

Волинський національний університет імені Лесі Українки
Медичний факультет
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Ольга Андрійчук

**ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ
ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

Навчально-методичний посібник

Луцьк
ПП «Волинська друкарня»
2022

УДК 615.8(075.8)

А 65

*Рекомендовано до друку та використання у навчальному процесі
науково-методичною радою*

*Волинського національного університету імені Лесі Українки
(протокол № 4 від 14 грудня 2021 р.)*

Укладач: *Андрійчук О. Я.* – доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор, завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії Волинського національного університету імені Лесі Українки

Рецензенти:

Тимрук-Скоропад К. А. – доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського;

Якобсон О. О. – кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічної медицини Волинського національного університету імені Лесі Українки

Андрійчук О. Я.

А 65 Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії [текст] : навчально-методичний посібник / Ольга Ярославівна Андрійчук. Луцьк : ПП «Волинська друкарня», 2022. 264 с.

ISBN 978-617-8018-23-8

У посібнику подано головні питання ключових тем із основ практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії. Змістове наповнення відповідає сучасним нормативно-правовим актам щодо діяльності фахівців у сфері реабілітації, організації реабілітаційної допомоги, особливостям роботи у складі мультидисциплінарної команди. Розглянуто питання академічної доброчесності здобувачів освіти.

Рекомендовано студентам спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія».

УДК 615.8(075.8)

ISBN 978-617-8018-23-8

© Андрійчук О. Я., 2022

© Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2022

ЗМІСТ

Передмова	4
Компетентності, які студент здобуде при вивченні дисципліни	7
Вступ. Історичні аспекти розвитку і становлення фізичної терапії та ерготерапії.....	10
Охорона здоров'я. Медична та реабілітаційна допомога	35
Принципи реабілітації, форми реабілітаційних заходів	56
Індивідуальна програма реабілітації	67
Реабілітаційні періоди. Санаторно-курортне лікування та реабілітація.....	86
Критерії життєдіяльності, інвалідність. Реабілітація осіб із інвалідністю	125
Ерготерапія. Професійна та трудова реабілітація	139
Оцінка ефективності реабілітації. Особливості партнерства та роботи в мультидисциплінарній команді. Академічна доброчесність	162
Політика оцінювання	187
Підсумковий контроль	188
Рекомендована література	192
Додатки	198

ПЕРЕДМОВА

Навчальна дисципліна «Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії» – базова дисципліна для студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія.

Сучасна концепція фізичної терапії та ерготерапії ґрунтується на фундаментальних поняттях і медико-біологічному обґрунтуванні механізмів впливу різноманітних чинників на життєдіяльність організму, системи забезпечення гомеостазу та їх пристосування до нових умов існування чи морфо-функціональних змін організму після травм і перенесених хвороб.

«Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії» включає ознайомлення студентів із державними, соціально-економічними, психологічними, професійними, педагогічними й іншими заходами, які спрямовані на запобігання ускладненням захворювань, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, й повернення хворих чи осіб із інвалідністю до суспільно корисної праці. Ефективність перерахованих вище заходів значною мірою визначається узгодженістю усіх ланок реабілітаційного процесу, а також командною роботою мультидисциплінарної команди.

Мета навчальної дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії (вступ до спеціальності)» – сформува-ти систему знань і цілісного уявлення щодо теоретичних засад й основ практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії в системі охорони здоров'я, а також розуміння значення своєчасного застосування засобів фізичної терапії для попередження ускладнень і підвищення ефективності у комплексному відновленні після травм чи захворювань.

Опанування дисципліни дасть фахівцеві змогу в подальшому розробляти індивідуальну реабілітаційну програму, організувати процес фізичної терапії та ерготерапії й об'єктивізувати її ефективність.

Основа формування знань, умінь і навичок у навчальній дисципліні «Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії» – лекційні й практичні заняття, індивідуальні консультації, а також самостійна робота.

Дидактичне завдання лекції – не тільки ознайомлення студентів із основним змістом, принципами, закономірностями, головними ідеями практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії, а й підготовка до подальшої самостійної роботи.

Практичне заняття – вид навчального заняття, під час якого організовується докладний розгляд студентами окремих теоретичних положень освітнього компонента і формуються вміння та навички їх практичного застосування. Основна дидактична мета практичного заняття – розширення, поглиблення та деталізація наукових знань, отриманих студентами на лекціях і в процесі самостійної роботи й спрямованих на підвищення рівня засвоєння навчального матеріалу, прищеплення умінь і навичок, розвиток наукового мислення й усного мовлення молоді. Бали, отримані студентом на практичному занятті, враховуються під час виставлення підсумкової оцінки з навчального компонента (дисципліни).

Самостійна робота студента – найважливіша форма навчання, обов'язковий компонент його навчальної та навчально-пізнавальної діяльності. Її ефективність значною мірою визначає якість професійної підготовки фахівця. Самостійна робота передбачає оволодіння навчальним матеріалом у вільний від обов'язкових навчальних занять час.

Самостійна робота студента з дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії» включає:

- опрацювання теоретичних основ лекційного матеріалу;
- вивчення окремих тем або питань, що не розглядаються курсом лекцій;
- підготовку до лабораторних занять;
- систематизацію вивченого матеріалу перед підсумковим контролем.

Студент може виконувати самостійну роботу над засвоєнням навчального матеріалу в бібліотеці, навчальних кабінетах, комп'ютерних класах (лабораторіях), а також у домашніх умовах. Навчальний матеріал передбачений для засвоєння студентом у процесі самостійної роботи виносить на підсумковий контроль поряд із навчальним матеріалом, який опрацьовувався під час проведення навчальних занять.

Індивідуальна робота студента – це форма організації навчального процесу, яка передбачає створення умов для якнайповнішої реалізації його творчих можливостей через індивідуально спрямований розвиток здібностей, науково-дослідну роботу й творчу діяльність. Індивідуальна робота студента включає виконання індивідуального навчально-дослідного завдання (ІНДЗ). Воно сприяє поглибленому вивченню студентом теоретичного матеріалу, формуванню вміння використовувати знання для розв’язання відповідних практичних завдань. Студент виконує індивідуальні завдання самостійно під керівництвом викладачів. Форми ІНДЗ – доповідь, створення презентацій, складання блок-схем, таблиць.

КОМПЕТЕНТНОСТІ, ЯКІ СТУДЕНТ ЗДОБУДЕ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ

При опануванні дисципліни та вивченні всіх тем освітнього компонента студент досягне певних результатів навчання.

Загальні компетентності:

- знання та розуміння предметної сфери і професійної діяльності;
- здатність діяти на основі етичних міркувань;
- навички міжособистісної взаємодії;
- здатність працювати в команді;
- уміння мотивувати людей і рухатися до спільної мети;
- здатність планувати й управляти часом, використовувати інформаційні та комунікаційні технології;
- здатність до пошуку, оброблення й аналізу інформації з різних джерел;
- уміння вчитися й опановувати нові знання;
- здатність застосовувати набуті навички у практичних ситуаціях;
- уміння діяти соціально відповідально та свідомо;
- здатність реалізувати свої права й обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та потреби його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини й громадянина в Україні;
- уміння зберігати і примножувати моральні, культурні, наукові цінності й досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області.

Фахові компетентності:

- здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу в заходах фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок із охороною здоров'я;
- уміння враховувати медичні, психолого-педагогічні, соціальні аспекти у практиці фізичної терапії, ерготерапії;
- здатність провадити безпечно для пацієнта/клієнта та фахівця-практика діяльність із фізичної терапії, ерготерапії у травматології й ортопедії, неврології та нейрохірургії, кардіології та пульмонології, а також інших сферах медицини;

– уміння допомогти пацієнту/ клієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст і потребу виконання програми фізичної терапії та ерготерапії;

– здатність ефективно реалізовувати програму фізичної терапії та/ або ерготерапії;

– уміння забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/ або ерготерапії функціональним можливостям і потребам пацієнта/ клієнта;

– здатність адаптувати свою поточну практичну діяльність до змінних умов;

– уміння навчати пацієнта/опікунів самообслуговуванню/догляду, профілактиці захворювань, травм, ускладнень і неповносправності, здоровому способу життя;

– здатність знаходити шляхи постійного покращення якості послуг фізичної терапії та ерготерапії.

Програмні результати навчання:

1. Демонструвати готовність до зміцнення та збереження особистого й громадського здоров'я через використання рухової активності людини та проведення роз'яснювальної роботи серед пацієнтів/ клієнтів, членів їхніх родин, медичних фахівців, а також покращення довкілля громади;

2. Використовувати сучасну комп'ютерну техніку; знаходити й аналізувати інформацію з вітчизняних і зарубіжних джерел, потрібну для виконання професійних завдань й ухвалення фахових рішень.

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

4. Діяти згідно з нормативно-правовими вимогами та нормами професійної етики.

5. Застосовувати сучасні науково-доказові дані у професійній діяльності.

6. Вербально і невербально спілкуватися з особами та групами співрозмовників різних за віком, рівнем освіти, соціальною і професійною належністю, психологічними та когнітивними якостями тощо, у мультидисциплінарній команді.

7. Проводити інструктаж і навчання клієнтів, членів їхніх родин, колег і невеликих груп.

8. Оцінювати себе критично; засвоювати нову фахову інформацію, поглиблювати знання за допомогою самоосвіти; оцінювати й представляти власний досвід, аналізувати і застосовувати досвід колег.

ВСТУП. ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ І СТАНОВЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

*Здоров'я – це цінність, і притому єдина,
заради якої дійсно варто
не тільки не шкодувати часу,
сил, праці й всяких благ, але й пожертвувати
заради нього частинкою самого життя,
оскільки життя без нього стає
нестерпним і принизливим.*

М. Монтень

Зміст теми:

1. Визначення поняття «реабілітація» (ВООЗ, 1963 р.).
2. Латинське трактування терміна «rehabilitation».
3. Трактування поняття «реабілітація».
4. Визначення термінів «фізична та реабілітаційна медицина», «фізична терапія».
5. Фахівці з реабілітації.
6. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда, завдання та обов'язки її членів.
7. Технології фізичної терапії.
8. Авторські методики фізичної терапії й ерготерапії.

1903 р. Франц Йозеф Раттер фон Бус уперше використав поняття «реабілітація» у книзі «Система загального піклування над бідними», маючи на увазі благодійну діяльність.

15 квітня 1921 р. відбулося заснування першого у світі об'єднання фізичних реабілітологів – Американської асоціації жінок – фізичних терапевтів (англ. *American Women's Physical Therapeutic Association*).

1921 р. було видано підручник «Масаж і лікувальні вправи» (автор англ. *Mary McMillan*).

1922 р. вперше в світі створено Міжнародне товариство по догляду за дітьми з інвалідністю, яке займалося розробкою найважливіших питань реабілітації.

1933 р. в Австралії було відкрито клініку, яка спеціалізувалася на лікуванні поліомієліту лише засобами фізичної реабілітації.

1938 р. відбувся перший загальнонаціональний конгрес фахівців з фізичної реабілітації.

1951 р. в Копенгагені (Данія) була створена Всесвітня конфедерація фізичної терапії (*World Confederation for Physical Therapy*), основним завданням якої стала популяризація значення фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я. За ініціативою конфедерації з 1996 року 8 вересня щорічно відзначається Всесвітній день фізичної терапії (*World Physical Therapy Day*).

1958 р. під час засідання Комітету експертів ВООЗ з медичної реабілітації було наголошено на потребі застосування реабілітації для зменшення негативних фізичних, психічних, соціальних наслідків захворювань і звернено увагу на доцільність розвитку реабілітаційних служб.

1961 р. у Варшавській медичній академії відкрито кафедру і клініку реабілітації.

З 21 березня 1991 року Постановою Верховної ради України був введений в дію Закон «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». Питання реабілітації осіб з інвалідністю почали вирішувати на законодавчому рівні.

22 лютого 1992 р. Постановою Кабінету Міністрів України було затверджено «Положення про медико-соціальну експертизу». У ньому зазначено, що «медико-соціальна експертиза виявляє компенсаторно-адаптаційні можливості осіб, реалізація яких сприятиме функціональній, соціальній, психологічній реабілітації осіб з інвалідністю».

14 жовтня 1992 р. був ухвалений Закон України «Про охорону праці». У ст. 12 зазначено, що підприємства, які використовують працю осіб із інвалідністю, зобов'язані створювати для них умови праці з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії й індивідуальних програм реабілітації, вживати додаткових заходів безпеки праці, які відповідають індивідуальним особливостям цієї категорії працівників.

У випадках, передбачених законодавством, роботодавець повинен організувати навчання, перекваліфікацію і працевлаштування осіб з інвалідністю відповідно до медичних рекомендацій.

20 грудня 1993 р. Генеральна Асамблея ООН ухвалила резолюцію «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів», у якій термін «реабілітація» означає процес, який має на меті допомогти особам із інвалідністю досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/або соціального рівня діяльності та підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни їхнього життя і розширення меж їх незалежності. Реабілітація може включати заходи із забезпечення і/або відновлення функцій або компенсації втрати чи відсутності функцій або функціонального обмеження. Процес реабілітації передбачає не лише надання медичної допомоги. Він ключає в себе широке коло заходів: від початкової та загальної реабілітації до цілеспрямованої діяльності, наприклад, відновлення професійної працездатності.

2006 р. був ухвалений Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017 р. його назва змінена на «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні».

23 травня 2007 р. було ухвалено Постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації осіб з інвалідністю».

