаємовідносин між фахівцем з фізичної терапії та пацієнтами – керівництво, партнерство і контрактна модель.

Керівництво. Основною, базовою моделлю відносин «реабілітолог – пацієнт» залишається керівництво – владна, авторитарна

модель з жорсткою структурою за провідної ролі фізичного терапевта. Реабілітолог домінує в цих взаєминах, займає активну лідерську позицію, визначає стратегію й тактику лікування; усі рішення з ключових питань лікувально-діагностичного процесу приймає він сам і бере на себе всю повноту відповідальності – як юридичну, так і моральну і психологічну. За моделі керівництва хворий залишається підлеглим, порівняно малоактивним, залежним, пасивним об'єктом терапії. Скорочення психологічної дистанції з пацієнтом при цьому є неприпустимим: приятельські, дружні і, тим паче, любовні й сексуальні стосунки між фізичним терапевтом і хворим розглядаються як порушення професійної етики з боку фізичного терапевта. Модель керівництва – провідна в клініці внутрішніх хвороб, в акушерстві та гінекології, стоматології, хірургії, травматології.

Партнерство. Партнерська модель взаємовідносин «реабілітолог – пацієнт» більш демократична. Як модель неавторитарної співпраці вона передбачає активну участь пацієнта в лікувальному процесі. При цьому передбачається певна ступінь відповідальності й самостійності хворого, його участь в ухваленні рішень, визначенні стратегії і тактики лікування. В основі взаємовідносин лежить емпатичний підхід до пацієнта. Співпереживання визначає більшу психологічну близькість, ніж при моделі керівництва. Однак і тут особисті відносини залишаються небажаними. Партнерська модель використовується в медицині в особливих ситуаціях: при вирішенні питання про операцію, особливо за ймовірності летального результату; у разі якщо в ролі пацієнта виявляється реабілітолог або особа з високим соціальним статусом. Така модель взаємин широко використовується в психотерапії.

Контрактна модель. В умовах платної медицини склалася контрактна (договірна) модель взаємовідносин «реабілітолог – хворий». Вона дозволяє структурувати й контролювати лікувальний процес обом його учасникам. В рамках контрактної моделі реабілітолог і пацієнт розпочинають лікування на основі угоди (контракту) щодо загального розуміння хвороби, її причин, особливостей перебігу та прогнозу, стратегії лікування. Ця угода може бути визначена вже під час першої зустрічі. Реабілітолог з урахуванням потреб і можливостей хворого, а також завдань терапії прогнозує з певною часткою ймовірності вираженість емпатичних комунікацій, визначає оптимальний рівень влади по відношенню до пацієнта, міру його відповідальності за хід і результати лікування. Юридичну відповідальність за результати лікування в будь-якому разі несе реабілітолог, але психологічна відповідальність

певною мірою лежить на хворому. Оплачуючи терапевтичні послуги, пацієнт отримує право вибирати фізичного терапевта. Він вважає, що, укладаючи контракт, має у своєму розпорядженні гарантії на кваліфіковану допомогу і її доступність (наприклад, встановлення спільно розкладу відвідувань), право на переривання курсу лікування й зміну фізичного терапевта. Хворий очікує, що реабілітолог буде погоджувати з ним найважливіші етапи лікування. Реабілітолог же висуває до пацієнта вимоги співпраці в процесі терапії, виконання відповідних реабілітаційних рекомендацій і правил, зокрема, вимоги вести здоровий спосіб життя.

Заслуговує на увагу **класифікація взаємин працівників охорони здоров'я і пацієнта** Роберта Віча [5], у якій розрізняються такі моделі:

- 1) **технічна**: у цій моделі пацієнт є «несправним механізмом, який потребує ремонту». Особистість пацієнта не враховується. Є тільки фізична проблема, яку потрібно усунути;
- 2) **патерналістська**: реабілітолог розглядається як «батько», а пацієнт – як «нерозумне дитя». Реабілітолог сам визначає, що є благом для пацієнта. Тут приділяється увага особистості пацієнта, але лише з погляду моральної підтримки;
- 3) **колегіальна**: ця модель у своєму крайньому варіанті є пацієнт-центрованою. Пацієнт тут відіграє активну роль, з ним узгоджуються всі рішення фізичного терапевта;
- 4) **контрактна**: взаємовідносини фізичного терапевта і пацієнта ґрунтуються на негласному договорі про взаємну повагу прав один одного (у деяких випадках, щоправда, договір оформляється процесуально-юридично). Пацієнта сповіщають про те, як проходить лікування, від нього не приховують інформацію, але рішення приймає реабілітолог, обґрунтовуючи його для пацієнта.

Проблема правди в стосунках між фізичним терапевтом і пацієнтом у процесі реабілітаційного втручання

Непростий аспект сучасних взаємовідносин фізичного терапевта і хворого – дізнаватися й говорити правду. Внутрішня цензура, суспільна думка і соціальні табу накладають обмеження на все, що людина хоче повідомити і здатна вислухати в повсякденному житті. Реабілітація – це сфера, якій дозволено обговорювати найінтимніші секрети хворих, і реабілітолог має право чекати на них відвертої відповіді. Довірливі взаємини з хворим забезпечать такий рівень «відкритості», коли хворий може зізнатися щодо своїх істинних відчуттів та мотивів поведінки.

Водночас хворі також мають право почути правду від фізичного терапевта.

Це одна із складних, болісних тем реабілітаційної етики. Оскільки медична етика в різних країнах формується під потужним впливом національно-культурних традицій, не існує однозначної відповіді на запитання, чи потрібно говорити хворому правду про його стан, неминучість трагічного результату.

Усім відомо, що надія помирає останньою. Сказавши всю правду хворому про його невиліковну хворобу, ви свідомо знищуєте цю надію, а з нею й усі внутрішні резерви самозахисту від хвороби, які ще залишились у хворого. Клінічна практика засвідчує випадки самовиліковування від тяжких недуг у ситуаціях, коли традиційна медицина була безпорадною. І тут вирішальну роль відіграла віра хворого (отримана від самонавіювання або від авторитетного фізичного терапевта) в одужання.

Допомагати хворому дивитися правді у вічі, але не втрачати надії на краще – одне найважливіших завдань. Зазвичай реакція й запитання хворих дають зрозуміти, яку правду вони хочуть почути. Інколи фахівцями у сфері медицини пропонується «подавати правду» у малих дозах.

Уміння встановлювати межі можливого й ефективно розподіляти свої сили дуже важливе для фізичного терапевта.

У клінічній медицині дедалі частіше зустрічаються ситуації, за яких переконання фізичного терапевта і хворого не збігаються. Суперечності виникають, наприклад, якщо реабілітолог відмовляється проводити втручання тими засобами, які вимагає пацієнт, або якщо хворий категорично відмовляється виконувати рекомендації фізичного терапевта. Якщо є вибір, то повинен обирати хворий, але часом реабілітолог змушений категорично сказати «ні».

6.4. Поняття «якість життя пацієнта» у контексті фізичної терапії

Однією з цілей реабілітаційного втручання є покращення якості життя пацієнта за умови неможливості повного відновлення здоров'я.

Якість життя – порівняно нове для медицини поняття, запозичене із соціології, де під ним розуміють здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно до свого положення й отримувати задоволення від цього. Пацієнт розглядається не тільки як суб'єкт

лікування, а і як особистість, яка під впливом хвороби змінюється та повертається до соціуму в статусі хворої людини.

Поняття «якість життя» введено в клінічний ужиток S. Levine, S. Croog (1982). Ємне визначення якості життя дав T. Jones (1997): це відповідність бажань людини її можливостям, лімітованим захворюванням. Якість життя – категорія суб'єктивна. Сама людина, а не лікар визначає, наскільки вона задоволена своїм життям.

Для хворих дуже важливими параметрами якості життя є:

- можливість самообслуговування;
- збереження соціального статусу;
- збереження сімейного статусу;
- сексуальна активність;
- задоволення від захоплень («хобі») і відпочинку.

Згідно з ВООЗ (1995) критеріями якості життя необхідно вважати такі:

- фізичні (сила, енергія, втома, сон, відпочинок тощо);
- психологічні (мислення, позитивні емоції, вивчення, запам'ятовування, концентрація, самооцінка, зовнішній вигляд, сумні переживання);
- рівень незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування);
- життя в суспільстві (особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність);
- навколишнє середовище (благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, доступність інформації, можливість навчання та підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія – шум, населеність, клімат);
- духовність (релігія, особисті переконання).

Якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування, що має в основі суб'єктивне сприйняття. У медицині якість життя стосується передусім стану здоров'я, тому в цьому разі коректно застосовувати поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям». Вважається, що це рівень благополуччя і задоволення тими аспектами життя, на які впливає хвороба чи її лікування, нещасні випадки.

Кожен із компонентів якості життя містить низку складових, наприклад, фізичну (симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування); психологічну (тривога, депресія, ворожа поведінка); соціальну (соціальна підтримка, робота, громадські зв'язки тощо). Їх всебічне вивчення дозволяє визначити

рівень якості життя як окремої особи, так і цілих груп, і встановити, за рахунок якого складника він підвищується чи знижується та на що необхідно вплинути, щоб покращити якість життя (скоригувати терапію, надати соціальну підтримку тощо).

Вивчення якості життя застосовується:

- для всебічного обстеження пацієнта з урахуванням власного, суб'єктивного визначення свого стану;
- оцінки ефективності методів терапії в клінічній практиці і наукових дослідженнях, визначення рівня довіри та прихильності хворого до призначеного лікування;
- встановлення психологічних проблем та соціального статусу у хворих у системі загальної практики;
- визначення прогнозу захворювання та профілактичної корекції факторів ризику, підбору реабілітаційних заходів та при проведенні медико-соціальної експертизи;
- аналізу співвідношення витрат і ефективності реабілітаційної допомоги.

Методи оцінки якості життя

Основним інструментом для «кількісного» визначення якості життя є опитувальник. Найпримітивніший, імпровізований опитувальник може містити лише одне запитання і мати такий вигляд: «*Визначте якість Вашого життя, обравши цифру з ряду від 0 до 10, де 0 визначає її як найнижчу, а 10 як найвищу*». Така шкала дозволяє максимально швидко оцінити сприйняття пацієнтом якості власного життя, але вона не враховує різноманітності чинників, що визначають якість життя. Тому для реальної оцінки застосовуються опитувальники, які містять цілу низку запитань, відповідаючи на які людина максимально вичерпно подає інформацію про різні складові свого життя чи стан здоров'я. У США та Європі працюють спеціальні центри, що розробляють та апробують такі опитувальники.

Якість життя повинна стати невід'ємною частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, профілактики, якості лікування та надання реабілітаційної допомоги. Покращення стану здоров'я пацієнтів, регрес клінічних проявів захворювання, підвищення функціональних можливостей, показників, максимальне наближення якості життя хворого до рівня здорової людини є основними завданнями в процесі відновлення.