Із 2007 р. почала діяти Українська асоціація фахівців фізичної реабілітації. Так, у вересні 2007 р. зусиллями Львівської асоціації фахівців фізичної реабілітації відбулися установчі збори Української асоціації фахівців фізичної реабілітації (УАФФР), на яких були присутні представники осередків із 15 областей України.

2010 р. на третій конференції асоціації внесено зміни до статуту. Ключовим рішенням стала зміна назви організації на ГО «Українська асоціація фізичної терапії» (УАФТ).

18 червня 2011 р. на 17-х генеральних зборах Світової конфедерації фізичної терапії в Амстердамі Україна в особі УАФТ була прийнята до конфедерації, успішно пройшовши всі процедури вступу. Україна стала четвертою після прибалтійських країн (Латвія, Литва й Естонія) із пострадянського простору, які стали на шлях світових стандартів фізичної терапії.

29 квітня 2015р. Постановою Кабінету Міністрів України № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» (№ 53 – зі змінами від 1 лютого 2017 р.) були внесені зміни в назву спеціальності: замість «фізична реабілітація» – «фізична терапія, ерготерапія» (галузь знань 22 Охорона здоров'я, код 227, найменування спеціальності – «Фізична терапія, ерготерапія»).

Указом Президента України № 678/2015 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» наголошено на потребі розроблення та затвердження кваліфікаційних характеристик професій ерготерапевта й ергономіста, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, а також вжиття заходів щодо запровадження навчання за відповідними спеціальностями.

10 серпня 2016 р. Наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України № 1328, зміною № 5 до Класифікатора професій Д 003:2010 уведено нові професії у сфері охорони здоров'я – «фізичний терапевт» й «ерготерапевт» (заняттєвий терапевт, англ. *occupational therapy*) (код 2229.2), «лікар фізичної і реабілітаційної медицини» (код 2221.2).

Наказом Міністерства охорони здоров'я від 7 листопада 2016 р. № 1171 було внесено зміни до «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників» (випуск 78 «Охорона здоров'я» затверджений наказом МОЗ від 29 березня 2002 р. № 117).

3 грудня 2020 р. ухвалено Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

3 листопада 2021 р. була прийнята постанова КМ України № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я», згідно з якою регламентується Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я; подано Типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ та Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду.

Термін «реабілітація» (*rehabilitation*) походить від латинського слова *habilitation* – здатність, спроможність і префікса *re-*, що означає зворотну або повторну дію. Тобто дослівний переклад із латині – повернення здатності, спроможності.

Реабілітація – це процес, метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювань і допомога хворому в досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної й економічної повноцінності, на яку від буде здатний у межах свого захворювання (ВООЗ, 1963 р.).

Реабілітація – комплекс заходів, що потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем.

Реабілітація у сфері охорони здоров'я – це комплекс заходів, що здійснюють фахівці з реабілітації, які працюють у реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно, надають реабілітаційну допомогу особі з обмеженнями повсякденного функціонування (або такій, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування) для досягнення й підтримання оптимального рівня діяльності та якості життя у її середовищі.

Фізична та реабілітаційна медицина – процес застосування комплексу реабілітаційних заходів, що передбачає профілактику, медичну діагностику, лікування й управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень повсякденного функціонування, життєдіяльності та їх коморбідних станів. Особлива увага приділяється порушенням й обмеженням активності особи для сприяння її фізичній та когнітивній діяльності, зокрема стабілізації поведінки і якості життя загалом, а також модифікації особистих чинників і чинників середовища із застосуванням мультидисциплінарного підходу.

Фізична терапія – процес забезпечення розвитку, максимального відновлення та підтримання рухової і функціональної спроможності осіб із обмеженнями повсякденного функціонування або локалізація дій, що можуть призвести до цього. Фізична терапія призначається, планується та здійснюється фізичним терапевтом або під його контролем.

Фахівці з реабілітації – особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку.

До фахівців із реабілітації належать:

- 1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини;
- 2) фізичні терапевти;
- 3) ерготерапевти;
- 4) терапевти мови та мовлення;
- 5) протезисти-ортезисти;
- 6) психологи, психотерапевти;
- 7) сестри медичні з реабілітації;
- 8) асистенти фізичних терапевтів й ерготерапевтів.

Проводити реабілітацію фахівці з реабілітації можуть як у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, так і надавати допомогу самостійно відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, у формах, не заборонених законодавством.

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

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

Основними завданнями мультидисциплінарної реабілітаційної команди є:

- 1) забезпечення доступності реабілітаційної допомоги за першої необхідності;
- 2) визначення реабілітаційного прогнозу, мети та завдань реабілітації, розроблення індивідуального відновного плану;
- 3) забезпечення комплексного підходу в наданні реабілітаційної допомоги та уникнення або зниження стійких обмежень життєдіяльності в осіб зі звуженим спектром повсякденних функцій;
- 4) забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у належній кількості;

5) внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану та обговорення стану виконання такого плану;

б) планування виписки особи та внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану для продовження його виконання в амбулаторних умовах після виписки із закладу, який надавав реабілітаційну допомогу.

Професійний та кількісний склад команди залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації, а також від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу.

До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, які надають реабілітаційну допомогу особам з обмеженнями повсякденного функціонування віком до 18 років та/або особі з психічними розладами, можуть входити лікарі-спеціалісти відповідного профілю, а також, у разі необхідності, інші фахівці, які відповідають кваліфікаційним вимогам, встановленим законодавством.

Формою роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди є збори, на яких за результатами реабілітаційного обстеження розробляється індивідуальний реабілітаційний план, розглядаються результати моніторингу та оцінки виконання плану і здійснюється його коригування.

Збори можуть проводитися як за особистої присутності членів команди, так і дистанційно з використанням інформаційних технологій, що забезпечують дотримання лікарської таємниці та інших вимог законодавства щодо захисту персональних даних.

Збори мультидисциплінарної реабілітаційної команди проводять щотижня для всіх функціонуючих мультидисциплінарних реабілітаційних команд реабілітаційного закладу, відділення та підрозділу. Збори очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини. Учасники зборів мультидисциплінарної реабілітаційної команди повинні забезпечити можливість результативного обговорення інформації про стан повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації.

Питання, що розглядаються на зборах мультидисциплінарної реабілітаційної команди, включають (але не обмежуються):

- обговорення, затвердження та внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану;
- обговорення змін функціонального стану особи, яка потребує реабілітації;
- визначення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації, зокрема індивідуальними ортезними виробами та медичними виробами (виробами медичного призначення);
- обговорення ступеня досягнення мети та завдань реабілітації, чинників, що сприяють чи заважають цим досягненням;
- визначення тривалості перебування особи, яка потребує реабілітації, у реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі;
- визначення інформаційних потреб з питань реабілітації особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї, осіб, які здійснюють догляд за особою з обмеженнями повсякденного функціонування;
- планування виписки особи, якій надається реабілітаційна допомога.

Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно кожної з осіб, яка потребує реабілітації, документуються за формою затвердженою МОЗ.

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда надає реабілітаційну допомогу в реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, а також у інших відділеннях, підрозділах та інших закладах охорони здоров'я в мобільному режимі.

Лікарі інших спеціальностей долучаються до роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди в консультативному режимі за потреби.

До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка надає відновну допомогу в реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, входить соціальний працівник.

Кількісний склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди та штатний розпис реабілітаційного закладу, стаціонарних та амбулаторних відділень післягострої та довготривалої реабілітації розраховується відповідно до потреб у фахівців з реабілітації з урахуванням:

- 1) кількості осіб, які потребують одночасного отримання реабілітаційної допомоги в умовах стаціонарного відділення після-

гострої та довготривалої реабілітації, та потреби у забезпеченні реабілітаційної допомоги високого обсягу. Кількість годин реабілітації на добу у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації є результатом множення значення кількості осіб, які потребують одночасного отримання реабілітаційної допомоги, на три (мінімальна кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, на добу для забезпечення високого рівня реабілітаційної допомоги);

2) ступеня важкості обмежень повсякденного функціонування осіб, які потребують реабілітації (кількісна потреба у фахівцях з реабілітації для безпечного проведення однієї реабілітаційної сесії в однієї особи, яка потребує реабілітації);

3) потреби у забезпеченні надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду в інших відділеннях закладу охорони здоров'я;

4) потреби у забезпеченні надання амбулаторної реабілітаційної допомоги працівниками стаціонарного відділення післягострої та довготривалої реабілітації закладу охорони здоров'я або амбулаторним підрозділом реабілітаційного закладу, що має стаціонарний ліжковий фонд, протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів (кількість годин реабілітації, зокрема реабілітаційних сесій, в амбулаторних умовах на добу);

5) потреби у забезпеченні надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду у нереабілітаційних відділеннях інших закладів охорони здоров'я, які не мають у своєму складі реабілітаційних відділень та підрозділів (на підставі договорів, укладених між закладами);

б) нормативів навантаження фахівців із реабілітації.

Кваліфікаційні характеристики професій працівників «Лікар Фізичної та Реабілітаційної допомоги», «Ерготерапевт», «Фізичний терапевт» подано в Додатках А–В.

Завдання та обов'язки АСИСТЕНТА ЕРГОТЕРАПЕВТА. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я та соціального забезпечення, організацію надання медичної, в тому числі реабілітаційної допомоги. За призначенням

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

Повинен знати: основи нормальної та патологічної анатомії і фізіології; біомеханіку, кінезіологію, моторний контроль, ергономіку, основи психології, педагогіки, соціології, особливості застосування заходів ерготерапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату, серцево-судинної, нервової та дихальної систем, при множинних порушеннях та протезуванні, у педіатрії, геронтології, психіатрії; методи контролю в ерготерапії; методику застосування терапевтичних вправ та терапевтичних занять; методику здійснення заняттєвого аналізу; терапевтичний вплив преформованих фізичних чинників; теорію і практику ерготерапевтичних, корекційно-реабілітаційних заходів та процесів, психологічної

допомоги, соціально-побутової адаптації, професійної реабілітації, соціально-середовищної реабілітації осіб усіх вікових категорій з обмеженнями життєдіяльності; основи законодавства та нормативні документи України, міжнародні документи з питань охорони здоров'я, реабілітації, ерготерапії, освіти, соціального захисту, прав осіб з інвалідністю; основи права в реабілітаційній медицині; права, обов'язки та відповідальність асистента ерготерапевта; правила охорони праці при різних методах ерготерапії; правила надання першої та невідкладної медичної допомоги; правила оформлення реабілітаційної та медичної документації; принципи командної роботи. Методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ).

Кваліфікаційні вимоги. Асистент ерготерапевта вищої кваліфікаційної категорії: освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр у галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація» чи «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини» професійного спрямування «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Ерготерапія». Підвищення кваліфікації згідно чинного законодавства. Наявність посвідчення про підтвердження/присвоєння вищої кваліфікаційної категорії з ерготерапії. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Асистент ерготерапевта I кваліфікаційної категорії: освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр у галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація» або «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини» професійного спрямування «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Ерготерапія». Підвищення кваліфікації згідно чинного законодавства. Наявність посвідчення про підтвердження/

присвоєння I кваліфікаційної категорії з ерготерапії. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Асистент ерготерапевта II кваліфікаційної категорії: освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація» чи «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр), або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини» професійного спрямування «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Ерготерапія». Підвищення кваліфікації згідно чинного законодавства. Наявність посвідчення про підтвердження/присвоєння II кваліфікаційної категорії з ерготерапії. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Асистент ерготерапевта: освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація», або «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр), або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини» професійного спрямування «Фізична реабілітація». Без вимог до стажу роботи.

Завдання та обов'язки АСИСТЕНТА ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я та соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги. За призначенням лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та/або фізичного терапевта здійснює реабілітаційні заходи з метою припинення або зменшення болю, відновлення функцій тканин, органів, систем та організму в цілому, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб усіх вікових категорій з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату, ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, неврологічними, серцево-судинними, респіраторними та іншими захворюваннями та їх наслідками, людей літнього віку

з віковими ускладненнями. Під керівництвом фізичного терапевта виконує програми фізичної терапії, або компоненти індивідуальної програми реабілітації, які стосуються фізичної терапії, спостерігає за ходом їх виконання, здійснює оперативний та поточний контроль, веде відповідну документацію. Застосовує фізичні вправи, масаж, мануально-м'язові та суглобові техніки, преформовані фізичні чинники, спрямовані на поліпшення діяльності опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної, інших систем та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсацію порушених чи відсутніх функцій. Вміє надавати першу допомогу. Навчає самоогляду, пересуванню, самостійності у підтримці фізичного стану та здоров'я. Співпрацює з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, фахівцями освіти (спеціальної освіти), терапевтами мови та мовлення (логопедами), фахівцями психічного здоров'я, соціальними працівниками. Залучає родичів та опікунів до проведення програми фізичної терапії, надає їм необхідну консультативну допомогу. Постійно удосконалює свій професійний рівень. Бере участь у навчальних програмах асистентів фізичної терапії. Дотримується правил та норм професійної етики, медичної деонтології. Виконує професійні обов'язки в закладах охорони здоров'я, освітніх, соціальних закладах, установах та організаціях державного, громадського і приватного секторів.