Оцінка якості життя має бути одним з основних критеріїв ефективності реабілітаційного супроводу, самостійним показником стану

пацієнтів під час реабілітаційного діагностування, визначення прогнозу, тактики терапії, розробки реабілітаційних програм, оскільки насамперед лікуємо не хворобу, а пацієнта, який страждає від неї.

• **Запитання для самоперевірки** •

1. Які основні правила проведення реабілітаційного втручання ви знаєте?
2. Назвіть точки прикладання рук.
3. Дайте характеристику реабілітаційного супроводу.
4. Обґрунтуйте прийоми пригнічення і сприяння, стискання (компресія) і витягування.
5. Назвіть програми раннього втручання, їх зміст, завдання.
6. Назвіть загальні показання та протипоказання до призначення реабілітаційної програми.
7. Охарактеризуйте поняття медичної стабільності.
8. Обґрунтуйте критерії якості життя людини.
9. Наведіть приклади моделі взаємостосунків «реабілітолог – пацієнт».

• **Список використаної літератури** •

1. Види масажу. URL: <http://kayiles.ru/page/vidi-masazhu-gigiyenichnij-likuvalnij-reflektorno-segmentarnij-sportivnij-i-kosmetichnij-masazh>
2. Засоби фізичної реабілітації. URL: ntranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/fiz_reabil/classes_stud/uk/med/health/ptn
3. Медична етика і деонтологія. URL: http://allref.com.ua/uk/skachaty/Medichna_etika_i_deontologiya
4. Планування реабілітації. Реабілітаційні втручання. URL: <http://how.in.ua/planuvannya-reabilitatsiyi-reabilitatsijni-vtruchannya.htm>
5. Стосунки лікаря та пацієнта: моделі відносин. URL: <https://sites.google.com/site/likarnya3/informacia-dla-likariv-1/rizne.../modeli-vidnosin>
6. Фізіотерапія. URL: www.radius.by/uk/pages/physiotherapy.html
7. Ягеньський А.В., Січкарук І.М. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/418>

• **ПИТАННЯ ДО ПЕРЕВІРКИ ЗНАТЬ** •
з дисципліни «Основи фізичної терапії»

1. Розкрийте зміст поняття «реабілітація».
2. Організація управління системою реабілітації.
3. Визначте види реабілітації.
4. Організаційні форми та методи реабілітації.
5. Проаналізуйте загальні принципи фізичної реабілітації.
6. Назвіть періоди та етапи фізичної реабілітації.
7. Розкрийте зміст роботи фізичного терапевта.
8. Які права та обов'язки фахівця з фізичної реабілітації?
9. Особливості проведення об'єктивного обстеження.
10. Характеристика проведення суб'єктивного обстеження.
11. Проаналізуйте завдання при складанні реабілітаційної програми.
12. Назвіть етапи визначення якості ефективності реабілітаційного процесу.
13. Обґрунтуйте необхідність міждисциплінарної команди при проведенні реабілітаційного обстеження, при формуванні реабілітаційного прогнозу, складанні реабілітаційної програми.
14. Визначте зміст поняття «реабілітаційне обстеження».
15. Охарактеризуйте поняття «реабілітаційний потенціал».
16. Проаналізуйте завдання фізичного терапевта при складанні реабілітаційного обстеження.
17. Які завдання фізичного терапевта при складанні реабілітаційного прогнозу?
18. Дайте характеристику правил складання реабілітаційної програми.
19. Які тести, шкали, методика вимірювання функціональних можливостей пацієнта використовує у своїй практиці фізичний реабілітолог?
20. Обґрунтуйте мануальне обстеження сили м'язів.
21. Охарактеризуйте шкалу Ашфорта.
22. Назвіть категорії міжнародної шкали життєдіяльності.
23. Назвіть складові шкали Бартела.
24. Дайте характеристику методики функціональних обстежень організму.
25. Проаналізуйте засоби дозування навантаження під час занять з ЛФК.

26. Охарактеризуйте методику проведення медичного контролю. Фізіологічна крива навантаження.
27. Назвіть правила прикладання рук до пацієнта при проведенні реабілітаційного втручання.
28. Проаналізуйте прийоми пригнічення та сприяння при проведенні реабілітаційного втручання.
29. Які основні законодавчі документи регулюють діяльність фізичного терапевта?
30. Обґрунтуйте необхідність співпраці фізичного терапевта з пацієнтом.
31. Проаналізуйте особливості постановки мети, завдань, цілей реабілітаційного втручання.
32. Проаналізуйте методику та структуру заняття з ЛФК.
33. Дайте характеристику структури реабілітаційної програми.
34. Охарактеризуйте тестову оцінку основних рухових функцій (ООРФ), рівні моторного розвитку.
35. Охарактеризуйте заняття з ЛФК у різні періоди реабілітації.
36. Обґрунтуйте правила поєднання засобів фізичної реабілітації.
37. Проаналізуйте механізми лікувальної дії ЛФК.
38. Проаналізуйте механізми лікувальної дії масажу.
39. Проаналізуйте механізми лікувальної дії фізіотерапії.
40. Дайте характеристику працетерапії як основному засобу фізичної реабілітації.
41. Охарактеризуйте завдання дієтотерапії при складанні реабілітаційної програми.
42. Обґрунтуйте склад міждисциплінарної команди з урахуванням індивідуального підходу при складанні реабілітаційної програми.
43. Назвіть покази до проведення занять з фізичної реабілітації.
44. Проаналізуйте завдання соціальної реабілітації.
45. Обґрунтуйте посадові обов'язки фізичного терапевта.
46. Назвіть рухові режими в різні періоди фізичної реабілітації.
47. Охарактеризуйте конфлікт інтересів при складанні реабілітаційного прогнозу.
48. Дайте характеристику поняття «медична стабільність».
49. Дайте характеристику процесу пригнічення при реабілітаційному втручанні.
50. Дайте характеристику процесу сприяння при реабілітаційному втручанні.
51. Охарактеризуйте точки прикладання при реабілітаційному втручанні – дистальні та проксимальні.

52. Назвіть завдання при складанні реабілітаційного потенціалу.
53. Охарактеризуйте ступені відновлення у фізичній реабілітації.
54. Назвіть правила проведення гоніометрії.
55. Поясніть поняття «покращення якості життя» пацієнта.
56. Назвіть періоди застосування ЛФК у реабілітаційних програмах.
57. Дайте характеристику лікарняному етапу реабілітації.
58. Поясніть поняття «ерготерапія».
59. Поясніть принцип комплексності при реабілітаційному втручанні.
60. Поясніть принцип партнерства при реабілітаційному втручанні.
61. Поясніть принцип систематичності при реабілітаційному втручанні.
62. Охарактеризуйте поняття «доказова медицина».
63. Охарактеризуйте гімнастичні вправи, що використовуються у ЛФК.
64. Охарактеризуйте спортивно-прикладні вправи та ігри, що використовуються у ЛФК.
65. Обґрунтуйте принципи побудови заняття з лікувальної гімнастики та методичні правила його проведення.
66. Охарактеризуйте вплив лікувального масажу на основні системи організму.
67. Назвіть та обґрунтуйте способи поєднання лікувального масажу з ЛФК та іншими засобами ФР.
68. Обґрунтуйте потребу санаторно-курортного етапу реабілітації. Вкажіть протипоказання.
69. Опишіть методику визначення ефективності ЛФК за допомогою експрес-контролю.
70. Обґрунтуйте необхідність застосування поточного та етапного контролю ЛФК як засобу ФР в процесі відновного лікування.
71. Опишіть методику вимірювання рухів у суглобах – одного з головних методів оцінки рухових можливостей хворого.
72. Наведіть характеристику та лікувальну дію основних засобів фізичної реабілітації.
73. Опишіть загальні вимоги до програмування занять з фізичної реабілітації.
74. Назвіть засоби ФР та опишіть методику їх застосування у тренувально-відновному періоді реабілітації.
75. Назвіть засоби ФР та опишіть методику їх застосування у щадно-відновному періоді реабілітації.
76. Назвіть засоби ФР та опишіть методику їх застосування у функціонально-відновному періоді реабілітації.
77. Охарактеризуйте шкали для оцінки ступеня самообслуговування.

78. Проаналізуйте принципи поєднаного застосування засобів фізичної реабілітації.
79. Дайте визначення поняття «працетерапія». Види працетерапії. Показання та протипоказання до працетерапії.
80. Охарактеризуйте мету та завдання працетерапії. Місце працетерапії в реабілітаційному процесі.
81. Які ви знаєте засоби працетерапії? Дозування фізичного навантаження у працетерапії.
82. Наведіть загальні показання та протипоказання до проведення лікувального масажу.
83. Надайте класифікацію фізичних вправ.
84. Дайте характеристику форм ЛФК.
85. Обґрунтуйте правила дозування фізичних навантажень. Контроль за людиною при виконанні фізичних вправ.
86. Проаналізуйте методичні принципи ЛФК.
87. Назвіть особливості ЛФК залежно від рухового режиму на різних етапах фізичної реабілітації.
88. Надайте загальну характеристику організаційно-методичних основ реабілітації.
89. Надайте визначення понять: «медична реабілітація», «фізична реабілітація», «соціальна (побутова) реабілітація», «професійна (виробнича) реабілітація».
90. Дайте характеристику лікарняного та післялікарняного періодів реабілітації.
91. Обґрунтуйте застосування засобів ФР на стаціонарному, поліклінічному (реабілітаційному, санаторному), диспансерному етапах реабілітації.

• ГЛОСАРІЙ •

АБІЛІТАЦІЯ – комплекс заходів, спрямованих на формування нових, а також на розвиток наявних функціональних систем організму й здатностей дитини-інваліда, природний розвиток яких утруднено через травму, хворобу чи дефект, з метою успішної соціальної інтеграції інваліда.

АКТИВНА КІНЕЗОТЕРАПІЯ – активна свідома, самостійна участь дитини у виконанні рухових дій.

БОБАТ-ТЕРАПІЯ – метод роботи з дітьми, які мають рухові порушення; в основі лежать принципи активізації рухових здатностей пацієнта з допомогою специфічних технологій придушення, полегшення й стимуляції нейрофізіологічного забезпечення рухової сфери.

ГЕМПАРЕЗ – неповний параліч однієї половини тіла.

ГЕМПЛЕГІЯ – параліч половини тіла.

ГІМНАСТИКА для дітей із хворобою Дауна – комплекс спеціально підібраних вправ для розвитку життєвої активності дітей-інвалідів із хворобою Дауна, зі значним запізненням навичок, необхідних для життєзабезпечення.

ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТА – частково або повністю обмежені в довільних рухах.

ДРЕНАЖНІ ДИХАЛЬНІ ВПРАВИ – вправи, які сприяють відтіканню виділень з бронхів у трахею, звідки мокротиння виводиться під час кашлю.

ІДЕОМОТОРНІ ВПРАВИ – виконуються дитиною подумки, активно, свідомо посилаючи імпульси для скорочення м'язів.

ІНВАЛІД ДИТИНСТВА – особа, визнана інвалідом до 16-літнього віку.