Повинен знати: анатомію людини; нормальну фізіологію, патофізіологію та фізіологію рухової активності; біохімію; кінезіологію та клінічну кінезіологію; основи медичної патології; моторний контроль; теорію та методику фізичної культури; основи психології, педагогіки, соціології; методи обстеження, оцінювання та контролю у фізичній терапії; теорію та методику застосування терапевтичних вправ; терапевтичний вплив преформованих фізичних чинників; мануальні методи втручання у фізичній терапії; методи та засоби профілактики і корекції м'язово-скелетних, неврологічних, кардіореспіраторних та інших порушень у осіб різного віку; організацію систем охорони здоров'я, фізичного виховання, освіти та соціального захисту, основи національного і

міжнародного законодавства в цих галузях; основи медичного права; чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; норми і правила ведення фахової звітної та облікової документації; права, обов'язки та відповідальність асистента фізичного терапевта; організацію реабілітаційної допомоги; принципи командної роботи; методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ, 2001), Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП, 2007) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) .

Кваліфікаційні вимоги. Асистент фізичного терапевта вищої кваліфікаційної категорії: освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація», або «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр), або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» на пряму підготовки «Здоров'я людини» професійного спрямування «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Фізична терапія». Підвищення кваліфікації згідно чинного законодавства. Наявність посвідчення про підтвердження/присвоєння вищої кваліфікаційної категорії з фізичної терапії. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Асистент фізичного терапевта I кваліфікаційної категорії: освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія», або «Фізична реабілітація», або «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» на пряму підготовки «Здоров'я людини» професійного спрямування «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Фізична терапія». Підвищення кваліфікації згідно чинного законодавства. Наявність посвідчення про підтвердження/присвоєння I кваліфікаційної категорії з фізичної терапії. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Асистент фізичного терапевта II кваліфікаційної категорії: освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія» або «Фізична реабілітація» або «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр), або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини» професійного спрямування «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Фізична терапія». Підвищення кваліфікації(згідно чинного законодавства). Наявність посвідчення про підтвердження/присвоєння II кваліфікаційної категорії з фізичної терапії. Стаж роботи за фахом понад 5 роки.

Асистент фізичного терапевта: освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр) або бакалавр галузі знань «Охорона здоров'я» зі спеціальностей «Фізична терапія, ерготерапія», або «Фізична реабілітація», або «Медсестринство»; або освітньо-кваліфікаційний рівень молодший спеціаліст (молодший бакалавр), або бакалавр галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» напряму підготовки «Здоров'я людини» професійного спрямування «Фізична реабілітація». Без вимог до стажу роботи».

Навантаження асистента фізичного терапевта, асистента ерготерапевта. Реабілітаційні сесії протягом робочого дня асистента фізичного терапевта та асистента ерготерапевта на повну ставку (під час надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних та/або амбулаторних умовах) становлять не менше семи годин реабілітації.

Щодня до однієї години реабілітації виділяється для внесення відповідної інформації до медичних записів у межах своїх професійних компетентностей, підготовки реабілітаційного інвентарю та матеріалів до реабілітаційних сесій.

Компетентності, визначені Стандартом вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти та дескрипторам Національної рамки кваліфікацій асистента фізичного терапевта та ерготерапевта подані в Додатку Г.

Професійні обов'язки фахівців із реабілітації:

- а) сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобігати захворюванням й лікувати їх, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну, лікарську і реабілітаційну допомогу;
- б) безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку й в інших екстремальних непередбачуваних ситуаціях;
- в) поширювати наукові та медичні знання, знання щодо функціонування й обмежень життєдіяльності серед населення, пропагувати, зокрема власним прикладом, здоровий спосіб життя;
- г) дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;
- г) постійно підвищувати рівень професійних знань і майстерності;
- д) надавати консультативну допомогу колегам й іншим працівникам охорони здоров'я, фахівцям із реабілітації;
- е) здійснювати діяльність відповідно до принципів доказової медицини/ доказової реабілітації.

Технології фізичної терапії

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

Визначають такі SMART-цілі:

S (specific) – специфічні;

M (measurable) – вимірювані;

A (achievable) – досяжні;

R (realistic) – реалістичні;

T (timed) – визначені у часі.

Оцінюють ефективність запропонованого комплексного лікування та фізичної терапії на основі даних, отриманих за допомогою інструментальних досліджень і поставлених SMART-цілей.

Авторські методики фізичної терапії та ерготерапії

Бобат-терапія являє собою реабілітаційну методику, суть якої полягає в стимуляції правильних рухів через вплив на певні точки тіла. Ця терапія працює не тільки з руховою активністю, а й із зорово-моторною координацією.

Бобат-концепція – одна з найчастіше використовуваних у відновлювальній терапії для пацієнтів із неврологічними захворюваннями. Бобат-терапія ефективна у лікуванні дітей із ДЦП, синдромом Дауна й іншими ураженнями ЦНС. Це програма допомоги дитині з обмеженою руховою активністю, що сприяє виробленню контрольованих рухів, прояву активності в звичайному житті.

Методика Бобат заснована на єдності психічних і фізичних процесів. Це цілісна терапія, яка має на меті придушення патологічних моделей руху та поз і стимуляцію правильних рухів. Лікування зорієнтоване на відновлення нормального функціонування всього організму. Бобат-терапевт прагне до розширення набору нормальних рухів, намагається зробити його якіснішим і різноманітнішим.

Реалізувати метод Бобат можна, коли пацієнт перебуває в певному положенні, при якому відбувається дія на певні точки тіла. Це стимулює роботу конкретних м'язових груп, що беруть участь у руховому акті. Комплекс використовуваних подразників дає змогу активувати рефлекси в тому вигляді, в якому вони повинні виявлятися при нормальній, природній моториці.

Цілі Бобат-терапії:

- відновити нормальний тонус м'язів, зміцнити мускулатуру;
- розвинути рухливість знерухомлених частин тіла;
- стимулювати неактивні м'язи, пробудити рефлексорну поведінку, реакції;
- розширити набір поз і рухів;
- стимулювати сприйняття свого тіла;

– підвищити активність дитини, її самостійність, навчити її виконувати щоденні побутові активності.

Діагноз ДЦП і синдром Дауна зазвичай ставлять ще зовсім маленьким дітям, тому Бобат-терапія для них є ефективним методом реабілітації. При тому як розлади аутистичного спектра не завжди можна розпізнати відразу.

Спектр дії Бобат-терапії досить широкий, але існують і певні протипоказання до її застосування:

- епілептичні напади (у гострій фазі);
- ГРЗ й інші інфекційні захворювання, що супроводжуються лихоманкою;
- запальні процеси (у гострій фазі);
- нещодавно перенесена операція.

При наявності у дитини вивихів або підвивихів суглобів потрібно отримати додатковий висновок лікаря-ортопеда.

Діагностика перед застосуванням методики Бобат

Для досягнення результату при використанні Бобат-терапії враховуються індивідуальні емоційні, рухові та психо-мовленнєві особливості дитини, її можливості, на які спираються елементи терапії, поступово розвиваючи їх при постійній стимуляції та корекції.

Заняття з Бобат-терапії для дітей проводять тільки після консультації невролога, нейросонографії (за показаннями) й ЕЕГ. Пацієнта оцінюють із урахуванням характеру ушкоджень й особливостей захворювання, індивідуальних проявів рухової активності та можливостей для максимального підвищення ефективності рухів.

Принципи і техніка терапії Бобат

Для отримання найефективнішого результату від терапії Бобат лікування дітей із неврологічними порушеннями найкраще починати у віці 3–6 місяців. Реабілітаційна програма при ДЦП та синдромі Дауна багатоступенева, включає навчання батьків і заняття з Бобат-терапії для дітей.

Бобат-терапія ґрунтується на трьох основних принципах:

- інгібіція – гальмування неприродних поз, рухів, що перешкоджають правильному природному розвитку;
- фасилітація – посилення нормальних (правильних) рухів;
- стимуляція – використання тактильних і кінестетичних

стимулів, тобто пацієнт починає сприймати і засвоювати правильні рухи.

Сеанси Бобат-терапії для дітей проходять у формі гри, що допомагає лікареві побудувати дружні та довірчі відносини з маленькими пацієнтами, а дітям – відчувати себе спокійніше і комфортніше. Нейрореабілітація та відновлювальне лікування розраховані не тільки на дітей.

Терапія Бобат абсолютно безболісна, не викликає фізичного або емоційного дискомфорту. Усі рухи виконуються плавно в розміреному, відповідному для дитини темпі. Нові навантаження вводяться поступово. Особлива увага під час лікування приділяється нормалізації тону м'язів і полегшенню довільної рухової активності за допомогою спеціальних маніпуляцій.

Вправи Бобат-терапії можна виконувати з використанням шведської стінки, металевих обручів, балансуєчої дошки, круглого скейта, інших ортопедичних пристосувань. Такі заняття допомагають стимулювати рух навіть у пацієнтів із важкими неврологічними порушеннями. Для розвитку дрібної моторики лікарі використовують дерев'яні пазли і картинки, намистини, пірамідки, машинки, річкові камінці, дерев'яні рамки-вкладиші тощо.

Курс Бобат-терапії не є стандартним або повторюваним, оскільки постійно коригується відповідно до потреб пацієнта.

Ефекти Бобат-терапії:

- відновлення та коригування м'язового тону і моторики;
- можливість самостійно доглядати за собою, виконувати прості побутові задачі;
- відновлення зорово-моторної координації;
- адекватне сприйняття власного тіла;
- активізація природних рефлексів;
- настання функціональної незалежності пацієнта і зниження несприятливих наслідків неврологічних порушень.

Методика Войта (або терапія Войта) – методика фізичної реабілітації пацієнтів із органічними ураженнями мозку (дитячим церебральним паралічем).

1954 р. чеський лікар Вацлав Войта, який багато років пропра-

цював у Мюнхенському центрі ДЦП, запропонував основні моделі рефлекторного руху вперед, які пізніше були класифіковані та запропоновані як метод терапії – рефлексна локомоція або Войта-терапія (за прізвищем автора).

Принцип Войта-терапії – вплив не тільки на рухову сферу, а й на все тіло: сенсорну, вегетативну та психічну системи. При проведенні терапії спостерігаються зміни частоти пульсу, дихання та кров'яного тиску. Основне завдання методики – формування рухових навичок, що відповідають віку дитини. Для цього використовують рефлекси повзання та повороту. Їх основні феномени впливають на управління тілом загалом, його вертикалізацію та можливість руху вперед. Практичним результатом Войта-терапії є формування правильних рухових навичок. Ефективність терапії визначається за допомогою Войта-діагностики та клінічних даних.

Войта-терапія, як метод реабілітації дітей із руховими порушеннями, може бути реалізована при частому повторенні вправ упродовж тривалого часу (три–чотири рази на день по 20–30 хвилин, не менше як один рік) і тому розрахований на інтеграцію батьків у процес реабілітації. Батьки навчаються в центрі реабілітації під керівництвом Войта-терапевта з подальшим проведенням вправ вдома. Войта-терапевт періодично проводить корекцію комплексу вправ під час консультацій або повторних курсів реабілітації.

Виконання вправ полягає у фіксації дитини в позі рефлексу та ручному впливу на зони ураження. Вибір такої зони індивідуальний і залежить від виду рухових порушень і реакцій-відгуків. Вплив на зони стимуляції не викликає болю. Негативна поведінка на вимушене положення під час проведення терапії може бути проявом страху або природного протесту, особливо у наймолодших дітей. Це не повинен бути прояв агресії. Негативну поведінку дитини потрібно усунути методами психологічної корекції. Крім того, обов'язкова попередня психологічна підготовка батьків до проведення терапії й очікуваних результатів. Перед початком проведення Войта-терапії наймолодшим дітям важлива Войта-діагностика: огляд невролога та педіатра, а також додаткові обстеження за показаннями. При введенні Войта-терапії як реабілітаційної методики доцільно використовувати її самостійно. Насамперед це пов'язано з розрахунком адекватного навантаження.

Войта-терапія несумісна з електропроцедурами й електростимуляцією м'язів.

Ефективність Войта-терапії залежить від терміну розпочатого лікування, «зрілості» функціональних систем нервової системи, ступеня та стадії розладів рухової сфери. Лікування за методом Войта дає змогу почати лікування рухових порушень від народження. Найбільша ефективність лікування досягається після попереднього ознайомлення батьків із методикою та їх достатньої психологічної підготовки при власноручному тривалому безперервному виконанні методики лікування.

Метод Козьявкіна (система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР)) – високоефективна технологія лікування пацієнтів із дитячим церебральним паралічем, остеохондрозом, наслідками травм й органічного ураження нервової системи.

В основі системи реабілітації лежить полімодальний підхід із застосуванням різнобічних методів впливу на пацієнта. Основним компонентом методики є біомеханічна корекція хребта та великих суглобів у поєднанні з комплексом лікувальних заходів: рефлексотерапією, лікувальною фізкультурою, системою масажу, ритмічною гімнастикою, механотерапією й апітерапією.

Для формування правильного стереотипу рухів використовується програма біодинамічної корекції рухів із застосуванням костюма «Спіраль».

Шляхом стимуляції компенсаторних можливостей дитячого організму й активування пластичності мозку ця система створює в організмі новий функціональний стан, який відкриває можливості для швидшого моторного та психічного розвитку дитини.

Різносторонні лікувальні впливи цього методу, які взаємно доповнюють і посилюють один одного, спрямовані на досягнення основної мети реабілітації – покращення якості життя пацієнтів. Важливо вказати, що ця система не є альтернативою традиційним методам реабілітації. Вона лише доповнює та суттєво розширює ефективність застосування методів відновного лікування.

Створений унаслідок застосування СІНР новий функціональний стан на фоні нормалізації м'язового тону, відновлення рухливості суглобів, покращення трофіки та циркуляції крові відкриває

принципово нові можливості для розвитку дитини та підвищує результативність застосування інших методик реабілітації.

Метод Козьявкіна був розроблений в Україні понад 30 років тому. Відтоді понад 70 тисяч пацієнтів, зокрема близько 17 тисяч хворих із Німеччини, Австрії, Швейцарії, Франції та багатьох інших країн світу, пройшли курс реабілітації за цією системою.

Ще 1993 р. ця система реабілітації була офіційно визнана в Україні і завдяки своїй ефективності здобула широкий міжнародний авторитет. В енциклопедичному виданні з дитячої ортопедії під редакцією німецького професора Ніетарда ще 1997 р. метод професора Козьявкіна зараховано в четвірку найефективніших консервативних методів реабілітації пацієнтів із ДЦП. Так, у них спостерігаються значні позитивні зміни: покращення моторних функцій, мови та психоемоційного стану, концентрації й уваги, набуття нових навичок самообслуговування.

Серед авторських методів, що використовуються в системі фізичної терапії постінсультних хворих, відзначають такі:

- методика за Шеррінгтоном – застосовується для усунення м'язової спастики;
- метод за Джонстоном – це комплекс рухів, спрямований на регулювання тонусу, зниження м'язової спастики, поліпшення стабільності тулуба і проксимальних суглобів кінцівок із використанням надувних бандажів, т. зв. «Сплінтс», що дає змогу відновити правильні рухові навички;
- метод Роода – передбачає активацію паралізованих м'язів із застосуванням локальних термічних і механічних подразників для нейром'язової фасилітації глибоких м'язів, використання швидкого розтягування м'язів як пропріоцептивного подразника з одночасним проведенням інгібіції м'язів-антагоністів;
- метод Бруннштрома – активація паралізованих м'язів кінцівки з одночасною контракцією проксимальних м'язів тієї ж або протилежної кінцівки;
- метод Аффолтера – вплив на тактильні відчуття хворого, доступні для його сприйняття;
- метод Тауба – вимушене використання паралізованої кінцівки при іммобілізації здорової руки;
- методика Перфетто – комплекс когнітивних вправ, спрямованих

на тренування дрібних, тонко-моторних рухів із чітким принципом від простого до складного;

– метод Брюггера – заснований на утриманні певного положення тіла для нівеляції больового синдрому, що забезпечує корекцію статички всього тіла, зменшуючи м'язові скорочення.

Тести для визначення ступеня оволодіння студентами потрібними теоретичними положеннями

1.	Проаналізуйте та знайдіть правильну відповідь: згідно з визначенням ВООЗ (1963 р.) «реабілітація – процес, метою якого є запобігання _____ під час лікування захворювань» 1) інвалідності; 2) хворобі; 3) ускладненням; 4) розвитку супутніх захворювань; 5) рецидиву.
2.	Визначте та дайте відповідь: термін «реабілітація» походить від латинського слова «habilitation», що означає: 1) здатність; 2) здоров'я; 3) хвороба; 4) інвалідність; 5) смерть.
3.	«Occupation therapy» – українською аналог професії: 1) фізичного терапевта; 2) фізіотерапевта; 3) лікаря фізичної та реабілітаційної медицини; 4) ерготерапевта; 5) сімейного лікаря.
4.	До фахівців із реабілітації не належать: 1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; 2) фізичні терапевти; 3) асистенти фізичного терапевта та ерготерапевта; 4) ерготерапевти; 5) сімейні лікарі.

5.	Мультидисциплінарна реабілітаційна команда не надає реабілітаційну допомогу в: 1) гострому реабілітаційному періоді; 2) післягострому реабілітаційному періоді; 3) довготривалому реабілітаційному періоді; 4) санаторно-курортному періоді реабілітації.
6.	Очолює мультидисциплінарну реабілітаційну команду: 1) головний лікар; 2) завідувач відділення; 3) лікар фізичної та реабілітаційної медицини; 4) фізичний терапевт; 5) лікуючий лікар.
7.	Бакалавр галузі знань 22 Охорона здоров'я спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія відповідає кваліфікаційним вимогам: 1) лікаря фізичної та реабілітаційної медицини; 2) фізичного терапевта; 3) сімейного лікаря; 4) асистента фізичного терапевта; 5) сестри медичної з реабілітації.
8.	Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» був ухвалений: 1) 1980 р.; 2) 1990 р.; 3) 2000 р.; 4) 2010 р.; 5) 2020 р.
9.	Професіоналами з фізичної та реабілітаційної медицини є: 1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; 2) фізичні терапевти та ерготерапевти; 3) головні лікарі; 4) завідувачі відділень; 5) асистенти фізичного терапевта та ерготерапевта.
10.	До професійних обов'язків фахівців із реабілітації не належить: 1) дотримуватися вимог професійної етики;

**ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ
ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">2) зберігати лікарську таємницю;3) безоплатно надавати невідкладну медичну допомогу;4) рекламувати технічні й інші засоби реабілітації;5) надавати консультативну допомогу колегам. |
|--|

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я. МЕДИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА

Зміст теми:

1. Визначення термінів «здоров'я» (ВООЗ, 1946 р.) і «стан здоров'я».
2. Рівні здоров'я.
3. Трактуювання поняття «охорона здоров'я», основні принципи охорони здоров'я в Україні.
4. Визначення термінів «втрата здоров'я»; «нозологічна форма», «хвороба»; «патогенез», «етіологія»; «основне захворювання», «супутнє захворювання»; «конкуруючі захворювання», «поєднані захворювання»; «орфанні захворювання», «генетичні захворювання»; «ускладнення».
5. Коморбідність і поліморбідність у практиці фізичного терапевта. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ).
6. Визначення термінів «симптом», «синдром», «анамнез», «діагноз».
7. Поняття «ступінь хвороби», потреба її врахування для фізичного терапевта.
8. Періоди та фази захворювання: класифікація та характеристика.
9. Наслідки хвороби.
10. Домедична допомога. Реабілітаційна допомога.
11. Медична допомога. Види медичної допомоги.
12. Пет-терапія: організація, особливості застосування.

Здоров'я – стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад (ВООЗ, 1946 р.).

Стан здоров'я – загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може охоплювати інші обставини, зокрема вагітність, старіння, стрес, вроджену аномалію або генетичну схильність. Стани здоров'я кодуються згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я.

Виділяють три рівні здоров'я:

– перший рівень – суспільний рівень – характеризує стан здоров'я населення загалом і виявляє цілісну систему матеріальних та духовних відносин, які існують в суспільстві. Оцінюється показниками: народжуваність, середня тривалість життя, захворюваність, смертність.

– другий рівень – групове здоров'я – зумовлене специфікою життєдіяльності людей даного трудового колективу чи родини та безпосереднього оточення, в якому перебувають його члени.

– третій рівень – індивідуальний рівень здоров'я, який сформовано як в умовах всього суспільства та групи, так і на основі фізіологічних і психологічних особливостей індивіда та неповторного способу життя, який веде кожна людина.

Охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи – підприємці, які зареєстровані в установленому законом порядку й одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання та безпосередньо громадяни.

Основні принципи охорони здоров'я в Україні:

– визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України;

– дотримання прав і свобод людини та громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних із ними державних гарантій;

– гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найвразливіших верств населення;

– рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної та реабілітаційної допомоги й інших послуг у сфері охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна й фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень зі світовим досвідом у сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний і реабілітаційний підходи до охорони здоров'я;
- багатоканальність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій із демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Втрата здоров'я – наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного та соціального неблагополуччя.

Хвороба (захворювання) – порушення життєдіяльності організму під впливом шкідливих подразників зовнішнього та внутрішнього середовища.

Патогенез (від грец. *páthos* – страждання, хвороба і *génesis* – походження, виникнення) – механізми виникнення та розвитку хвороби й окремих її проявів.

Етіологія (грец. *aitía* – причина і *lóyos* – думати) – теоретичний розділ медицини, який вивчає причини виникнення хвороб, синдромів або патологічного стану.

Нозологічна форма – сукупність клінічних, параклінічних, морфологічних, діагностичних ознак, які дають змогу ідентифікувати хворобу (отруєння, травму, патологічний стан) для лікування, реабілітації та статистичного опису.

Основна хвороба – визначена за міжнародною класифікацією хвороб (МКХ) нозологічна форма, яка сама собою або через низку ускладнень призводить до функціональних розладів, що зумовлюють клініку хвороби і є причиною смерті. Вважають, що основне захворювання – це захворювання (або травма), прояви якого спричинили звернення особи за медичною допомогою.

Захворювання, що загрожує життю – захворювання, при якому існує ймовірність передчасної смерті.

Захворювання, що обмежує життя – захворювання, яке неминуче призведе до передчасної смерті.

Супутня хвороба – захворювання, етіологічно та патогенетично не пов'язане з основним захворюванням і його ускладненнями, має свої ускладнення і може впливати на перебіг основного захворювання або можливість реабілітації хворого.

Конкурентні хвороби – дві однаково тяжкі хвороби, кожна з яких може призвести до смерті. Захворювання не пов'язані між собою.

Інтеркурентні хвороби – клінічні випадки, коли на фоні захворювання із хронічним перебігом виникає гостре захворювання.

Поєднані хвороби – наявність декількох несмертельних (поодиноці) хвороб, які у поєднанні спричиняють одне загальне (смертельне) ускладнення – «поліпатії» (ГХ + перелом «хірургічної шийки» стегна, що ускладнився бронхопневмонією, яка стала безпосередньою причиною смерті).

Фонові хвороби – приєднані до основного захворювання інші хвороби чи стани (фонові), які зумовлюють особливу тяжкість його перебігу та виникнення смертельних ускладнень.

Коморбідні захворювання (стани) (*comorbid diseases, comorbid conditions*) – термін, який використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму (наявність двох захворювань (подвійний діагноз)). Терміном «коморбідність» також називають взаємодію між станами та хворобами, яка позначається на їх перебігу та прогнозуванню.

Поліморбідність (грец. *poly* – багато, латин. *morbus* – хвороба) або мультиморбідність (латин. *multy* – багато і *morbus* – хвороба) – це одночасна комбінація в одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом трьох і більше захворювань або розвиток закономірно зумовлених (детермінованих) комбінацій хвороб.

Нозологічна синтропія – клінічні випадки, коли хвороби своєрідно «тягнуться» одна за одною, прагнуть поєднатися чи готують ґрунт одна для одної.

Рідкісна (орфанна) хвороба – хвороба, яка загрожує життю людини або хронічно прогресує, призводить до скорочення

тривалості життя або інвалідності (поширеність серед населення – не частіше ніж 1:2000).

Генетична хвороба – захворювання, зумовлене порушеннями в процесах збереження, передачі та реалізації генетичної інформації.

Ускладнення – патологічні процеси та стани, патогенетично поєднані з основним захворюванням (або з лікарськими маніпуляціями), що не є його проявами.

Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (англ. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі охорони здоров'я. Періодично переглядається під керівництвом ВООЗ. МКХ – нормативний документ, що забезпечує єдність методичних підходів і міжнародну верифікацію матеріалів. Із 1 січня 2022 р. набирає чинності Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ -11).

Симптоми – це прояви хвороби, патологічного стану, які постійно виникають при певній нозології. Симптоми можуть бути *суб'єктивними* – відчуває сам пацієнт (наприклад, біль) та *об'єктивними* – можна визначати за допомогою методів діагностики. Потрібно зазначити, що в практичній медицині трапляються випадки *безсимптомного* перебігу захворювання.

Синдром – стійка сукупність (сполучення) певних симптомів із загальним патогенезом. Синдром не є рівнозначним поняттю «хвороба», адже може зустрічатися при декількох хворобах.

Епонім – синдром, названий іменем вченого (синдром Дауна, синдром Гієна – Барре, синдром Лаелла тощо).

Анамнез (грец. *anamnesko* – пригадувати) – сукупність відомостей про пацієнта і розвиток захворювання, що отримують при опитуванні самого хворого й осіб, які його знають, і використовують для встановлення діагнозу і прогнозу хвороби, а також вибору оптимальних методів лікування та профілактики.

Ступінь хвороби засвідчує її серйозність (важкість) і можливу динаміку розвитку. Виділяють легкий ступінь (I), середній ступінь важкості (II), важкий ступінь (III), дуже важкий ступінь (IV).

Періоди в розвитку (перебігу) хвороби:

– *інкубаційний (латентний, прихований)* – триває від моменту контакту етіологічного чинника з організмом до появи перших неспецифічних ознак хвороби;

– *продромальний* – період між першими симптомами захворювання та повним розвитком хвороби;

– *період виражених проявів (клінічний, маніфестантний, інтермітуючий, розпалу хвороби)* – характеризується розвитком специфічних клінічних ознак, за якими можна встановити діагноз;

– *завершення хвороби* – повне видужання, неповне видужання з певними наслідками, розвиток ускладнення, рецидив, перехід у хронічну форму, смерть;

– *період реконвалесценції (період одужання)* – період відновлення порушених біологічних і психологічних функцій; час, потрібний організму для відновлення після хвороби, травми тощо.

Періоди захворювання:

– гострий;

– підгострий;

– хронічний (хронічне захворювання).

Фази захворювання:

– *ремісія (повна, неповна)* – покращення стану хворого при хронічному захворюванні;

– *загострення (рецидив, повернення хвороби)* – поява симптомів хронічної хвороби після тривалої їх відсутності (ремісії).

Діагноз (лат. *diagnosis* – розпізнавання) – висновок про наявність захворювання, травми, патологічного стану, стану здоров'я обстежуваного чи про причину смерті, виражений у термінах, передбачених міжнародною класифікацією хвороб та причин смерті.

Розрізняють: клінічний діагноз; функціональний діагноз; реабілітаційний діагноз; патологоанатомічний діагноз.