ІНВАЛІДНІСТЬ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ – деякі форми спадкоємної патології, родові травми, перенесені в дитинстві, можуть виявитися причиною того, що дитина раннього віку, яка ще не пройшла найважливіших етапів соціалізації, визнається інвалідом.

КОМПЕНСАЦІЯ ФУНКЦІЙ – заповнення недорозвинених, порушених або втрачених функцій через аномальний розвиток, перенесені захворювання і травм. Один із найважливіших різновидів адаптаційної реакції організму на ушкодження полягає в тому, що не постраждали безпосередньо органи й системи беруть на себе функцію ушкоджених структур шляхом посилення (так звана замісна гіперфункція) або якісної перебудови функції.

КОНТРАКТУРА – обмеження або відсутність рухливості в суглобі, викликане змінами, пов'язаними з цим суглобом або сухожиллям. Здебільшого контрактури розвиваються в паралізованих дітей, якщо не вживаються профілактичні заходи. Контрактура обумовлена тим, що внаслідок тривалого положення суглоба в тому самому положенні м'язи змінюються (коротшають), через що кінцівка втрачає здатність повністю випрямлятися або згинатися. Контрактура також може виникнути в разі, якщо кінцівка або суглоб не рухаються постійно відповідно до повної амплітуди рухів.

КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНА РОБОТА – система спеціальних прийомів і заходів, спрямованих на подолання або ослаблення недоліків розвитку аномальних дітей.

КОРЕКЦІЯ в спеціальній педагогіці – виправлення (часткове або повне) недоліків психічного й фізичного розвитку в аномальних дітей за допомогою соціальної системи педагогічних прийомів і заходів.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА – застосування різних засобів фізичної культури з лікувальною й профілактичною метою. Основу лікувальної фізкультури складає дозоване тренування хворого з урахуванням його клінічного стану, віку, статі. Головним лікувальним засобом лікувальної фізичної культури є фізичні вправи.

МЕХАНОТЕРАПІЯ – рухи, які виконуються за допомогою апаратів або пристроїв.

МУЗИКОТЕРАПІЯ – використання музики з лікувальною метою, як правило, разом з іншими видами психотерапії.

М'ЯЗОВА спастичність – неконтрольований спазм м'язів за поразення головного або спинного мозку. М'язова спастичність часто спричинює виникнення контрактур.

ПАРАЛІЧ – повна втрата рухів.

ПАРАПЛЕГІЯ – параліч обох рук або ніг.

ПАСИВНА КІНЕЗОТЕРАПІЯ – кінезотерапія, за якої застосовуються форми та засоби, у яких дитині відводиться пасивна роль. Рухи виконуються мануально іншою особою або апаратними засобами, що імітують звичайні фізіологічні рухи, виконуються без вольового зусилля дитини.

ПОЗОТОНІЧНІ РЕФЛЕКСИ – рефлекси, які належать до вроджених безумовних рефлекторних рухових автоматизмів. За нормального розвитку до 3 міс. життя ці рефлекси вже згасають, що створює оптимальні умови для розвитку довільних рухів. У дітей з ДЦП ці рефлекси зберігаються протягом тривалого часу (навіть у шкільному

віці). Активне функціонування негальмованих рефлексів затримує дозрівання вищих інтегративних центрів кори головного мозку, які регулюють довільну моторику, мову тощо.

ПРОФІЛАКТИКА – сукупність заходів, спрямованих на попередження розвитку захворювання або його рецидиву. Завдання профілактики: 1) запобігання дії на організм хвороботворних факторів; 2) попередження розвитку захворювання шляхом ранньої діагностики й лікування; 3) попереджувальне лікування й заходи, що запобігають рецидивам хвороби й переходу їх у хронічні форми.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЕТАПИ: I етап – етап відбудовного лікування, завданням якого є попередження формування психічного дефекту, інвалідації, госпіталізму (провідна роль біологічної терапії, що містить психофармакологічні засоби; ліквідація або пом'якшення психотичної симптоматики створює передумови для організації психосоціальних заходів); II етап – етап реадaptaції, що полягає в розвитку можливостей пристосування хворих до умов зовнішнього середовища (основну роль тут відіграють психосоціальні впливи, спрямовані на стимуляцію соціальної активності хворого; біологічні засоби виконують роль підтримувальної терапії); III етап – етап власне реабілітації, завдання якої – відновити хворого в його правах, у його дохворобливих відносинах з навколишнім світом (соціальні заходи щодо впорядкування побуту хворого і його працевлаштування).

РЕАБІЛІТАЦІЯ – комплексне, спрямоване використання медичних, соціальних, освітніх і трудових заходів з метою пристосування хворого до діяльності на максимально можливому для нього рівні.

РЕЛАКСАЦІЯ – процес подолання стресових навантажень, психічного напруження, досягнення стану спокою, розслабленості після великих переживань або фізичних навантажень.

РИТМОПЛАСТИЧНІ ВПРАВИ – вправи, які виконують під музичний супровід, із заданим ритмом і тональністю залежно від функціонального стану дитини для скорочення окремих груп м'язів.

СЕНСОРНИЙ – пов'язаний з роботою органів почуттів.

СИНКІНЕЗІЇ – це мимовільні рухи, супутні довільним. Розрізняють фізіологічні і патологічні синкінезії. До фізіологічних синкінезій відносять, наприклад, рух рук під час ходьби. Патологічні синкінезії виникають за ураження пірамідної системи. Прикладом патологічних синкінезій є мимовільне піднімання паралізованої ноги, яке повторює рух здорової кінцівки.

СТАТИЧНІ ДИХАЛЬНІ ВПРАВИ – вправи, які виконують без одночасного руху кінцівок та тулуба, лише за участю дихальних м'язів.

ТЕРАПІЯ СЕРЕДОВИЩЕМ – один із методів соціотерапевтичного впливу, примикає до психотерапії, особливо колективної. Важливу роль відіграють мікрооточувальні фактори, створення згуртованого колективу хворих за спільними інтересами тощо.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ – метод реабілітації, заснований на відновленні функціональних, насамперед рухових, порушень, що використовує не медикаментозне лікування, а фізичні вправи, мануальну терапію, масаж і вплив різних природних факторів (тепла, світла, високих частот, ультразвуку, води).

ФІЗІОЛОГІЧНА КРИВА ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ – графічне зображення пульсу та інших функціональних показників, які свідчать про реакцію організму на фізичне навантаження в процесі заняття ЛФК.

ФІЗКУЛЬТУРА ЛІКУВАЛЬНА – метод лікування, профілактики, медичної реабілітації, заснований на використанні фізичних вправ та інших засобів фізичної культури.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамов В.В., Клапчук В.В., Неханевич О.Б., Магльований А.В. [та ін.]. Фізична реабілітація, спортивна медицина : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред. проф. В.В. Абрамова та доц. О.Л. Смирнової. Дніпропетровськ : Журфонд, 2014. 456 с.
2. Вісковатова Т.П. Психофункціональний стан дітей із затримкою психічного розвитку під впливом занять рухливими іграми. *Молода спортивна наука України* : зб. наук. пр. з галузі фізичної культури і спорту. Вип. 10. Львів : НВФ «Українські технології», 2006. Т. 3. С. 217–222.
3. Гаврилов О.В. Особливі діти в закладі та соціальному середовищі : навч. посіб. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. 308 с.
4. Григус І.М. Реабілітаційне обстеження та визначення стану здоров'я : метод. посіб. Рівне : ПП Лапсюк, 2013. 72 с.
5. Григус І.М. Фізична реабілітація в пульмонології : навч. посіб. Рівне : НУВГП, 2015. 258 с.
6. Григус І.М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи : навч. посіб. Львів : Новий світ-2000, 2020. 170 с.
7. Григус І.М., Брега Л.Б. Фізична терапія в кардіології : навч. посіб. Рівне : НУВГП, 2018. 268 с.
8. Григус І.М., Нагорна О.Б., Горчак В.В. Реабілітаційне обстеження в практиці фізичного терапевта : навч. посіб. Рівне, 2017. 128 с.
9. Григус І.М., Ковальчук Т.Л., Котяй Н.І., Михайлова Н.Є. Теоретичні та методологічні аспекти фізичної реабілітації дітей з особливими потребами : посібник. Рівне, 2012. 124 с.
10. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навч. посіб. Суми : ВТД «Університетська книга», 2008. 302 с.
11. Дмитриев А.А. Коррекционно-педагогическая работа по развитию двигательной сферы учащихся с нарушением интеллектуального развития : учеб. пособ. М. : Издательство Московского психолого-социального института, 2004. 224 с.
12. Добряков И.В. Восстановительное лечение детей с поражением центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата. СПб : Издательский дом СПбМАПС, 2004. 317 с.

13. Козіброда Л.В. Особливості застосування специфічних засобів фізичного виховання для дітей, що мають відхилення у стані здоров'я (на прикладі дошкільних закладів м. Львова). *Актуальні проблеми розвитку руху «Спорт для всіх» у контексті європейської інтеграції України* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Тернопіль, 2004. 385 с.
14. Козырева О.В., Иванов А.А. Физическая реабилитация. Лечебная физическая культура. Кинезитерапия : учебный словарь-справочник. М. : Советский спорт, 2010. 280 с.
15. Козьявкин В.И., Бабадаглы М.А., Ткаченко С.К., Качмар О.А. Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики. Львів : Медицина світу, 1999. 312 с.
16. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М. : Академия, 2001. 185 с.
17. Магльований А.В., Дуліба О.Б., Стрельбицький Л.В. та ін. Основы керування реабілітаційним процесом студентів спеціальних медичних груп. *Сучасні досягнення медицини, лікувальної фізкультури та валеології* : матеріали Х ювіл. міжн. наук.-практ. конф. Одеса, 2004. 189 с.
18. Магльований А.В., Мухін В.М., Магльована Г.М. Основы фізичної реабілітації : навч. посіб. Львів : ВМС, 2006. 148 с.
19. Мухін В.М., Магльований А.В., Магльована Г.П. Основы фізичної реабілітації. Львів : ВКП «ВМС», 1999. 120 с.
20. Нагорна О.Б. Методичні вказівки до виконання лабораторних робіт з дисципліни «Основы фізичної реабілітації» для студентів напрямку підготовки 6.010203 «Здоров'я людини» денної форми навчання. Рівне : НУВГП, 2016. 49 с.
21. Нагорна О.Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посіб. Київ : ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України, 2013. 196 с.
22. Робоча програма навчальної дисципліни «Основы фізичної реабілітації».
23. Синьов В.М., Матвеева М.П., Хохліна О.П. Психологія розумово відсталої дитини : підручник. Київ : Знання, 2008. 359 с.
24. Федорів Я.М., Регеда М.С., Гайдучок І.Г., Філіпюк А.Л., Грицко Р.Ю., Регеда М.М. Фізіотерапія. Львів : Магнолія, 2011. 558 с.
25. Цыкунов М.Б. Обследование в процессе реабилитации пациентов с повреждением спинного мозга. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М. : ОАО «Московские учебники и Картолиитография», 2010. 640 с.