Наслідки хвороби:

– ушкодження та порушення функцій (морфологічне та функціональне відхилення від норми);

– порушення побутової та соціальної активності (обмеження повсякденного функціонування, зниження працездатності й соціальна дезадаптація).

Невідкладний стан людини – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та загрозу життю і здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Медичне сортування – це сортування пацієнтів на основі конкретних критеріїв, яке може проводитися в будь-якій точці доступу до системи охорони здоров'я: і до направлення до лікарні, і на базі медичних закладів.

Сортування на основі гострого стану – це сортування пацієнтів на основі оцінки ступеня тяжкості їхнього стану. Використовується як основа для визначення пацієнтів, які потребують негайного медичного втручання, та тих, кого, можливо (виходячи з їхнього стану), потрібно перевести до спеціалізованого місця призначення.

Домедична допомога – невідкладні дії й організаційні заходи, спрямовані на збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але згідно зі своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи.

Особами, які зобов'язані надавати домедичну допомогу людині у невідкладному стані, є: рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, поліцейські, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники й інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги.

Реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я (далі – реабілітаційна допомога) – діяльність фахівців із реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі.

До осіб, яким надається реабілітаційна допомога, належать:

- 1) особи з обмеженнями повсякденного функціонування;

2) особи, у яких захворювання, травми, вроджені порушення або інші стани здоров'я можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності;

3) члени сімей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування.

Обсяг реабілітаційної допомоги – показник, що визначається кількістю годин роботи фахівців із реабілітації з особою з обмеженнями повсякденного функціонування за добу. Обсяг реабілітаційної допомоги може бути високим, середнім і низьким.

Мобільний режим надання реабілітаційної допомоги (мобільний режим) – модель роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди або окремих фахівців із реабілітації стаціонарних або амбулаторних відділень післягострої та довготривалої реабілітації, що полягає у наданні реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду за місцем перебування пацієнта в нереабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я або в інших закладах охорони здоров'я, у закладах освіти у сфері охорони здоров'я, у спеціальних закладах загальної середньої освіти, в структурі яких немає жодних реабілітаційних відділень, підрозділів.

Періодична підтримуюча реабілітаційна допомога – реабілітаційна допомога, що може надаватися протягом довготривалого реабілітаційного періоду з метою запобігання втраті, уповільнення втрати, покращення або підтримки функціонування особи, яка потребує реабілітації.

Обсяг реабілітаційної допомоги – визначаються кількістю годин роботи фахівців із реабілітації (кількістю реабілітаційних сесій) з особою, яка потребує реабілітації, за добу. Обсяг реабілітаційної допомоги може бути:

– високий – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, на добу становить три та більше годин або 15 годин реабілітації на тиждень та більше;

– середній – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, на добу становить від однієї до двох;

– низький – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, становить одну годину на добу та менше.

Реабілітаційна сесія – година реабілітації або її частина, протягом якої фахівець із реабілітації або група фахівців із реабілітації

надають реабілітаційну допомогу особі, яка потребує відновлення, у безпосередньому контакті з нею.

Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медич-них працівників, спрямована на профілактику, діагностику та ліку-ван ня у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також вагітністю та пологами. Медичні працівники зобов'язані невідкладно надавати необхідну медичну допомогу у разі виникнення невідкладного стану людини.

Пацієнт – фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога.

Медична стабільність – показник готовності пацієнта до реабілітації та призначення реабілітаційних інтервенцій.

Характеристика стану пацієнта:

– *стабільний* – пацієнт із нормальною температурою тіла, стабільними вітальними показниками, у нього не відбувається змін у стані здоров'я, він не потребує зміни курсу лікування впродовж 48 годин; компенсований неврологічний і гемодинамічний дефіцити; адекватні харчування та гідратація;

– *відносно стабільний* – особа потребує зміни медикаментозних призначень упродовж 48 годин, але симптоми та клінічні показники майже не змінюються; відносно стабільний неврологічний і гемодинамічний дефіцит; адекватні харчування та гідратація;

– *нестабільний* – гострий стан, що потребує діагностичних і лікувальних заходів в умовах стаціонару, може загрожувати життю або призвести до серйозних ускладнень, можлива неузгодженість із реабілітаційними інтервенціями.

Види медичної допомоги

Медичну допомогу за видами поділяють на екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну. Реабілітаційну допомогу надають на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги. Координа-ція руху пацієнтів із питань надання реабілітаційної допомоги між рівнями медичної допомоги здійснюється відповідно до

індивідуального реабілітаційного плану.

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками, відповідно до закону,

невідкладних організаційних, діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Первинна медична допомога – це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей та інші медичні працівники, які працюють під їхнім керівництвом. Первинну медичну допомогу можна надавати в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта.

Надання реабілітаційної допомоги на первинному рівні медичної допомоги забезпечується:

- фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, зокрема у вигляді домашньої реабілітації;
- фахівцями з реабілітації, які працюють у територіальних громадах (реабілітація у територіальній громаді);
- фахівцями з реабілітації, які працюють в амбулаторних реабілітаційних закладах за однією або кількома професіями фахівців з реабілітації або у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд;
- фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно та/або амбулаторними реабілітаційними закладами, що працюють разом з практиками (груповими практиками) первинної медичної допомоги.

Лікарі, які надають первинну медичну допомогу, направляють осіб, які потребують реабілітації, для надання реабілітаційної допомоги відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та за потреби взаємодіють між собою.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога – медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає консультацію, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

На вторинному рівні медичної допомоги забезпечується надання реабілітаційної допомоги в гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах у стаціонарних й амбулаторних умовах:

- мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу в палатах гострої реабілітації у закладах охорони здоров'я;

- мультидисциплінарними реабілітаційними командами та окремими фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу особам, які потребують відновлення, за місцем їх перебування в мобільному режимі;

- мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу у стаціонарних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я або стаціонарних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації, утворених на базі санаторно-курортних закладів незалежно від підпорядкування, типу і форми власності;

- мультидисциплінарними реабілітаційними командами та окремими фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу в амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я;

- мультидисциплінарними реабілітаційними командами та окремими фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу в стаціонарних та амбулаторних реабілітаційних закладах.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога – медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає

консультацію, проведення діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів, ведення фізіологічних станів (під час вагітності та пологів) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації. Надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги здійснюють високоспеціалізовані багатопрофільні або однопрофільні заклади охорони здоров'я.

Надання реабілітаційної допомоги на третинному рівні медичної допомоги забезпечується:

- мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу в палатах гострої реабілітації у закладах охорони здоров'я;
- мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу особам, які потребують реабілітації, за місцем їх перебування в мобільному режимі;
- мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу у стаціонарних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації;
- мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які надають реабілітаційну допомогу в амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації.

Паліативна допомога. На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення їхніх фізичних й емоційних страждань, а також психосоціальну та моральну підтримку членів їхніх сімей. Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнт отримував вторинну (спеціалізовану) чи третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів і фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані й одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, в сфері охорони здоров'я, що

не обов'язково обмежується медичною та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням.

Пет-терапія: організація, особливості застосування
Термін «пет-терапія» (англ. *pet therapy* (від англ. *pet* – узагальнена назва домашніх тварин, дослівно – улюблена тварина) або *animal assisted therapy*) з'явився порівняно недавно. Так називають терапію пацієнтів за допомогою тварин (собак, коней, дельфінів, кроликів, кішок, птахів тощо). Пет-терапія більше відома як зоотерапія або анімалотерапія (від латин. *animal* – тварина). Пет-терапія широко поширена в західних країнах. У США діє Міжнародна організація терапії тваринами (*Pet Therapy International*). Єдиної загальноприйнятої термінології у пет-терапії поки немає.

Вчені виявили благотворну дію на людину спілкування з тваринами, а також можливості використання сенсорних властивостей (нюх) собак для діагностики недуг людини.

Сьогодні безліч праць присвячені вивченню впливу тварин на людей. К. Аллен (англ. *Karen Allen*) із Університету штату Нью-Йорк у Буффало досліджує корисний вплив тварин на стан здоров'я людини. Науковець зазначає, що собаки допомагають людям впоратися зі стресом, хоча досі ніхто не може пояснити механізм, завдяки якому це відбувається. С. Баркер (англ. *Sandra B. Barker*) і К. Доусон (англ. *Kathryn S. Dawson*) із медичного факультету Університету Вірджинії вивчали вплив собак-терапевтів на рівень тривожності госпіталізованих психіатричних хворих, що мали широке коло діагнозів. Під час експерименту з'ясувалося, що анімалотерапія ефективніша, ніж традиційна психотерапія. Майже всі пацієнти продемонстрували значне зниження рівня тривожності завдяки тваринам. Виняток становили люди з сильно вираженими ступенями залежності.

Види

пет-терапії

Розрізняють спрямовану (використання спеціально навчених тварин за розробленими терапевтичними програмами) і ненаправлену (взаємодія з тваринами в домашніх умовах) пет-терапію. Спрямовану анімалотерапію поділяють залежно від того, яких саме тварин використовують.

Окремий різновид пет-терапії – **каністерапія** (від латин. *canis* – собака; англ. *therapy dog*) – терапія з використанням собак. Це один із найбільш затребуваних видів анімалотерапії через свою доступ-

ність і соціальну поведінку тварин. Застосовується як допоміжна психотерапевтична методика при роботі з пацієнтами, які важко йдуть на контакт. Допомагає розвитку емоційних, розумових здібностей, а також рухових функцій. Каністерапію застосовують для поліпшення стану дітей із аутизмом, синдромом Дауна, церебральним паралічем, які мають олігофренію. У них поліпшується координація рухів і пам'ять, зменшується спастичність.

Історія каністерапії своїм корінням сягає 1790 р., коли в англійському графстві Йоркшир товариство друзів заснувало лікарню для душевнохворих. Вільям Тьюк і його сподвижники замінили традиційний для того часу метод лікування людей із порушеннями психіки за допомогою гамівних сорочок і ліків на християнські принципи співчуття, любові, розуміння та довіри. У лікуванні також почали використовувати собак. Лікарі відзначали позитивний вплив тварин на хворих; у них знизилася агресія і частота нападів.

Американський дитячий психіатр Борис Левінсон помітив, що маленькі пацієнти позитивно реагували на його собаку, яка перебувала в адміністратора під час сеансу. Згодом він запропонував використовувати цих тварин для лікування людей із порушеннями психіки. 1969 р. Борис Левінсон уперше вжив термін «пет-терапія».

Людина здавна здогадувався про лікувальні властивості собак на інтуїтивному рівні, що відбилося в релігії та міфології. У Стародавній Греції собаки відігравали головну роль у культурі бога лікування Асклепія (Ескулапа), який нерідко відвідував пацієнтів у вигляді пса і зализував рани хворих. Святих раннього християнства часто зображували в компанії з собаками, які їх колисьвилікували.

Сьогодні вчені встановили, що надчутливий нюх допомагає собакам визначати рідкісне поєднання білків у злоякісних пухлинах. Також вони здатні передчувати епілептичний припадок як мінімум за 20 хвилин до його початку, відрізнити одяг здорових дітей від дітей із аутизмом. Аналіз слини собаки засвідчив, що в ній міститься лізоцим – антибактеріальний агент.

За даними дослідження *Animal Planet*, першим в історії каністерапії є легендарний йоркширський тер'єр Смокі (*Smoky*). Він був зарахований до складу 26-го розвідувального авіаполку 5-ї Армії США, пройшов через Другу світову війну, заслужив 8 бойових нагород й отримав звання капрала. Смокі працював у госпіталях як

собака-терапевт упродовж 12 років, під час і після Другої світової війни.

На думку використовувати собак для діагностики хворих учених навели розповіді людей про своїх домашніх тварин. Наприклад, Пол Джексон (англ. *Paul Jackson*) розповів лікареві, що його пес Тінкер (*Tinker*) завжди попереджав про розвиток гіпоглікемії (зниження рівня глюкози після надмірної дози інсуліну). Ці дані підтвердили вчені з Університету Квінс у Белфасті. Було опитано 212 власників собак, що хворі на діабет. У 65 % тварини передчували наступ гіпоглікемії у господаря. Собаки починали скиглити, гавкати або - інши спос демонстрували своє занепокоєння.

В американському місті Ейлсбері ортопед Джон Хант (англ. *John Hunt*) заснував Дослідницький центр виявлення раку і біологічних небезпек за допомогою собак (англ. *Cancer and Bio-Detection Dogs research center*). Лікар вирішив перевірити розрізнені дані про здатність собак розпізнавати різні захворювання. Першим підтвердженим випадком стала собача діагностика раку сечового міхура за запахом сечі.

Передчуття собаками наближення епілептичного у дітей підтвердили канадські вчені. Дослідження проводилися в Університеті Калгарі (англ. *University of Calgary*) та дитячій лікарні Альберти (англ. *Alberta Children's Hospital*). Адам Кертон (англ. *Adam Kirton*), керівник досліджень, розповів, що під час наукового експерименту спостереження велось за 45 родинами, в яких живуть собаки, де з дітьми відбуваються щонайменше раз на місяць. 20 сімей повідомили, що їхні собаки реагували на наближення припадку. Десять собак намагалися попередити дитину чи сім'ю різними, доступними їм способами.

Керівник Австралійської ради з боротьби з онкологічними захворюваннями Ян Олвер заявив, що собаки майже безпомилково визначають рак легень і молочної залози.