Додаток А

Однією із знакових подій в Україні в рамках розвитку фізичної реабілітації як самостійної галузі медицини було створення громадської організації «Українська Асоціація фізичної терапії» та низки розроблених нею положень.

ЗАТВЕРДЖЕНО
IV Конференцією ГО «УАФТ»
Протокол № 1 від 27.09.11

ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНЦІЇ **членів громадської організації** **«Українська Асоціація фізичної терапії»**

Вступ

У даному документі подано перелік і детальний опис компетенцій для фахівців фізичної реабілітації / фізичних терапевтів в Україні. Цей документ був розроблений Українською Асоціацією фізичної терапії (далі – Асоціація) на основі вимог до практичної діяльності, що декларує Світова конфедерація фізичної терапії (далі – СКФТ).

Перелік компетенцій має на меті декларувати основні вимоги до випускників вищих навчальних закладів, що готують фахівців фізичної реабілітації в Україні, для провадження практичної діяльності. Цим документом у подальшому необхідно керуватися при розробленні навчальних програм, а також для перевірок та акредитації навчальних закладів в Україні. Фахівці, які отримали освіту в інших країнах і бажають провадити практичну діяльність в Україні, оцінюються згідно з тими самими компетенціями, що й випускники місцевих освітніх закладів. Компетенції забезпечують відповідність початкового рівня підготовки і тим самим гарантують безпеку та ефективність їхньої діяльності.

Асоціація закликає всіх фахівців проводити регулярні перегляди документу і вносити необхідні поправки відповідно до змін, які відбуватимуться в процесі розвитку професії.

Компетенції

Для того щоб відповідати належному рівню основних вимог, що декларує СКФТ, кандидати повинні продемонструвати, що вони відповідають кожній з дев'яти компетенцій визначених УАФТ, як мінімальної вимоги для початку самостійної діяльності.

Зміст, навчальний процес і клінічна практика, які охоплюють учення про три основні системи організму, на які спрямовані заходи фізичної терапії: серцево-судинна та легенева системи, опорно-руховий апарат та нервова система – повинні бути інтегровані в усю програму.

Як орієнтир УАФТ вважає, що близько 1000 академічних годин, проведених на різноманітних теоретичних і практичних заняттях, дозволяють досягти відповідності й отримати базовий вишкіл. Освітня програма має забезпечити необхідну загальну кількість навчальних годин. Навчальною клінічною практикою повинні керувати ліцензовані фахівці фізичної реабілітації / фізичні терапевти, за погодженням того чи іншого вищого навчального закладу.

Дев'ять компетенцій, які описані в цьому документі, стосуються переважно практичної діяльності. Ці компетенції застосовуються впродовж усього життя та всього періоду догляду, ураховують культурні особливості і є рівноцінно важливими. За будь-яких обставин інтереси пацієнта / клієнта є завжди центральним аспектом компетенцій.

Компетенції сформульовані в досить широкому розумінні, залишаючи простір для постійного розвитку практичної діяльності. Кожна компетенція декларує ключову вимогу, якій повинен відповідати кандидат. **Складові** – це **вимоги**, необхідні для досягнення відповідності кожній **компетенції**, а підпункти складових (позначені крапками) є лише прикладами, а не передумовами досягнення відповідності компетенцій.

Компетенція 1

Володіти аналізом та вести дискусію на біомедичні, поведінкові та соціальні теми, пов'язані з аспектами фізичної терапії. Втілювати ці знання на практиці.

1.1. Аналізувати нормальний розвиток та відмінності в розвитку людського організму та його рухових функціях:

- описувати особливості фізичного та психічного розвитку людського організму та розуміти його зміни, які відбуваються впродовж життя;
- розпізнавати відмінності в розвитку людського організму та його рухових функціях;

- розуміти анатомічну будову людського тіла та його основні системи;
- знаходити зв'язок між соціальними, культурними, психологічними і духовними аспектами життя та розуміти їх вплив на розвиток людини;
- розуміти процеси, які відбуваються в організмі, коли людина навчається контролювати рухові функції свого тіла, використовувати ці знання з метою розвитку рухових вмінь та навичок;
- ураховувати постійний взаємозв'язок і взаємовплив фізичної, когнітивної, емоційної, соціальної та культурної сфер людського життя у роботі з пацієнтами/клієнтами.
 - 1.2. Аналізувати нормальну будову і функцію людського організму протягом життя:
 - демонструвати розуміння анатомічної будови та функцій людського організму;
 - описувати будову і функції нервової системи людини;
 - визначати анатомічну будову за зовнішніми ознаками;
 - описувати нормальні фізіологічні процеси та їх зміни впродовж усього життя;
 - пояснювати взаємозв'язок між будовою та функцією основних систем людського організму;
 - аналізувати основні рухові функції людського організму.
 - 1.3. Пояснювати патологічні процеси, які піддаються корекції заходами фізичної терапії:
 - демонструвати знання про реакції клітин і тканин організму на ушкодження;
 - описувати патологічні процеси, пов'язані з погіршенням стану здоров'я, які піддаються корекції заходами фізичної терапії;
 - пояснювати, як погіршення функції людського організму можуть впливати на будову тіла;
 - розуміти загальні принципи і механізми процесів, що погіршують стан здоров'я, можливі реакції на ушкодження, відновлення та одужання в контексті практичної діяльності.
 - 1.4. Пояснювати, на які патологічні процеси мають вплив заходи фізичної терапії:
 - обґрунтувати вибір методів втручання/терапії, демонструючи при цьому глибокі знання патофізіологічних механізмів;
 - розуміти вплив і ефект широко застосовуваних фізичних чинників;
 - пояснювати реакцію клітин і тканини на ушкодження.

1.5. Пояснювати потребу в заходах фізичної терапії:

- застосовувати науково доказові дані для аналізу клінічної картини й визначення патології, що потребує залучення методів фізичної терапії;
- уміти ставити завдання для пацієнта/клієнта;
- уміти пояснювати принципи науково доказової практики;
- обґрунтовувати вибір методів втручання/догляду, ураховуючи патологію.

1.6. Пояснювати теоретичні та практичні принципи фізичної терапії та їх зв'язок з охороною здоров'я:

- визначати методи оцінки стану пацієнта/клієнта, клінічного аналізу, виявлення проблем, встановлення завдань, планування втручання / супроводу, оцінки досягнутих результатів та планування призупинення чи повного завершення курсу фізичної терапії;
- застосовувати знання про патологічні процеси, що стосуються стану конкретного пацієнта/клієнта.

1.7. Описувати загальні медичні, хірургічні та психологічні методи втручання, споріднені з практикою фізичної терапії:

- з'ясовувати медичні, хірургічні та інші методи лікування захворювань / патології на різних етапах одужання;
- обґрунтовувати потребу в фізичній терапії для пацієнтів/клієнтів, які мали хірургічні втручання чи зазнали погіршення стану здоров'я від поширених захворювань, виходячи з патофізіологічної картини;
- пояснювати психосоціальні питання, які необхідно враховувати при заходах фізичної терапії;
- пояснювати найбільш поширені захворювання/клінічні стани, які мають місце в медичній практиці.

1.8. Оцінювати необхідність підтримки здорового способу життя пацієнта/клієнта:

- пояснювати поняття здорового способу життя в контексті стану конкретного пацієнта;
- пояснювати принципи зміцнення здоров'я;
- розуміти поняття «здоров'я» та шляхи його зміцнення;
- переконувати в ефективності фізичних вправ для зміцнення здоров'я, наводячи приклади з досвіду різних культур і національностей;
- пояснювати принципи і дію профілактичних заходів фізичної терапії.

1.9. Розуміти й урахувати основи культурного сприйняття/бачення у практиці фізичної терапії:

- знати культурні відмінності сучасного населення України і їх вплив на ставлення людей до питань охорони здоров'я;
- розуміти, що труднощі, які виникають у процесі надання чи отримання фізичної терапії, можуть бути пов'язані з культурними особливостями, переконаннями, віком, статтю або соціальним становищем пацієнта/клієнта.

Компетенція 2

Оцінювати, аналізувати та планувати діяльність у фізичній терапії

2.1. Дотримуватись основних юридичних та етичних вимог:

- розуміти законодавчі акти, що стосуються фахівців сфери охорони здоров'я України;
- працювати в межах загальної сфери професійної діяльності;
- дотримуватись етичного кодексу Асоціації;
- нести відповідальність за власні професійні рішення і дії;
- вести записи результатів фізичної терапії;
- користуватись лише тими аббревіатурами та термінологією, що є прийнятними для даної установи;
- проявляти повагу до пацієнта/клієнта;
- проявляти емпатію;
- вести ефективне спілкування;
- дотримуватись медичного права.

2.2. Проводити діяльність зі згоди пацієнта/клієнта:

- розуміти необхідність отримання згоди як з боку пацієнта/клієнта, так і з боку надавача послуг;
- розуміти принципи отримання згоди, якщо пацієнт/клієнт є недостатньо компетентним або не спроможний дати згоду;
- інформувати пацієнта/клієнта про кожну процедуру, що виконується;
- отримувати й записувати згоду пацієнта/клієнта на проведення кожної процедури;
- поважати потребу пацієнта/клієнта у спілкуванні;
- поважати культурні відмінності;
- обговорювати вплив культури на можливості проведення фізичної терапії.

2.3. Постійно забезпечувати пацієнтові/клієнтові та практикуючому фахівцю безпеку:

- брати до уваги особливості середовища та право на приватне життя і конфіденційність;
- аналізувати фактичний та потенційний ризик, виявляти небезпеку та у відповідний спосіб реагувати на неї;
- аналізувати всі результати обстеження й складати відповідний план професійних дій, ураховуючи всі заходи безпеки та протипоказання щодо кожної дії;
- проявляти готовність, у разі невизначеності, звертатися по допомогу чи скеровувати пацієнта/клієнта до іншого фахівця сфери охорони здоров'я.

2.4. Детально проводити анамнез у пацієнта/клієнта:

- налагодити взаєморозуміння і гарний контакт з пацієнтом/клієнтом для того, щоб зібрати анамнез та інформацію про існуючий стан здоров'я;
- використовувати навички ведення співбесіди, які відповідають конкретному пацієнтові/клієнтові;
- зібрати достовірний анамнез та інформацію про існуючий стан здоров'я пацієнта/клієнта;
- уміти інтерпретувати вербальні та невербальні відповіді пацієнта/клієнта.

2.5. Ретельно проводити реабілітаційне обстеження та огляд:

- інтерпретувати результати достовірних досліджень;
- застосовувати клінічне обґрунтування при виборі методів обстеження та огляду;
- застосовувати відповідні тести і методи вимірювання;
- застосовувати методи огляду та обстеження в логічному порядку;
- ретельно та точно проводити огляд та обстеження.

2.6. Вміти вибирати, аналізувати та трактувати отриману інформацію:

- аналізувати відповідні дані;
- використовувати клінічне обґрунтування для того, щоб інтерпретувати отримані дані;
- за потреби збирати й аналізувати подальшу інформацію.