Реабілітація – найрозвиненіший на сьогодні додаток каністерапії. Принцип лікувальної кінології з хворими дітьми ґрунтується на тому, що заняття відбуваються в ігровій формі й ефект досягається ненав'язливо. Залежно від діагнозу інструктори підбирають спеціальну систему вправ. Дітей із порушеннями слуху та вадами мовлення (дефектами мови) вчать вимовляти слова. У присутності тварин у них

сильніша мотивація. Для дітей із ДЦП, щоб розвинути рухові функції рук і ніг, пропонують виконати певні жести.

Каністерапія – предмет глибокого теоретичного вивчення. Як засвідчують дослідження зарубіжних фахівців, вона має високу ефективність для подолання проблем, пов'язаних із соціальною дезадаптацією вихованців дитячих будинків.

Собака – соціальна тварина, щира та віддана, яка орієнтується на людей, що її оточують. На основі цих якостей фахівці розробляють різні програми за участю собак-терапевтів для усунення симптомів депривації у вихованців сирітських будинків. За допомогою каністерапії у дітей формуються позитивні соціальні установки, розвиваються комунікативні навички, знімається критичне емоційне напруження.

Каністерапія добре зарекомендувала себе для поліпшення психологічного самопочуття в хоспісах і психіатричних клініках. У 90-х рр. у США міністерство охорони здоров'я офіційно дозволило присутність собак у клініках як медперсоналу. Відтоді багато шпиталів мають у своєму штаті собак, які отримують зарплату і користуються соціальними привілеями. Присутність тварин допомагає хворим подолати самотність і відчуження.

1993 р. в США стартував проєкт «Пух» під керівництвом Джоан Далтон. Його мета – навчити малолітніх в'язнів терпінню, відповідальності та співчуттю. Підлітки працювали з собаками, яким загрожувало усиплення, у двох притулках. Вони використовували позитивне підкріплення, щоб дресирувати собак, яких потім віддавали в сім'ї. Цей проєкт перейняла *Delta Society* – одна з найбільших американських анімалотерапевтичних організацій.

Кращою в світі за "винюхуванням" ракових клітин визнана чорний лабрадор-ретривер з кличкою Мерін. Собака була клонована в лабораторії південнокорейської біотехнологічної компанії RNL Віо. Двох цуценят, навчених для визначення ракових пухлин, збираються продати за ціною 500 млн вон.

Іпотерапія – лікувальна терапія, в основі якої лежить взаємодія зі спеціально навченим конем. Родоначальницею цього виду пет-терапії вважають датську спортсменку (кінний спорт) Ліз Хартел. Вона, перехворівши поліомієлітом, була частково паралізована. дев'ять років наполегливих реабілітаційних тренувань дали приго-

ломшливі результати. 1952 р. на Олімпійських іграх у Хельсінкі Ліз Хартел завоювала срібну медаль із виїздки.

Терапевтичний чинник іпотерапії – комплексна активізація та мобілізація організму: фізична і психологічна. При верховій їзді обов'язкова концентрація уваги, максимальна зібраність і потреба запам'ятовувати і планувати послідовність дій (не лише під час їзди, а й при догляді за твариною). Це активізує психічні процеси. Під час занять верховою їздою працюють майже всі м'язи людини. Відбувається це на рефлекторному рівні. Іпотерапія рекомендована для дітей із ДЦП, при ампутації, артритях, порушеннях мозкового кровообігу, черепно-мозкових травмах, втраті органів чуттів, міопатії, розсіяному склерозі, епілепсії.

У Фінляндії з 1992 р. здійснюється підготовка іпотерапевтів, під час якої можна отримати другу вищу освіту.

Дельфінотерапія і плавання з дельфіном рекомендовані для оздоровлення та медико-психологічної реабілітації тим людям, хто переніс важкі психологічні травми (що потрапили в екстремальні умови, які пережили землетруси, урагани, аварії і будь-який інший сильний стрес).

2005 р. створено Міжнародний інститут дельфінотерапії (англ. *International Institute Of The Dolphin Therapy*). В інституті розроблено першу офіційну програму дельфінотерапії (англ. *Dolphin Assisted Therapy – DAT*), а також отримано патент на «Спосіб лікування ультразвуковою терапією за допомогою контрольованого випромінювання сонара дельфіна». Метод сонофорезу ґрунтується на ультразвуковому впливі дельфіна. Фізіологічний ефект лікування за допомогою ультразвуку характеризується значущими змінами в біоелектричній активності мозку.

Основні показання для проведення курсу:

- дитячий церебральний параліч (ДЦП);
- ранній дитячий аутизм (РДА);
- синдром Дауна й інша генетична патологія;
- мінімальна мозкова дисфункція (ММД) або синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ);
- функціональні порушення центральної нервової системи (ЦНС);
- розумова відсталість (крім глибокого ступеня), розлади мови та слуху;

- нейросенсорна туговухість (НСТ);
- неврози, посттравматичні стресові розлади (ПТСР);
- депресивні розлади неендогенного характеру (субдепресивний рівень);
- розлади пам'яті, порушення здатності до навчання.

Протипоказання:

- епілепсія;
- гострі інфекційні захворювання;
- онкологічні захворювання;
- стандартні протипоказання для реабілітаційного лікування в умовах санаторно-курортного закладу.

Дельфінотерапія компліментарна для медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування, може застосовуватися комбіновано з іншими реабілітаційними методами. Вона, як і психотерапія, не здійснюється без позитивного емоційного контакту з пацієнтом. У всіх цих випадках спрацьовує «ефект маятника». Використання дельфінів зумовлене їхніми унікальними природними особливостями: поєднання високого інтелекту та рідкісних фізичних даних, а також особливим ставленням людини до дельфінів. Усе це продукує сильну позитивну установку (ефект «позитивного культурального шоку»).

Фелілотерапія (латин. *felis* – кішка) – це метод профілактики та лікування різних захворювань за допомогою контактів із кішками. Як з'ясували лікарі-терапевти Англії та США, що працювали в спеціалізованих клініках для дітей із порушеннями психіки, кішки надають серйозну допомогу людям із порушеннями психіки, серцевими розладами, ушкодженнями мозку і навіть сприяють повному зціленню залежних від алкоголю та наркотиків. Люди з порушеннями психіки сприймають присутність кішки без найменшого роздратування. Спілкування з кішками показані при депресії, неврозах, маніях і шизофренії. Кішка, по суті, не робить нічого незвичайного, вона просто лащить до хворого, лиже йому руки, обличчя. Її тепло та мурчання допомагають пацієнтові розслабитися.

Учені з Інституту спілкування тварин у Північній Кароліні, які досліджують звуки сімейства котячих, дійшли висновку, що котяче муркотіння допомагає загоювати рани та зміцнювати кістки.

Апітерапія – лікування бджолою отрутою (не рекомендоване людям із алергічними реакціями). Бджолина отрута – потужний каталізатор фізіологічних процесів. Одна її крапля містить 18 із 20 обов'язкових амінокислот, неорганічні кислоти, безліч хімічних елементів і вітамінів. Застосовується для лікування розсіяного склерозу, варикозу.

**Тести для визначення ступеня оволодіння студентами
потрібними теоретичними положеннями**

1.	Втрата здоров'я – наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до: 1) інвалідності; 2) фізичного, душевного та соціального неблагополуччя; 3) обмеження життєдіяльності;
2.	Скільки рівнів здоров'я виділяють: 1) 3; 2) 4; 3) 5; 4) 6; 5) 7.
3.	Охорона здоров'я – система заходів, яка не спрямована на: 1) збереження фізіологічних і психологічних функцій; 2) відновлення фізіологічних і психологічних функцій; 3) збереження оптимальної працездатності; 4) відновлення соціальної активності; 5) збереження екологічної безпеки.
4.	Хвороба, поширеність якої не перевищує 1 випадок на 2000 осіб, називається: 1) генетичною; 2) орфанною; 3) основною; 4) фоновою; 5) коморбідною.

5.	Синдроми, названі іменами вчених, які їх виявили або описали, – це: 1) епоніми; 2) синоніми; 3) синергісти; 4) антоніми; 5) антагоністи.
6.	Реконвалесценція – це період: 1) виражених клінічних проявів; 2) прихованих клінічних проявів; 3) відновлення порушених функцій; 4) повного видужання; 5) розвитку ускладнень.
7.	Причинами невідкладного стану людини можуть бути: 1) хвороби; 2) травми; 3) отруєння; 4) усе перераховане; 5) нічого з перерахованого.
8.	Визначте, як називається захворювання, яке спричинило звернення людини за медичною допомогою: 1) базове; 2) основне; 3) нововиявлене; 4) фонове; 5) ключове.
9.	Якого виду медичної допомоги не виділяють: 1) екстреного; 2) первинного; 3) вторинного; 4) третинного; 5) невідкладного.
10.	Визначте, що не належить до наслідків хвороби: 1) відхилення від норми у морфологічному статусі; 2) відхилення від норми у функціональному статусі;

	3) зниження працездатності; 4) соціальна дезадаптація; 5) тривалий період ремісії.
--	--

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ФОРМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

Зміст теми:

1. Поняття «системи реабілітації».
2. Біопсихосоціальна модель обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності.
3. Реабілітаційна стратегія охорони здоров'я.
4. Основи реабілітації, загальні принципи проведення реабілітації.
5. Організація реабілітаційного процесу, та його безпосередні учасники
6. Види та форми проведення реабілітаційних заходів.
7. Визначення понять «реабілітаційна послуга», «медична послуга».
8. Встановлення завдань реабілітації.
9. Технічні й інші засоби реабілітації, вироби медичного призначення.
10. Адаптація навколишнього середовища до потреб різних категорій осіб.

Поняття «системи реабілітації» . Система реабілітації складається із суб'єктів реабілітації, їхніх прав й обов'язків, відносин між ними, урегульованих законодавством, а також визначених законодавством вимог, протоколів і нормативів надання реабілітаційної допомоги.

Біопсихосоціальна модель обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності – обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності як результат взаємодії особи з навколишнім середовищем, зокрема фізичних, психологічних чинників і чинників середовища, для забезпечення здатності особи підтримувати максимально високий рівень здоров'я та благополуччя, а також максимально ефективно функціонувати в суспільстві.

Головна мета реабілітаційної стратегії охорони здоров'я – досягнення оптимального рівня функціонування особи у взаємодії з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності,

для чого використовуються інтегровані підходи до оптимізації участі, розбудови та зміцнення ресурсів особи, забезпечення сприятливості навколишнього середовища та залучення особи до взаємодії з ним.

Основи реабілітації. Реабілітація ґрунтується на біологічних, соціально-економічних, психологічних, морально-етичних і науково-медичних основах.

Біологічні основи – здатність організму пристосовуватись до певних умов функціонування унаслідок компенсаторно-відновлювальних процесів.

Соціально-економічні основи – корисність для суспільства праці осіб із інвалідністю, які мають глибокі професійні знання і вагомий життєвий досвід. Економічний ефект реабілітації перекидає суспільні затрати на її здійснення.

Психологічні основи – бажання особистості відчувати власну корисність і цінність своєї праці для суспільства.

Морально-етичні основи – принцип високого гуманізму, притаманний нашому суспільству.

Науково-медичні основи – застосування засобів, методів, форм реабілітаційних втручань, що ґрунтується на сучасних науково-технічних досягненнях і доказовій базі.

Загальні принципи проведення реабілітації:

1) пацієнтоцентричність, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей і побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також їх безпосередню участь у розробці, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану;

2) цілеспрямованість – організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення коротко- та довгос трюкових завдань;

3) своєчасність – реабілітація повинна розпочинатися під час гострого реабілітаційного періоду або одразу після стабілізації стану здоров'я з хронічним перебігом. Індивідуальний реабілітаційний план має варіюватися відповідно до змін функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;

4) послідовність – кожний наступний етап процесу реабілітації повинен бути пов'язаний із попереднім, і становити підґрунтя для

наступного етапу та враховувати фактичні зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;

5) безперервність – процес реабілітації має відбуватися безперервно впродовж усіх реабілітаційних періодів;

6) функціональна спрямованість – реабілітаційна допомога повинна бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи у її середовищі.

Організація реабілітаційного процесу. Реабілітаційний процес складається з таких складників:

– заходи з реабілітації у сфері охорони здоров'я, протезування, ортезування, санаторно-курортне лікування;

– медико-соціальна, соціальна, психологічна, психолого-педагогічна, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна реабілітація, соціальна адаптація;

– забезпечення технічними й іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;

– освіта, професійна орієнтація, сприяння в працевлаштуванні, виробнича адаптація;

– фізкультурно-спортивні заходи, оздоровлення.

Учасники реабілітаційного процесу:

– педагогічні, соціальні, музичні працівники, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів, асистенти ерготерапевтів, спортивні тренери, майстри виробничого навчання реабілітаційної установи, перекладачі жестової мови, тифлопедагоги, інструктори з мобільності й інші фахівці, пов'язані з реабілітаційним процесом;

– мультидисциплінарні реабілітаційні команди (склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди повинен відповідати потребам особи, яка проходить реабілітацію);

– особи з інвалідністю, діти з інвалідністю, які проходять реабілітацію;

– законні представники осіб із інвалідністю, дітей із інвалідністю.

Види реабілітаційних заходів:

– заходи з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачають медикаментозне лікування в межах компетенцій лікаря фізичної та

реабілітаційної медицини, фізичну терапію, ерготерапію, терапію мови та мовлення, забезпечення протезування, ортезування, технічними й іншими засобами реабілітації, медичними виробами (виробами медичного призначення) відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я;

– психологічні, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій особи з інвалідністю, її мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції;

– професійні, які передбачають сприяння у професійному навчанні та професійній адаптації;

– трудові – раціональне працевлаштування та психологічна підтримка під час професійної адаптації до виробничих умов;

– соціальні, які передбачають соціально-побутову адаптацію та соціально-середовищну орієнтацію, забезпечення технічними й іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;

– психолого-педагогічні – психологічна та педагогічна корекція розвитку;

– фізкультурно-спортивні, які передбачають фізкультурно-спортивну підготовку й адаптацію, організацію та проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять.