2.7. Демонструвати вміння клінічного обґрунтування:

- описувати модель клінічного обґрунтування;
- надавати чітке логічне обґрунтування вибраної послідовності питань та обстежень;

- уміти аналізувати всі отримані дані обстежень для виявлення уражень пацієнта/клієнта та обмежень для його участі в діяльності;
- уміти синтезувати отриману інформацію;
- уміти інтерпретувати отримані дані та встановлювати чіткий діагноз рухового порушення.

2.8. Пояснювати дані обстежень пацієнту/клієнту:

- уміти визначити найголовніші дані з обстеження пацієнта / клієнта та надати їх, пояснивши можливі причини порушення;
- застосовувати навички відповідного спілкування;
- переконатися, що пацієнт/клієнт розуміє вас.

2.9. Розробляти завдання фізичної терапії:

- консультуватися з пацієнтом/клієнтом та іншими досвідченими особами;
- використовувати моделі встановлення завдань;
- встановити та погодити спільні з пацієнтом/клієнтом завдання.

2.10. Складати та обговорювати план втручання:

- вибирати й обговорювати відповідні методи втручання/догляду;
- визначити протипоказання й застереження щодо фізичної терапії;
- залучати пацієнта/клієнта до реалізації плану втручання;
- отримати згоду пацієнта/клієнта на виконання кожної частини плану втручання, включаючи будь-які зміни.

2.11. Об'єктивно та ретельно записувати результати обстеження/тестування:

- дотримуватися етичних та юридичних вимог ведення документації;
- ретельно записувати проведені, вчасні та об'єктивні обстеження, користуючись логічним форматом, який відповідає найкращим професійним інструкціям фахівця і вимогам даного закладу;
- записувати дату, прізвище і/або підпис та вказувати час запису.

2.12. Проводити обстеження й планування відповідно до потреб здоров'я та культурних цінностей населення України:

- визначати існуючу урядову стратегію щодо охорони здоров'я;
- проявляти розуміння медичного права;
- уважно ставитися до пацієнтів/клієнтів та їхніх потреб.

Компетенція 3

Застосовувати та оцінювати заходи фізичної терапії

3.1. Демонструвати безпечне, ефективне й результативне втручання:

- завжди діяти етично;
- забезпечувати пацієнтові/клієнтові конфіденційність, гідність та комфорт;
- застосовувати безпечне, ефективне та вчасне втручання фізичної терапії;
- попередити/мінімізувати ризик та небезпеку під час втручання фізичної терапії;
- проявляти готовність у разі невизначеності, звертатися по допомогу чи скеровувати пацієнта/клієнта до іншого спеціаліста сфери охорони здоров'я;
- забезпечити вчасну перевірку використовуваного обладнання;
- володіти необхідними знаннями щодо процедури під час надзвичайних ситуацій.

3.2. Оцінювати результати втручання фізичної терапії:

- проводити повторне обстеження/ тестування;
- оцінювати ефективність втручання;
- повідомляти пацієнта/клієнта про ці дані;
- визначати ставлення пацієнта/клієнта до результатів втручання.

3.3. Використовувати засоби вимірювання результатів:

- виявляти й підбирати відповідні засоби вимірювання результатів;
- дотримуватися стандартизованих протоколів під час вимірювання результатів;
- інтерпретувати отримані дані.

3.4. Адаптовувати поточну діяльність:

- отримати згоду пацієнта на зміну діяльності;
- надавати пацієнтові/клієнтові відгуки, коригуючи виконання вправ/ дій і за потреби перефразувати інструкції;
- змінювати завдання там, де це необхідно;
- визначати приблизну частоту занять і тривалість виконання плану втручання;
- спільно з пацієнтом/клієнтом погоджувати план втручання.

3.5. Вести ретельні записи результатів втручання:

- дотримуватися юридичних та етичних норм щодо ведення документації;

- записувати проведені ретельні, вчасні та об'єктивні обстеження, користуючись логічним форматом, який відповідає найкращим професійним інструкціям фахівця і вимогам даного закладу;
- записувати дату, прізвище і/або підпис та вказувати час запису;
- робити записи про згоду пацієнта/клієнта на виконання кожної процедури;
- користуватися об'єктивними методами ведення документації.

3.6. Оцінити потребу проведення реабілітаційних втручань:

- оцінити, чи були досягнуті завдання;
- постійно проводити повторні обстеження, щоб оцінити успіх і поставити нові завдання;
- оцінювати ефективність самоуправління пацієнтів/клієнтів;
- застосовувати клінічне обґрунтування й переглядати встановлені завдання.

3.7. Допомогати пацієнту/клієнту зрозуміти і задовольняти його власні потреби:

- навчати пацієнта/клієнта застосувати принципи безпечного самоуправління чи самодогляду в період між терапевтичними заходами;
- знаходити відповідні ресурси та групи професійної підтримки пацієнтів / клієнтів;
- надавати інформацію та сприяти розумінню потреб пацієнта/клієнта;
- надавати пацієнтам/клієнтам програму для самоуправління і/або виконання програми вдома;
- брати участь у командному підході в роботі з пацієнтом/клієнтом.

3.8. Проводити заходи, які відповідають потребам здоров'я та культурним цінностям народу України:

- дотримуватися медичного права;
- вибирати методи втручання, які враховують та забезпечують культурні потреби пацієнтів/клієнтів;
- поважати культурні переконання та їхній вплив на всі аспекти фізичної терапії пацієнта/клієнта;
- визначати команду спеціалістів сфери охорони здоров'я та систему культурної підтримки для кожного пацієнта/клієнта.

3.9. Звертатись до інших фахівців охорони здоров'я в разі виникнення потреби:

- працювати в межах загальної сфери професійної діяльності фізичного терапевта;

- визначати й обговорювати ролі відповідних фахівців охорони здоров'я та існуючі в громаді послуги;
- вчасно спілкуватися з іншими відповідними фахівцями охорони здоров'я, використовуючи належну інформацію;
- залучати, де необхідно, інших фахівців охорони здоров'я;
- стежити, щоб клінічні записи були датованими, зрозумілими, точними й лаконічними;
- забезпечувати, щоб усі необхідні дані були включені у скерування.

3.10. Співпрацювати в команді з іншими фахівцями та робити свій внесок у командну роботу:

- проявляти розуміння командного процесу;
- проявляти розуміння ролей інших фахівців охорони здоров'я;
- брати участь у зборах команди фахівців;
- делегувати обов'язки в команді відповідно до навичок;
- надавати статистичну інформацію щодо професійного втручання, відповідно до вимог закладу.

Компетенція 4

Застосовувати ефективне спілкування

4.1. Володіти методами спілкування:

- обговорювати різні методи спілкування;
- враховувати чинники, які можуть впливати на ефективність спілкування;
- уміти використовувати відкриті й закриті питання;
- визначати та інтерпретувати невербальні методи спілкування.

4.2. Володіти навичками спілкування:

- володіти навичками уважного слухача, уміти поставити правильно питання;
- спілкуватися професійно й зрозуміло з пацієнтами/клієнтами, опікунами/членами сім'ї та іншими учасниками процесу фізичної терапії;
- ставитися до пацієнтів/клієнтів з розумінням і повагою;
- надавати інформацію і завжди переконуватися, що вас розуміють;
- демонструвати навички вербального і невербального спілкування;
- ретельно записувати отриману інформацію.

4.3. Використовувати методи спілкування:

- підбирати відповідні методи спілкування, враховуючи особливості стану конкретного пацієнта;
- залучати до спілкування перекладача, якщо є потреба;

- надавати письмову інформацію зрозумілою мовою;
 - аналізувати свої комунікативні вміння та вміння інших;
 - робити висновки й удосконалювати навички спілкування.
- 4.4. Слухати і правильно трактувати розмови між пацієнтом/клієнтом та його близькими/опікунами:
- слухати уважно пацієнта/клієнта і відповідно реагувати, використовуючи вербальні й невербальні методи;
 - намагатися здобути максимально вичерпну інформацію, ставлячи відповідні запитання;
 - обговорювати процес втручання з пацієнтом/клієнтом та/або членами його/її родини чи іншими працівниками сфери охорони здоров'я, якщо є в цьому потреба;
 - інтерпретувати інформацію точно і достовірно;
 - проводити повторну оцінку ефективності спілкування;
 - опрацьовувати й записувати отриману інформацію належним чином.
- 4.5. Враховувати культурні та мовні відмінності:
- визначити, якою мовою пацієнт/клієнт володіє найкраще;
 - використовувати термінологію і пояснення, прийнятні для культури, віку і статі пацієнта/клієнта та його опікунів/родичів;
 - розпізнавати й уточнювати нову інформацію;
 - завжди переконуватись в тому, що вас розуміють.

Компетенція 5

Застосовувати навчальні принципи в практиці фізичної терапії

5.1. Виявляти й розуміти навчальні принципи:

- обговорювати такі навчальні принципи, як: визначення стилю навчання, індивідуальні та групові заняття, рефлексивні заняття, зорієнтовані на мету, зорієнтовані на студента, надавання й отримання відгуків;
- розробляти навчальний план, який включатиме посилання на сучасні наукові дослідження;
- розробити засоби оцінки.

5.2. Вибирати навчальні ресурси, що найкраще відповідають пацієнту/клієнту та оточенню:

- виявляти індивідуального користувача або групу користувачів;
- оцінити потреби пацієнта/клієнта для того, щоб вибрати належні ресурси і оточення;
- вибирати належний метод надання послуг, залежно від потреб пацієнта / клієнта чи розміру групи;
- виявляти існуючі ресурси або створювати науково доказові ресурси.

5.3. Планувати і проводити навчання, що відповідає пацієнту/ клієнту:

- забезпечити інформацію, приміщення та необхідне обладнання;
- розробити навчальні завдання, змістове наповнення курсу та вибрати рівень розуміння;
- написати навчальну мету та завдання й спланувати формат та послідовність навчальних занять для кращого засвоєння матеріалу;
- проводити заплановані навчальні заняття;
- надавати інформацію в найбільш ефективний спосіб.

5.4. Оцінювати результати навчання та адаптувати навчальний процес у разі потреби:

- підготувати форму оцінювання;
- заохочувати слухачів висловлювати свої відгуки;
- аналізувати відгуки;
- адаптувати навчальний план;
- повторно оцінювати новий навчальний план.

5.5. Проводити та здійснювати адаптацію навчання відповідно до потреб народу України:

- використовувати відповідну форму навчання;
- пристосовувати навчальне середовище до культурних, вікових, гендерних та індивідуальних чи сімейних особливостей пацієнтів / клієнтів;
- користуватися термінологією та мовою, що відповідає культурним, віковим, гендерним, індивідуальним чи сімейним особливостям пацієнтів/клієнтів;
- сприяти використанню перекладу та письмової інформації, поданої відповідною мовою.