Основні форми реабілітаційних заходів:

– надання реабілітаційних послуг;

– забезпечення технічними й іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;

– матеріальне забезпечення.

Реабілітаційна послуга – послуга, що надається пацієнтові реабілітаційним закладом, реабілітаційною установою, закладом охорони здоров'я, соціального захисту або іншим суб'єктом господарювання, які мають право надавати реабілітаційну допомогу згідно із законодавством, й оплачується її замовником. Замовником реабілітаційної послуги можуть бути держава, орган місцевого самоврядування, юридична або фізична особа, зокрема пацієнт.

Послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – послуга, що надається пацієнтові закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована й одержала в установленому законом порядку ліцензію на провад-

ження господарської діяльності з медичної практики, й оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, зокрема пацієнт.

Встановлення завдань реабілітації – окреслення конкретних, вимірюваних, досяжних, відповідних і визначених у часі показників функціонування особи, які вона повинна досягти внаслідок отримання реабілітаційної допомоги. Відбувається фахівцем із реабілітації спільно з особою при складенні програми терапії.

Завдання реабілітаційного процесу в сфері охорони здоров'я:

- максимально можливе відновлення здоров'я;
- повна функціональна регенерація (у випадку неможливості – компенсаторне відновлення втрачених функцій);
- запобігання ускладненням і рецидивам;
- попередження інвалідності (стійкої втрати працездатності);
- повернення або пристосування до звичних умов життєдіяльності;
- максимальне залучення до трудового процесу;
- диспансерний нагляд за реабілітованими.

Основна мета реабілітації в педіатрії:

- повернення дитини до стану перед захворюванням;
- повернення у дитячий колектив;
- розвиток фізичної підготовленості та психічних здібностей відповідно до віку дитини.

Громадяни у необхідних випадках забезпечуються протезами, ортопедичними, коригуючими виробами, окулярами, слуховими апаратами, засобами лікувальної фізкультури і спеціальними за-собами пересування. Рішення про забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медично-го призначення приймається медико-соціальними експертними комісіями (лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей з інвалідністю) на підставі медичних показань і протипоказань, а також соціальних критеріїв. За медичними показаннями встановлюється необхідність надання особі з інвалідністю технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що забезпечують компенсацію або усунення стійких обмежень життєдіяльності особи з інвалідністю.

Технічні й інші засоби реабілітації:

- протезно-ортопедичні вироби, зокрема ортопедичне взуття;
- спеціальні засоби для самообслуговування та догляду;
- засоби для пересування;
- допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому;
- меблі й оснащення;
- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування й обміну інформацією;
- спеціальні засоби для освіти (зокрема, література для незрячих) і зайняття трудовою діяльністю;
- спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання та спорядження, спортивний інвентар.

Вироби медичного призначення – прилади, комплекси, системи обладнання, інструменти, пристрої, імпланти, матеріали або інші вироби, призначені для діагностики, лікування та профілактики захворювань.

Адаптація навколишнього середовища до потреб людей із обмеженими можливостями

Адаптація – пристосування середовища життєдіяльності, будівель і споруд до потреб маломобільних груп населення. В Україні є п'ять основних проблем адаптації навколишнього середовища до потреб людей із обмеженими можливостями:

1. Формування безбар'єрного середовища – проблема побудови правильних пандусів, облаштованих пішохідних доріжок, обладнаних автостоянок.

2. Відсутність розуміння «комплексної доступності».

Комплексна доступність об'єкта – це не тільки пандус, а мінімум три критерії: обладнана спеціальним місцем для осіб із інвалідністю автостоянка, якісна прилегла територія та, звісно, сам вхід, до якого належить і нормативна ширина отвору дверей, і потрібна висота порогів, і доступність внутрішньої частини приміщення.

3. Відсутність інформації (інформаційних показників) про наявність/відсутність умов доступності об'єктів інфраструктури для людей із інвалідністю.

Опинившись у будь-якому місті України, людині з інвалідністю насамперед потрібна інформація про доступність інфраструктури та її об'єктів, зокрема вокзалів, аптек, лікарень, магазинів, банків, місць культури та відпочинку.

4. Створення доступної транспортної та вуличної інфраструктури.

5. Недостатність громадського контролю державної політики в сфері створення безбар'єрного середовища.

Забезпечення доступності споруд відбувається тільки через проведення конкретних заходів, що дають змогу пристосувати житлове і навколишнє середовище до потреб людей із інвалідністю з урахуванням їхніх індивідуальних фізичних особливостей. Це досягається через дотримання будівельних норм.

Сьогодні використовують ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд». Саме ними передбачені норми проектування, будівництва нових та реконструкція, реставрація, капітальний ремонт та технічне переоснащення існуючих житлових будинків та громадських будівель і споруд з урахуванням потреб маломобільних груп населення.

Вимоги є обов'язковими для застосування усіма юридичними та фізичними особами на території України, окрім будівництва індивідуальних житлових будинків.

Такі норми забезпечують рівні права на використання житлових будинків і громадських будівель та споруд різними верствами населення, в тому числі маломобільних груп населення.

Доступність для маломобільних груп населення повинна забезпечуватися:

– фізичною можливістю і зручністю потрапляння та пересування об'єктом, прилеглою територією, отриманням послуг;

– фізичною безпекою при потраплянні на об'єкт та пересуванні в ньому, прилеглою територією, отриманням послуг;

– можливістю вільного отримання інформації про об'єкт та послуги, що надаються; вільної навігації (орієнтування) по об'єкту та прилеглою територією.

При проектуванні будівництві нових та реконструкції, реставрації, капітальному ремонті та технічному переоснащенні існуючих житлових та громадських будівель і споруд повинні бути забезпечені:

– доступність місць цільового відвідування і безперешкодність

переміщення всередині будівель і споруд усіх користувачів, зокрема маломобільних груп населення;

– безпека шляхів руху (у тому числі евакуаційних), а також місць проживання, обслуговування і прикладення праці усіх користувачів, в тому числі маломобільних груп населення;

– евакуації людей з будівлі в безпечну зону (з врахуванням особливостей осіб з інвалідністю) до ймовірної шкоди їх життю і здоров'ю внаслідок впливу небезпечних та надзвичайних факторів;

– своєчасне отримання маломобільними групами населення повноцінної і якісної інформації, яка дозволяє орієнтуватися в просторі, використовувати обладнання (у тому числі для самообслуговування), отримувати послуги, брати участь у трудовому і освітньому процесах.

Для осіб з інвалідністю на кріслах колісних необхідно передбачати розміщення для них квартир у рівні першого поверху із можливістю виходу безпосередньо назовні. Для влаштування окремого входу через тамбур та підйомника рекомендується збільшення площі квартири на 12 м².

У зоні обслуговування відвідувачів громадських будинків і споруд різного призначення слід передбачати місця для осіб з інвалідністю із розрахунку не менше ніж 5 % загальної місткості закладу або розрахункової кількості відвідувачів, у тому числі і при виділенні зон спеціалізованого обслуговування маломобільних груп населення у будівлі.

Місця для осіб з інвалідністю у зальних приміщеннях слід розташовувати в доступній для них зоні залу, що забезпечує:

– повноцінне сприйняття демонстраційних, видовищних, інформаційних, музичних програм і матеріалів;

– зручне приймання їжі (в обідніх залах або кулуарах при залах);

– оптимальні умови для роботи (у читальних залах бібліотек), відпочинку (у залі очікування).

Місця для осіб в кріслах колісних розраховуються з параметрів: ширина крісла колісного 80 см, довжина 1,2 м, а також поблизу цього місця повинна бути можливість для маневрування кріслом колісним площею 1,5 x 1,5 м.

При проектуванні установ, організацій і підприємств, незалежно від того передбачається використання ними праці осіб з інвалідністю зони, чи ні, та елементи будівель та території повинні ідентифікуватися міжнародним символом доступності:

- доступні паркувальні місця;
- доступні зони посадки;
- доступні входи, якщо не всі входи до будівлі відповідають потребам;
- спеціалізовані місця у загальних туалетах;
- доступні гардеробні, примірювальні та роздягальні;
- доступні ліфти та інші підйомні пристрої;
- доступні зони безпеки;

Тести для визначення ступеня оволодіння студентами потрібними теоретичними положеннями

1.	Проаналізуйте, яке завдання реабілітації у випадку неможливості повного функціонального відновлення: 1) компенсаторне відновлення втрачених функцій; 2) психологічна підтримка; 3) пошук працівників соціальної служби; 4) направлення на санаторно-курортне лікування; 5) навчання родичів догляду за особою з інвалідністю.
2.	Проаналізуйте, що не належить до основної мети реабілітації в педіатрії: 1) повернення дитини до стану перед захворюванням; 2) повернення у дитячий колектив; 3) проведення профорієнтаційної роботи з дітьми; 4) розвиток фізичної підготовленості відповідно до віку дитини; 5) розвиток психічних здібностей відповідно до віку дитини.
3.	Визначте, що не належить до технічних засобів реабілітації осіб із інвалідністю:

	<ol style="list-style-type: none"> 1) протезно-ортопедичні вироби; 2) засоби для пересування; 3) меблі й оснащення; 4) спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання; 5) імплантати.
4.	<p>Якого виду реабілітаційних заходів не виділяють:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) психологічного; 2) професійного; 3) трудового; 4) політичного; 5) фізкультурно-спортивного.
5.	<p>Визначте, які засади не належать до взаємодоповнювальних, на яких ґрунтується реабілітація в медицині:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) біологічні та психологічні основи;
	<ol style="list-style-type: none"> 2) соціальні й економічні основи; 3) релігійні та національні основи; 4) морально-етичні основи; 5) науково-методичні основи.
6.	<p>Проаналізуйте, що не належить до основних принципів фізичної терапії:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ранній початок реабілітаційних заходів; 2) послідовність і безперервність реабілітаційних заходів; 3) індивідуальний підбір реабілітаційних заходів; 4) потреба реабілітації в колективі; 5) використання лише одного з можливих засобів реабілітації.
7.	<p>Загальний принцип проведення реабілітації, який спрямований на досягнення довго- та короткострокових завдань, називається:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пацієнтоцентричність; 2) цілеспрямованість; 3) своєчасність; 4) послідовність; 5) безперервність.

ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ
ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

8.	До учасників реабілітаційного процесу не належать: 1) педагогічні працівники; 2) особи з інвалідністю; 3) законні представники осіб із інвалідністю; 4) асистенти фізичного терапевта та ерготерапевта; 5) адміністрація реабілітаційного закладу.
9.	Якої форми реабілітаційних заходів не виділяють: 1) реабілітаційна послуга; 2) реабілітаційна допомога; 3) матеріальне забезпечення; 4) забезпечення технічними й іншими засобами реабілітації; 5) забезпечення виробами медичного призначення.
10.	Заходи з реабілітації у сфері охорони здоров'я не передбачають: 1) фізичну терапію; 2) ерготерапію; 3) терапію мови та мовлення; 4) забезпечення технічними й іншими засобами реабілітації; 5) психологічну та педагогічну корекцію розвитку.

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Зміст теми:

1. Загальні умови медичного втручання.
2. Етапи формування індивідуального реабілітаційного плану.
3. Реабілітаційне обстеження.
4. Обов'язок надання медичної інформації.
5. Особливості складання індивідуального реабілітаційного плану.
6. Реабілітаційний потенціал: види та характеристика.
7. Реабілітаційний прогноз: види та характеристика.
8. Реабілітаційний маршрут.
9. Види реабілітаційних програм.
10. Реабілітаційний заклад.
11. Позичії страхування при роботі з реабілітованим.

Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів із визначенням порядку та місця їх проведення, спрямованих на відновлення і компенсацію порушених або втрачених функцій організму й здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

Форма індивідуальної програми реабілітації подана в Додатку І.

Програма терапії – комплекс узгоджених видів, форм, змісту, обсягів та строків реабілітаційних заходів, що здійснюються фахівцями з реабілітації особи, яка потребує реабілітації, які спрямовані на вирішення реабілітаційних завдань із визначенням порядку і місця їх проведення, з урахуванням аналізу зовнішнього середовища.

Початок реабілітації. Перед початком проведення реабілітації потрібна інформована згода особи відповідно до вимог законодавства. Стосовно особи віком до 14 років (малолітньої особи), а також особи, визнаної в установленому законом порядку недієздатною, реабілітаційна допомога надається за згодою її законного представника.

Особа, яка набула повної цивільної дієздатності й усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитися від реабілітації.

Загальні умови медичного втручання. Медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта. Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування менша, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе. Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визнають допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта, застосовуються за згодою щодо їх можливих шкідливих наслідків, а лікар вживає всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди життю та здоров'ю пацієнта.

Етапи формування індивідуального реабілітаційного плану:

- проведення реабілітаційного обстеження;
- встановлення реабілітаційного діагнозу;
- визначення реабілітаційного потенціалу;
- визначення реабілітаційного прогнозу;
- складання індивідуального реабілітаційного плану, індивідуальної реабілітаційної програми, підбір відповідних технічних засобів реабілітації та виробів медичного призначення.