Компетенція 6

Застосовувати принципи управління, що стосуються практики фізичної терапії

6.1. Застосовувати принципи організаційного управління в системі охорони здоров'я, ефективно працювати в команді:

- розпізнавати принципи організаційного управління;
- знати систему охорони здоров'я в Україні;
- наводити паралелі, порівнювати систему організації охорони здоров'я з іншими структурами в Україні;

6.2. Розуміти принципи постійного покращення якості послуг:

- визначити складові плану покращення якості послуг;
- розуміти роль заходів гарантування якості послуг – таких, як акредитація, перевірка чи аудит;
- урахувати оцінку колег і проводити самооцінку;
- змінювати, покращувати професійну діяльність відповідно до оцінки та відгуків пацієнтів/клієнтів, колег і наставників;
- брати участь у спеціальних тренінгах, семінарах, курсах підвищення кваліфікації;
- оцінювати й підсумовувати результати тих чи інших заходів та процедур і змінювати підходи відповідно до їх ефективності.

6.3. Ефективно працювати в команді з іншими працівниками сфери охорони здоров'я:

- визначити перешкоди, які можуть завадити ефективному проведенню фізичної терапії;
- знаходити рішення для ефективної роботи команди різних працівників сфери охорони здоров'я;
- ефективно працювати в команді фізичних терапевтів;
- ефективно працювати в системі охорони здоров'я.

6.4. Визнавати принципи делегування та наставництва:

- оцінювати об'єм роботи й ефективно розподіляти обов'язки;
- визначити роль допоміжного персоналу системи охорони здоров'я в Україні;
- розпізнавати принципи наставництва;
- розуміти, як принципи наставництва застосовуються в практиці фізичної терапії.

6.5. Скрупульозно вести документацію, вносити точні і достовірні дані:

- стежити, щоб не порушувались юридичні та етичні норми ведення документації;
- стежити, щоб записи були достовірними, точними та здійснювалися вчасно;
- стежити, щоб статистичні дані записувались регулярно і були доступними.

6.6. Дотримуватись прийнятих стандартів збереження, оприлюднення, транспортування та знищення інформації:

- дотримуватись правил ведення та зберігання інформації;
- розуміти й поважати право пацієнтів/клієнтів на конфіденційність;
 - вести записи так, щоб необхідну інформацію було легко в разі необхідності знайти.

- 6.7. Ефективно розподіляти та використовувати час:
- бути пунктуальним;
 - дотримуватися графіка призначених прийомів і процедур;
 - ефективно розподіляти й використовувати час у ході процедур/занять фізичної терапії з пацієнтом/клієнтом;
 - ефективно розподіляти й використовувати час у межах певного робочого періоду: дня, тижня тощо;
 - встановлювати пріоритети;
 - змінювати пріоритети відповідно до неочікуваних потреб і побажань пацієнта/клієнта;
 - регулярно переглядати об'єм роботи і встановлювати пріоритети.
- 6.8. Визнавати й розуміти юридичні та етичні вимоги до професійної діяльності:
- провадити свою діяльність відповідно до посадової інструкції фахівця фізичної реабілітації/фізичного терапевта;
 - керуватися положеннями основ законодавства України про охорону здоров'я з урахуванням внесених до них змін, доповнень, положень, конвенцій та рекомендацій;
 - керуватися положеннями етичного кодексу Асоціації;
 - провадити свою діяльність у відповідності з іншими нормативними документами, які в той чи інший спосіб стосуються роботи фізичних терапевтів;
 - розуміти концепцію найкращої моделі послуг.

Компетенція 7

Застосовувати науково доказові дані в практиці фізичної терапії

7.1. Уміти здійснювати пошук необхідної науково-методичної літератури:

- уміти використовувати пошуковий процес;
 - розробляти й належним чином адаптувати пошукові стратегії;
 - здійснювати пошук, використовуючи доступні ресурси – такі, як електронні бази даних;
 - обговорювати різні методи статистичного аналізу стосовно різних форм дослідження;
 - обговорювати можливі етичні наслідки та вимоги під час досліджень у сфері охорони здоров'я.
- 7.2. Проявляти розуміння методів дослідження:
- описувати відповідні методи дослідження, які можуть використовуватися для вивчення різноманітних дослідницьких питань;

- мати базове розуміння цінності різних дослідницьких парадигм для досліджень у фізичній терапії;
 - проявляти базове розуміння процесів дослідження;
 - уміти описувати основні елементи форм досліджень;
 - уміти описувати різні методи збору даних;
 - дотримуватися етичних норм дослідницького процесу, включаючи поняття згоди та неприпустимості плагіату.
- 7.3. Уміти критично аналізувати наукову літературу:
- розуміти процес критичного аналізу;
 - уміти застосовувати критичний підхід під час процесу інтерпретації;
 - знаходити відповідні критерії для того, щоб оцінити якість різного типу літератури;
 - бути обізнаним щодо основних біомедичних статистичних даних;
 - уміти критично аналізувати належний підбір наукових праць.
- 7.4. Уміти в науковому форматі доповідати про отримані дані щодо критичного аналізу:
- використовувати належний формат, виходячи з методу наукового дослідження;
 - використовувати стандартизований формат ведення записів;
 - при використанні відомого наукового методу обов'язково цитувати використані джерела;
 - уміти синтезувати інформацію, отриману з кількох джерел;
 - уміти подавати дані наукових досліджень, використовуючи різноманітні методи презентації різним категоріям слухачів.
- 7.5. Впроваджувати сучасні наукові дані в практику фізичної терапії:
- уміти критично аналізувати існуючу практику фізичної терапії, посилаючись на сучасну наукову літературу;
 - уміти обґрунтовувати діяльність фізичної терапії, посилаючись на сучасні наукові дослідження.
- 7.6. Пояснювати науково підтверджені переваги обраного підходу у фізичній терапії:
- обговорювати принципи науково обґрунтованого навчання, критичного аналізу й синтезу літератури та думки експертів і використання усіх найкращих сучасних надбань у роботі з пацієнтом/клієнтом;
 - вміти пояснювати процеси клінічного обґрунтування для підтвердження обраного підходу фізичної терапії;
 - вміти обґрунтовувати обраний підхід фізичної терапії, посилаючись на сучасні наукові дослідження;
 - брати участь у презентаціях та аналізах наукових досліджень;
 - вміти представити доцільність науково обґрунтованого навчання.

Компетенція 8

Провадити професійну діяльність

8.1. Дотримуватися принципів професійної поведінки:

- дотримуватися принципів поведінки й ставлення, прийнятного для суспільства і професії;
- керуватися положеннями етичного кодексу Асоціації;
- ефективно працювати в команді фахівців охорони здоров'я.

8.2. Вести безпечну практичну діяльність:

- проводити безпечні, ефективні і своєчасні процедури фізичної терапії;
- запобігати/мінімізувати ризики та небезпеки під час проведення процедур;
- проявляти вміння залучати інших фахівців, якщо цього потребує стан пацієнта/клієнта, чи виникають суперечливі ситуації;
- переглядати досягнення і поразки;
- вести ретельні інформативні записи з урахуванням культурних і етичних аспектів.

8.3. Планувати та демонструвати докази професійного розвитку:

- оцінювати себе критично;
- вміти представити й оцінити власний досвід, а також визначити навчальні завдання;
- поглиблювати базові знання з допомогою самоосвіти;
- розробляти план безперервного професійного розвитку;
- зберігати всі дані та документацію, що стосуються професійного розвитку;
- черпати знання і досвід у процесі вивчення досвіду колег та свого власного, брати участь у вивченні досвіду колег;
- вносити необхідні зміни в свою діяльність відповідно до результатів оцінювання.

Компетенція 9

Демонструвати самостійну практичну діяльність відповідно до початкового рівня кваліфікації

9.1. Дотримуватися юридичних норм:

- розуміти законодавчі акти, що стосуються фахівців сфери охорони здоров'я;
- займатися професійною практикою в межах чинного законодавства України;
- працювати в межах загальної сфери професійної діяльності фізичного терапевта.

9.2. Дотримуватися відповідних стандартів та етичного кодексу:

- займатися професійною практикою відповідно до державних стандартів та етичного кодексу Асоціації;
- займатися професійною практикою, дотримуючись правил безпеки;
- демонструвати ставлення і поведінку, допустимого для суспільства і професійної діяльності.

9.3. Бути готовим відповідати за наслідки професійної діяльності перед суспільством та іншим фахівцями:

- провадити професійну діяльність з найбільшою користю для пацієнта / клієнта;
- поважати права і гідність усіх осіб;
- визначати ролі та обов'язки інших фахівців сфери охорони здоров'я;
- визначати межі власної професійної діяльності;
- нести відповідальність за власні професійні рішення та дії;
- приймати найкращі можливі рішення, виходячи з принципу науково доказової діяльності;
- проявляти готовність у разі невизначеності звертатися по допомогу до іншого фізичного терапевта;
- сприяти і брати участь у постійному удосконаленні професійного рівня.

9.4. Будучи фізичним терапевтом початкового рівня кваліфікації, демонструвати готовність до самостійної практичної діяльності, у тому числі застосування базових знань щодо серцево-судинної, дихальної, неврологічної систем та системи опорно-рухового апарату:

- вміти розпізнавати найбільш сприятливі для фізичної терапії можливості і умови;
- самостійно проводити обстеження/огляд та втручання/догляд пацієнтів/клієнтів з поодинокими чи численними проблемами;
- проявляти готовність у разі недостатньої компетентності, скеровувати пацієнта/клієнта до іншого фізичного терапевта;
- вміти знаходити відповідні необхідні структури та надавачів послуг у межах громади;
- пропагувати і сприяти здоровому способу життя.

ЗАТВЕРДЖЕНО
II Конференцією ГО «УАФТ»
Протокол № 1 від 28.05.09 р.

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС
членів громадської організації
«Українська Асоціація фізичної терапії»

Етичний кодекс членів громадської організації «Українська Асоціація фізичної терапії» (далі – Асоціація) – це документ, який містить загальноприйняті принципи професійної поведінки, що базуються на засадах гуманізму, милосердя й етичних норм, які є основою для регулювання соціальних, економічних та професійних взаємовідносин з пацієнтом / клієнтом.

В етичному кодексі Асоціації визначені положення, які є принциповими орієнтирами в питаннях професійної діяльності, виконання службових обов'язків, організації взаємодії з пацієнтами/клієнтами. У документі визначено шляхи розв'язання моральних проблем та прийняття найбільш адекватного професійного рішення в етичних питаннях.

В основу етичного кодексу Асоціації покладено міжнародні етичні принципи й стандарти діяльності фізичних терапевтів, які затверджені на загальних зборах Світової конфедерації фізичної терапії.

1. Члени Асоціації поважають права та гідність усіх людей.

1.1. Усі люди, які потребують послуг членів Асоціації, 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 більш відповідного і кваліфікованого фахівця.

1.8. Пацієнт/клієнт має право на:

- участь у виборі послуг;
- інший вибір послуг;
- відмову від послуг.

1.9. Пацієнт/клієнт має право подавати скарги та отримувати відповіді на них.

1.10. Члени Асоціації демонструють професійну поведінку, яка виключає сексуально неналежну поведінку фахівця.

1.11. Члени Асоціації мають право розраховувати на співпрацю з боку своїх колег.

1.12. Члени Асоціації повинні дотримуватися законодавства України.

2. Члени Асоціації керуються законами та правилами, які регулюють роботу фахівців фізичної реабілітації/фізичних терапевтів в Україні.

2.1. Члени Асоціації повинні мати повне розуміння законів та правил, які регулюють їх роботу, визнаючи, що незнання не є виправданням при їх порушенні.

2.2. Члени Асоціації мають право відмовити в наданні своїх послуг або втрутитися, якщо послуги, на їхню думку, не відповідають інтересам пацієнта/клієнта.

3. Члени Асоціації несуть відповідальність за прийняті рішення.

3.1. Члени Асоціації мають право на професійну незалежність та автономію.

3.2. Члени Асоціації є кваліфікованими спеціалістами в прийнятті незалежних рішень щодо надання послуг, у яких вони мають знання та вміння, за які є відповідальними.

3.3. Для кожного пацієнта/клієнта, якому надаються послуги, члени Асоціації проводять відповідне реабілітаційне обстеження з метою визначення реабілітаційного діагнозу.

3.4. Спираючись на дані реабілітаційного діагнозу та дотичну інформацію про пацієнта/клієнта, особливо на завдання втручання, члени Асоціації планують та виконують реабілітаційну програму.

3.5. У разі досягнення поставлених завдань або неможливості досягнення подальшого прогресу члени Асоціації повинні в доступній формі поінформувати про це пацієнта/клієнта.

3.6. Якщо реабілітаційний діагноз є нечітким або ж належна реабілітаційна програма виходить за межі повноважень, члени Асоціації повинні поінформувати про це пацієнта/клієнта та забезпечити допомогу при скеруванні до іншого кваліфікованого спеціаліста.

3.7. Члени Асоціації не повинні делегувати нефахівцям жодних видів діяльності, які вимагають унікальних вмінь і навичок фахівця фізичної реабілітації/фізичного терапевта.

3.8. За умови, коли скерування медичного працівника визначає реабілітаційну програму або ж її продовження, що не відповідає судженню (переконанням) члену Асоціації, останній повинен обговорити цю програму з фахівцями охорони здоров'я з метою:

- складання більш відповідного плану реабілітації;
- скерування до іншого кваліфікованого фахівця, послуги якого будуть корисними для пацієнта/клієнта.

4. Члени Асоціації надають чесні, компетентні та підзвітні послуги.

4.1. Члени Асоціації гарантують надання повної інформації щодо змісту запропонованих послуг, зокрема стосовно витрат часу та фінансів.

4.2. Члени Асоціації зобов'язуються підтримувати та покращувати професійні знання і вміння шляхом постійної, планованої особистої програми професійного розвитку.

4.3. Члени Асоціації ведуть відповідні записи з метою визначення ефективності реабілітаційних послуг та оцінювання власної діяльності.

4.4. Члени Асоціації не повинні розголошувати інформацію про пацієнта/клієнта третій особі без його дозволу, за винятком, якщо цього вимагає закон.

4.5. Члени Асоціації беруть участь в оцінюванні професійної діяльності співпрацівників, результати якого не повинні бути розголошеними третій особі без їх дозволу.

4.6. Члени Асоціації повинні належним чином документувати дані про пацієнта/клієнта та і разі необхідності забезпечити доступ до інформації іншим фахівцям.

4.7. Етичні принципи, якими регулюється робота членів Асоціації, повинні бути пріоритетними щодо будь-якого бізнесу або діяльності, де наявний конфлікт інтересів, за необхідності члени Асоціації можуть звертатися за допомогою та консультацією до Асоціації.

4.8. Заходи фізичної реабілітації / терапії, що застосовуються членами Асоціації, повинні бути доцільними, необхідними та ефективними для досягнення реабілітаційних завдань.

4.9. Члени Асоціації несуть відповідальність за свідоме зловживання послугами, які вони надають.

5. Члени Асоціації виявляють відданість у забезпеченні якісними послугами пацієнтів / клієнтів відповідно до стандартів якості та завдань, визначених Асоціацією.

5.1. Члени Асоціації повинні бути обізнані щодо сучасних стандартів діяльності та гарантувати їх дотримання.

5.2. Члени Асоціації повинні підвищувати свою фахову кваліфікацію, здобуваючи нові знання, вміння та навички.

5.3. Члени Асоціації повинні підтримувати науково-дослідницьку діяльність з метою покращення якості послуг, які надаються пацієнтам/клієнтам.

5.4. Члени Асоціації повинні підтримувати якість навчання в академічних та клінічних закладах.

5.5. Члени Асоціації, які займаються науково-дослідницькою роботою, повинні дотримуватися сучасних правил та процедур їх проведення забезпечуючи:

- згоду осіб, які беруть участь у дослідженні;
- конфіденційність;
- безпеку осіб, які беруть участь у дослідженні;
- відсутність підробки та плагиату.

5.6. Члени Асоціації можуть вільно поширювати результати своєї науково-дослідницької роботи, публікуючи їх та доповідаючи на конференціях.

5.7. Члени Асоціації як роботодавці повинні пересвідчитися, що усі працівники мають відповідну кваліфікацію.

6. Члени Асоціації мають право на належний рівень оплати за свої послуги.

6.1. Члени Асоціації мають право на отримання плати за надані послуги.

6.2. Члени Асоціації не мають права застосовувати недоцільні та надмірні заходи фізичної реабілітації / терапії з метою власної вигоди.

7. Члени Асоціації забезпечують вичерпну інформацію про свої послуги.

7.1. Члени Асоціації можуть брати участь у розробленні навчальних програм.

7.2. Члени Асоціації зобов'язані правдиво інформувати громадськість та інших фахівців про зміст своїх послуг.

7.3. Члени Асоціації можуть рекламувати свої послуги та забезпечувати громадськість інформацією про свою діяльність, не використовуючи неправдиві, фальшиві, нечесні або емоційні твердження та заяви.

7.4. Члени Асоціації повинні претендувати лише на такі назви професії, які правильно описують їхній професійний статус.

8. Члени Асоціації роблять внесок у планування та розвиток послуг, які відповідають потребам громадськості.

8.1. Члени Асоціації зобов'язані брати участь у плануванні послуг, які відповідають оптимальним потребам охорони здоров'я громадськості.

8.2. Члени Асоціації зобов'язані працювати в напрямі досягнення справедливості при забезпеченні охорони здоров'я усіх людей.

Додаток Б

ФОРМА індивідуальної програми реабілітації інваліда, що видається медико-соціальними експертними комісіями

Індивідуальна програма реабілітації інваліда є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, організаціями, у яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості, типу і форми власності (ст. 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»)

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА реабілітації інваліда № _____ (вікова категорія від 18 років і старше)

Дата заповнення _____ МСЕК _____
(найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда _____
2. Дата народження _____
3. Стать _____
4. Місце проживання _____ Тел. _____
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
6. Професія _____
7. Працює (спеціальність, посада) _____
8. Група інвалідності _____ Причина інвалідності _____
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____
12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____
13. Обмеження життєдіяльності:
14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація (табл. Б1)

Таблиця Б1

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	Обсяг	Термін проведення	Місце проведення		
1	2	3	4	5	6
I. Послуги					
1. Медична реабілітація					
Відновна терапія					
Профілактичні заходи					
Реконструктивна хірургія					
Санаторно-курортне лікування					
Психіатрична допомога					
Слухопротезування					
Кохлеарна імплантація					
Медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
Консультування					
Психолого-педагогічна діагностика					
Психолого-педагогічний патронаж					
Психологічна та педагогічна корекція					
Освітні послуги:					
- колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання					
- індивідуальна форма навчання					
- дистанційна форма навчання, екстернат					

Продовження таблиці Б1

1	2	3	4	5	6
3. Фізична реабілітація					
Консультування					
Ерготерапія					
Кінезотерапія					
Лікувальний масаж					
Лікувальна фізична культура					
4. Професійна реабілітація					
Експертиза потенційних професійних здібностей					
Професійна орієнтація					
Професійний відбір					
Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
Професійна освіта					
5. Трудова реабілітація					
Пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
Рациональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
Види професій і спеціальності, доступні за станом здоров'я					

Продовження таблиці Б1

1	2	3	4	5	6
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
Навчання навичкам занять з фізичної культури					
Оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів					
Навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
Заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
Навчання основним соціальним навичкам					
Пристосування меблів, устаткування обладнання для адаптації житлових приміщень					
Соціально-побутовий пагіронаж					
Працетерапія					
II. Технічні та інші засоби реабілітації					
I. Засоби пересування:					
– крісла-колісні (коляски) різних типів					
– палиці					
– милиці					
– допоміжні засоби для ходіння					

Продовження таблиці Б1

1	2	3	4	5	6
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: – мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби – спеціальні магнітофони – електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом – телевізійні збільшувальні прилади – прилад для письма шрифтом за Брайлем – тифломагнітоли – машини, що читають – папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля – диктофони – плеєри для відтворення звукозапису – годинник – книги, видруковані шрифтом Брайля – тростини тактильні					
3. Спеціальні засоби для самообслуговування: – допоміжні побутові пристрої					

Продовження таблиці Б1

1	2	3	4	5	6
4. Спеціальні засоби для догляду: – допоміжні засоби для туалету – допоміжні засоби для підймання – крісла-стілці із санітарним оснащенням					
5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю: – комп'ютерні програми для навчання – спеціальні підручники, література шрифтом Брайля – меблі спеціального призначення					
6. Протезні вироби: – ортопедичні вироби – ортопедичне взуття – спеціальний одяг					
7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: – тренажери – спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту – шведська стінка – інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання					

1	2	3	4	5	6
III. Вироби медичного призначення – протезування клапанів – забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) – ендпротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ – сечоприймачі – калоприймачі – слухові апарати – очні протези (тимчасові або індивідуальні) – окуляри – контактні лінзи – лупи – гіперокуляри – світлофільтри – діафрагмальні, мінусові ручні лінзи – акустичні окуляри – тростини – епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока – протези зубів, щелеп					

15. Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).

16. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати)

17. Проведена співбесіда з інвалідом.

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання інваліда, його законного представника) _____

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника) _____

Підпис голови МСЕК Печатка МСЕК

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилася (підкреслити).

21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують (підкреслити).

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (підкреслити або вказати яких) _____

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

21.7. Причини невиконання ІПР: небажання інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше (підкреслити).

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів МСЕК _____

**ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА
реабілітації дитини-інваліда № _____
(вікова категорія від 0 до 18 років)**

- Дата заповнення _____ ЛКК _____
- Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда _____
 - Дата народження _____
 - Стать _____
 - Місце проживання _____ Тел. _____
 - Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
 - Професія _____
 - Працює (спеціальність, посада) _____
 - Наявність інвалідності _____
 - Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
 - Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити).
 - Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____
 - Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____
 - Обмеження життєдіяльності.
 - Реабілітаційні заходи та їх реалізація (табл. Б2).
 - Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).
 - Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати).
 - Проведена співбесіда з дитиною-інвалідом, її законним представником.
Дата _____ Підпис фахівця _____
 - Додаткові відмітки (побажання дитини-інваліда, її законного представника) _____
 - Дата контролю за виконанням ІПР _____
 - Підпис інваліда (законного представника дитини-інваліда)
Підпис голови ЛКК _____
Печатка ЛКК _____

Таблиця Б2

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК				Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	Обсяг	Термін проведення	Місце проведення	Місце проведення		
1	2	3	4	5	6	
I. Послуги						
1. Медична реабілітація						
Відновна терапія						
Профілактичні заходи						
Реконструктивна хірургія						
Санаторно-курортне лікування						
Психіатрична допомога						
Слухопротезування						
Кохлеарна імплантація						
Медичне спостереження						
2. Психолого-педагогічна реабілітація						
Консультавання						
Психолого-педагогічна діагностика						
Психолого-педагогічний патронаж						
Психологічна та педагогічна корекція						
Освітні послуги:						
– колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання						
– індивідуальна форма навчання						
– дистанційна форма навчання, екстернат						

Продовження таблиці Б2

1	2	3	4	5	6
3. Фізична реабілітація					
Консультування					
Ерготерапія					
Кінетотерапія					
Лікувальний масаж					
Лікувальна фізична культура					
4. Професійна реабілітація					
Експертиза потенційних професійних здібностей					
Професійна орієнтація					
Професійний відбір					
Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
Професійна освіта					
5. Трудова реабілітація					
Пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
Раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
Види професій і спеціальностей, доступні за станом здоров'я					

Продовження таблиці Б2

1	2	3	4	5	6
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
Навчання навичкам занять з фізичної культури					
Оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів					
Навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
Заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
Навчання основним соціальним навичкам					
Пристосування меблів, устаткування обладнання для адаптації житлових приміщень					
Соціально-побутовий патронаж					
Працетерапія					
II. Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування:					
– крісла-колісні (коляски) різних типів					
– палиці					
– милиці					
– допоміжні засоби для ходіння					

Продовження таблиці Б2

1	2	3	4	5	6
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: – мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби – спеціальні магнітофони – електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом – телевізійні збільшувальні прилади – прилад для письма шрифтом за Брайлем – тифломагнітоли – машини, що читають – папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля – диктофони – плеєри для відтворення звукозапису – годинник – книги, видруковані шрифтом Брайля – тростини тактильні					
3. Спеціальні засоби для самообслуговування: – допоміжні побутові пристрої					

Продовження таблиці Б2

1	2	3	4	5	6
4. Спеціальні засоби для догляду: – допоміжні засоби для туалету – допоміжні засоби для підймання – крісла-стілці із санітарним оснащенням					
5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю: – комп'ютерні програми для навчання – спеціальні підручники, література шрифтом Брайля – меблі спеціального призначення					
6. Протезні вироби: – ортопедичні вироби – ортопедичне взуття – спеціальний одяг					
7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: – тренажери – спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту – шведська стінка – інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання					

1	2	3	4	5	6
III. Вироби медичного призначення – протезування клапанів – забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) – ендпротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ – сечоприймачі – калоприймачі – слухові апарати – очні протези (тимчасові або індивідуальні) – окуляри – контактні лінзи – лупи – гіперокуляри – світлофільтри – діафрагмальні, мінусові ручні лінзи – акустичні окуляри – тростини – епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока – протези зубів, щелеп					

21. Результати реабілітації:
- 21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).
- 21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилася (підкреслити).
- 21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі, частково, не компенсують.
- 21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (указати яких) (підкреслити).
- 21.5. ІПР виконана: у повному обсязі, частково, не виконана (підкреслити).
- 21.6. Мета ІПР: досягнута, не досягнута (підкреслити).
- 21.7. Причини невиконання ІПР: небажання законного представника дитини-інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги.

Підсумки ЛКК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів ЛКК _____
 (ініціали, прізвище)

Печатка ЛКК _____ Дата _____

Вимірювання амплітуди рухів у суглобах

Рух у суглобі	Положення центру кутотіра	Положення бранші кутотіра	
		першої	другої
Згинання, розгинання, відведення, приведення в плечовому суглобі	Головка плечової кістки	Акроміон – найвища точка клубової кістки	Акроміон – зовнішній відросток плечової кістки
Згинання і розгинання в ліктьовому суглобі	Зовнішній віросток плечової кістки	Зовнішній віросток плечової кістки – акроміон	Зовнішній віросток плечової кістки – шилоподібний відросток променевої кістки
Згинання і розгинання в променево-зап'ястному суглобі	Шилоподібний відросток ліктьової кістки	По зовнішній лінії ліктьової кістки	По лінії V п'яної кістки
Відведення і приведення в променево-зап'ястному суглобі	На середині відстані між дистальними кінцями ліктьової та променевої кісток	Посередині між ліктьовою і променевою кістками	Посередині між III і IV пальцями
Згинання і розгинання в кульшовому суглобі	Великий вертел	Головка стегнової кістки – середина пахвової западини	Головка стегнової кістки – зовнішній відросток стегна
Відведення і приведення в кульшовому суглобі	Великий вертел	Великий вертел	Це саме
Згинання і розгинання в колінному суглобі	Зовнішній віросток стегна	Зовнішній віросток стегна – великий вертел	Зовнішній віросток стегна – зовнішня щиколотка
Згинання і розгинання в гомілковостопному суглобі	Внутрішня щиколотка	Внутрішня щиколотка – внутрішній віросток стегна	Внутрішня щиколотка – середина I плюсне-фалангового суглобу

Функціонально-руховий тест (Keitel W. et al., 1971)

Завдання	Оцінка	Максимальна кількість балів	
		права кінцівка	ліва кінцівка
1	2	3	4
1. Кінчик I пальця торкається подушечки мізинця	3 – завдання виконується швидко в повному обсязі 2 – виконується, але повільно 1 – кінчик I пальця торкається основної фаланги III або IV пальця 0 – завдання не виконується	3	3
2. Згинання II і IV пальців	2 – палець згинається нормально 1 – палець не згинається нормально, торкається долоні 0 – кінчик пальця не доходить до долоні	2	2
3. Покласти передпліччя горизонтально на край столу, долоні з'єднати, пальці вгору	3 – завдання виконується повністю 2 – виконується повністю, але повільно 1 – можливе долонне або тильне згинання променево-зап'ястного суглобу; у сумнівних випадках оцінюється рух кожної китиці окремо 0 – завдання не виконується	3	3
4. Покласти передпліччя горизонтально на край столу, долоні з'єднати, пальці вниз	Див. № 3	3	3
5. Обидві долоні тильною поверхнею на стіл, лікті зігнути під кутом 90 градусів. Децю підняти ульнарний край	2 – завдання виконується повністю 1 – виконується перша частина завдання 0 – завдання не виконується	2	2

Продовження таблиці Г1

1	2	3	4
6. Китиці радіальними краями на стіл, І палець вниз перед кішцем столу. З'єднати ульнарні краї долонь. Тулуб не нахилити в бік	2 – завдання виконується повністю 1 – долоні зберігають вертикальне положення, ульнарний край не з'єднується 0 – долоні не встановлюються вертикально	2	2
7. Обидві китиці одночасно до плечей	2 – можливе сповільнене виконання 1 – кінці пальців наближаються до пліч до 5 см 0 – відстань більше 5 см	2	2
8. Обидві китиці на потилицю нижче лінії вух	3 – завдання виконується швидко в повному обсязі 2 – виконується, але повільно 1 – кінці пальців дотикаються до потилиці 0 – не дотикаються до потилиці	3	3
9. Завести руку за спину, торкнутися пальцями протилежної лопатки	5 – завдання виконується в повному обсязі 3 – пальці не торкаються лопатки 2 – рука заводиться за спину на рівні попереку 1 – китиця торкається бокової поверхні тулуба	5	5
10. Сісти з положення лежачи	6 – виконується з витягнутими вперед руками 5 – виконується повільно, з витягнутими вперед руками 4 – спираючись на руки 2 – зі сторонньою допомогою 0 – завдання не виконується	6	6
11. У положенні лежачи на спині широко розвести ноги	2 – на 50 см і більше 1 – менше 50 см 0 – менше 20 см	2	2
12. Встати з кушетки	<i>Див. № 10</i>	6	6
13. Стояння на пальчиках 15 с	2 – завдання виконується 1 – менше 15 с 0 – завдання не виконується	2	2
14. Стояння на п'ятках (стояти прямо)	<i>Див. № 13</i>	2	2

Закінчення таблиці Г1

1	2	3	4
15. Присідання, торкаючись п'яток	2 – завдання виконується повністю 1 – виконується, але повільно 0 – не виконується	2	2
16. Зовнішні оберти в кульшовому суглобі. Покласти п'ятку однієї ноги на другу ногу. Кут осі ступні більше 90	2 – завдання виконується швидко в повному обсязі 1 – кут осі 90 градусів 0 – завдання не виконується	2	2
17. Стоячи на одній нозі	<i>Див. № 13</i>	2	2
18. Зігнути коліно, поставити ступню на крісло	2 – можливе сповільнене виконання 1 – нога піднімається з підлоги 0 – нога не піднімається з підлоги	2	2
19. Стоячи на відстані 1 м від крісла, підняти пряму ногу і покласти на крісло	<i>Див. № 13</i>	2	2
20. Ходьба по коридору	6 – виконується в повному обсязі протягом 20 с 5 – за часом, але повільно 4 – 25 с 3 – 30 с 2 – 40 с 1 – кілька кроків з допомогою	6	6
21. Підйом по сходах: 10 сходинок вгору і 10 сходинок вниз	3 – за 7 с, не тримаючись за перила 2 – до 14 с, тримаючись за перила 1 – більше 14 с або кілька сходинок повільно 0 – завдання не виконується	3	3
Усього 110 балів			

При виконанні завдання № 13–19 хворий може притримуватися руками за спинку крісла.

Навчальне видання

ГРИГУС Ігор Михайлович
НАГОРНА Ольга Борисівна

ОСНОВИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Навчальний посібник

Дизайн обкладинки В. Савельєва
Технічне редагування Т. Шутова
Верстка Ю. Семенченко



Підписано до друку 16.05.2022 р.
Формат 60×84/16. Папір офсетний.
Цифровий друк. Гарнітура Minion Pro.
Ум. друк. арк. 8,72.
Наклад **300**. Замовлення № 0622-046.

Видавництво та друк: Олді+
73034, Україна, м. Херсон, вул. Паровозна, 46а
Свідоцтво ДК № 7546 від 13.12.2021 р.

Тел.: +38 (098) 559-45-45,
+38 (095) 559-45-45, +38 (093) 559-45-45
Для листування: а/с 20, м. Херсон, Україна, 73021
E-mail: office@oldiplus.ua