Реабілітаційне обстеження – визначення ризику виникнення, наявності та ступеня порушень функцій і структур організму, обмежень активності та можливості участі особи, а також впливу навколишнього середовища й особистих чинників відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

Обов'язок надання медичної інформації:

- пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної та повної інформації про стан свого здоров'я, зокрема на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я;
- батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного;

– медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема наявність ризику для життя та здоров'я;

– якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я, зашкодити процесу лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість його ознайомлення з окремими медичними документами;

– у разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті й ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків у суді.

Індивідуальний реабілітаційний план – документ, розроблений мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі результатів реабілітаційного обстеження особи з обмеженнями повсякденного функціонування (або такої, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування), що визначає мету й завдання реабілітації та комплекс заходів, потрібних для їх досягнення.

Індивідуальний реабілітаційний план розробляє й узгоджує мультидисциплінарна реабілітаційна команда після проведення реабілітаційного обстеження особи, та з урахуванням наявних порушень, обмежень повсякденного функціонування і потреб особи, й затверджується на загальних зборах команди лікарем фізичної та реабілітаційної медицини.

Індивідуальний реабілітаційний план складається з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, реабілітаційного періоду, визначення реабілітаційного прогнозу та місця (місць) проведення реабілітаційних заходів.

Індивідуальний реабілітаційний план має містити загальні мету та завдання реабілітації з визначенням приблизних термінів їх досягнення, переліку необхідних реабілітаційних заходів, кількісних потреб у фахівцях із реабілітації, реабілітаційному й іншому облад-

нанні, можливих потреб у продовженні надання реабілітаційної допомоги в іншому реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі відповідно до рівня функціональних обмежень, можливостей, побажань, очікувань, прагнень особи, яка потребує реабілітації. Після затвердження індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець із реабілітації в межах своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає власну програму терапії, реалізує й оцінює її ефективність.

Індивідуальний реабілітаційний план складає мультидисциплінарна реабілітаційна команда на підставі Державного типового плану реабілітації.

Зміни до індивідуального реабілітаційного плану затверджує лікар фізичної та реабілітаційної медицини після проведення повторного реабілітаційного обстеження членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Індивідуальний реабілітаційний план і внесені до нього зміни мають бути погоджені особою з обмеженнями повсякденного функціонування або її законним представником.

У разі гострого захворювання, розладу, травми або операції індивідуальний реабілітаційний план розробляє мультидисциплінарна реабілітаційна команда, яку залучає лікуючий лікар.

У разі захворювання з хронічним перебігом індивідуальний реабілітаційний план первинно розробляє мультидисциплінарна реабілітаційна команда, яку залучає лікуючий лікар після здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу та встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я), який є причиною або може призвести до обмеження повсякденного функціонування.

При реалізації індивідуального реабілітаційного плану передбачається проведення моніторингу й оцінювання досягнення загальних мети та завдань і перебігу реабілітаційного процесу, за результатом чого здійснюється перегляд загальних мети та завдань і вноситься відповідне коригування до індивідуального реабілітаційного плану.

Реалізацію реабілітаційних заходів, запланованих в індивідуальному реабілітаційному плані, забезпечують члени

мультидисциплінарної реабілітаційної команди за принципом пацієнтоцентричності.

У разі виявлення мультидисциплінарною реабілітаційною командою ознак стійкого обмеження життєдіяльності, що зазначається в індивідуальному реабілітаційному плані, особа направляється для проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності з метою його підтвердження та встановлення статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю».

Реабілітаційний цикл – одиниця організації надання реабілітаційної допомоги, яка включає проведення первинного реабілітаційного обстеження, встановлення мети та завдань реабілітації, призначення, планування та реалізацію програм терапії фахівцями з реабілітації та проведення заключного реабілітаційного обстеження з оцінкою результативності наданої реабілітаційної допомоги.

Реабілітаційний потенціал – комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, а також чинників соціального середовища, що дають змогу реалізувати її потенційні можливості до реабілітації.

Розрізняють:

– *високий реабілітаційний потенціал* – повне відновлення здоров'я, усіх звичайних для особи видів життєдіяльності, працездатності та соціального стану (повна реабілітація);

– *задовільний реабілітаційний потенціал* – неповне видужання із деякими проявами у вигляді помірно вираженого порушення функцій, виконання основних видів діяльності в обмеженому обсязі або за допомогою технічних засобів реабілітації, часткове зниження працездатності та якості життя, потреба в соціальній підтримці й частковій матеріальній допомозі (часткова реабілітація);

– *низький реабілітаційний потенціал* – повільно прогресуючий перебіг хронічного захворювання, виражені порушення функцій, значні обмеження у виконанні більшості видів діяльності, виражене зниження працездатності, потреба в постійній соціальній підтримці та матеріальній допомозі (часткова реабілітація);

– *відсутність реабілітаційного потенціалу* – прогресуючий перебіг захворювання, некомпенсуюче або різко виражене

порушення функцій, неможливість компенсації або самостійного виконання основних видів діяльності, стійка часткова або повна втрата працездатності, потреба в постійному догляді та матеріальній допомозі.

Реабілітаційний прогноз – визначення перспектив змін функціонування особи за результатами реабілітаційного обстеження. Передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу та передбачуваний рівень інтеграції особи у суспільство визначається не тільки рівнем і змістом реабілітаційного потенціалу, а й реальними можливостями застосування сучасних реабілітаційних технологій, засобів і методів.

Розрізняють:

- *сприятливий реабілітаційний прогноз* – можливість повного відновлення порушених функцій, звичної життєдіяльності, повна соціальна та професійна інтеграція особи;
- *відносно сприятливий реабілітаційний прогноз* – часткове відновлення порушених категорій життєдіяльності, зменшення ступеня обмежень або стабілізації, розширена здатність до соціальної інтеграції та переходу від повної до часткової соціальної підтримки і матеріальної допомоги;
- *сумнівний (невизначений) реабілітаційний прогноз* – недостатньо даних для встановлення реабілітаційного прогнозу, незрозумілий прогноз;
- *несприятливий реабілітаційний прогноз* – неможливе відновлення або компенсація порушених обмежень життєдіяльності, суттєвих позитивних змін в особистісному, соціальному статусі особи.

Реабілітаційний маршрут – послідовність етапів надання реабілітаційної допомоги особі, яка потребує відновлення, протягом різних реабілітаційних періодів, у різних реабілітаційних закладах, відділеннях та підрозділах та на різних рівнях медичної допомоги, що зазначено в індивідуальному реабілітаційному плані та забезпечує досягнення особою оптимального рівня повсякденного функціонування в її середовищі.

До реабілітаційних маршрутів осіб, які потребують реабілітації, відносяться:

1) реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, який складається з:

– етапу надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду;

– етапу надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду та/або етапу надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації в територіальній громаді протягом післягострого реабілітаційного періоду;

– етапу надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду;

2) реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з хронічним перебігом.

Види реабілітаційних програм:

1. стаціонарна програма;

2. денний стаціонар;

3. амбулаторна програма;

4. домашня програма. Проводиться за місцем проживання пацієнта.

Переваги домашньої програми реабілітації:

1) фінансові – вимагає менше фінансових затрат;

2) тривалість – тривалість реабілітації не обмежена терміном перебування в стаціонарі чи реабілітаційному центрі;

3) психологічні – «вдома і стіни лікують»;

4) соціальні – реабілітація відбувається в звичних для життєдіяльності пацієнта умовах; ефект адаптації та пристосування (компенсація втрачених функцій) має специфічний характер, відбувається активніше відновлення побутових навичок самообслуговування;

5) партнерство – можливість активного залучення родичів, членів сім'ї до реабілітаційної програми.

Недоліки:

1) неможливість повноцінної роботи мультидисциплінарної команди;

2) неможливість організувати постійний лікарський контроль за станом здоров'я, динамікою зрушень, для внесення корективів у програму реабілітації;

3) обмежений ресурс площі для активної фізичної терапії;

4) обмежене технічне забезпечення програми реабілітації;

5) гіперопіка родичів, членів сім'ї, що є перешкодою в досягненні самостійності пацієнта.

Мережа закладів охорони здоров'я – сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території.

Заклад охорони здоров'я – юридична особа незалежно від форми власності й організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основними завданнями яких є забезпечення медичного обслуговування населення та/або надання реабілітаційної допомоги на основі відповідної ліцензії та забезпечення професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців із реабілітації

Реабілітаційний заклад – установа, підприємство, зокрема їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію осіб із інвалідністю і дітей із інвалідністю відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації..

Реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи розміщуються в будівлях та приміщеннях, що відповідають вимогам державних будівельних норм В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд». Відповідність будівель та приміщень вимогам безбар'єрності підтверджується документом, виданим фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має відповідний кваліфікаційний сертифікат.

Реабілітаційні відділення, підрозділи забезпечують:

- 1) доступну якісну стаціонарну або амбулаторну реабілітаційну допомогу особам, які потребують реабілітації;
- 2) участь у наданні комплексної реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та особам віком до 18 років, які потребують реабілітації;
- 3) впровадження сучасних технологій надання реабілітаційної допомоги на засадах доказової реабілітації.

Завдання та функції реабілітаційного відділення, підрозділу:

- 1) надання реабілітаційної допомоги особам, які потребують реабілітації, протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів за реабілітаційними пакетами медичних послуг відповідно до програми державних гарантій медичного обслуговування населення у стаціонарних та амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації згідно із

загальними метою та завданнями, зазначеними в розділах другому та третьому індивідуального реабілітаційного плану, на засадах доказової реабілітації. У стаціонарних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації надається реабілітаційна допомога високого обсягу мультидисциплінарною реабілітаційною командою, в амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації обсяг реабілітаційної допомоги та необхідний професійний і кількісний склад фахівців із реабілітації визначається відповідно до загальних мети та завдань, зазначених в індивідуальному реабілітаційному плані;

2) надання реабілітаційної допомоги особам, які потребують реабілітації, протягом гострого реабілітаційного періоду в рамках нереабілітаційних пакетів медичних послуг відповідно до програми державних гарантій медичного обслуговування населення у палатах гострої реабілітації нереабілітаційних відділень закладу або за місцем перебування пацієнта у мобільному режимі надання реабілітаційної допомоги (далі – мобільний режим) згідно із загальними метою та завданнями, зазначеними в розділі першому індивідуального реабілітаційного плану на засадах доказової реабілітації;

3) участь у наданні комплексної реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю протягом довготривалого реабілітаційного періоду у стаціонарних та амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації згідно з індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю на засадах доказової реабілітації;

4) забезпечення, підбір, налаштування, виготовлення та навчання користуванню технічними та іншими засобами реабілітації, забезпечення медичними виробами протягом надання реабілітаційної допомоги особам, які потребують відновлення;

5) надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації;

6) надання консультативної та методологічної підтримки з питань обмежень повсякденного функціонування/життєдіяльності та з питань надання реабілітаційної допомоги нереабілітаційним відділенням та підрозділам закладу, окремим медичним працівникам, які надають медичну допомогу в закладі;

7) надання консультативної та методологічної підтримки з питань обмежень повсякденного функціонування/життєдіяльності та з питань надання реабілітаційної допомоги особам, які потребують реабілітації, членам їх сімей, особам, які здійснюють догляд за особою з обмеженнями повсякденного функціонування;

8) надання консультативної та методологічної підтримки з питань обмежень повсякденного функціонування/життєдіяльності та з питань надання реабілітаційної допомоги закладам вищої та фахової передвищої освіти, іншим суб'єктам освітньої діяльності, які мають ліцензію на надання освітніх послуг із фахової передвищої, вищої та післядипломної освіти та/або здійснюють безперервний професійний розвиток фахівців з реабілітації згідно із законодавством;

9) забезпечення проведення у відділенні практичної підготовки здобувачів вищої та фахової передвищої освіти у галузі знань «22 Охорона здоров'я» із залученням фахівців з реабілітації, що працюють у відділенні;

10) разом із громадськими об'єднаннями фахівців з реабілітації осіб, які потребують реабілітації, організація та проведення науково-практичних конференцій з питань надання реабілітаційної допомоги, окремих напрямів реабілітації, реабілітаційних втручань тощо;

11) організація і проведення просвітницької роботи серед населення, активна співпраця із засобами масової інформації щодо питань обмежень повсякденного функціонування та обмежень життєдіяльності та надання сучасної реабілітаційної допомоги.

До реабілітаційних відділень, підрозділів належать:

1) палати гострої реабілітації у закладах охорони здоров'я (палата гострої реабілітації), у яких надається реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду;

2) стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я, закладах освіти у сфері охорони здоров'я, спеціальних закладах загальної середньої освіти або стаціонарні відділення післягострої та довготривалої реабілітації, утворені на базі санаторно-курортних закладів незалежно від підпорядкування, типу і форми власності, в яких реабілітаційну допомогу надають мультидисциплінарні реабілітаційні команди;

3) амбулаторні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у закладах охорони здоров'я різного профілю незалежно від форми

власності, закладах освіти у сфері охорони здоров'я, спеціальних закладах загальної середньої освіти, в яких реабілітаційну допомогу надають мультидисциплінарні реабілітаційні команди та окремі фахівці з реабілітації.

Структура реабілітаційного відділення, підрозділу. У відділенні обов'язково наявні ліжка для цілодобового перебування або перебування в умовах денного стаціонару осіб, які потребують реабілітації, яким надається реабілітаційна допомога високого обсягу (для стаціонарних відділень післягострої та довготривалої реабілітації), або кабінети для амбулаторного прийому осіб, які потребують реабілітації, фахівцями з реабілітації (для амбулаторних відділень післягострої та довготривалої реабілітації), а також такі приміщення:

- 1) кабінет завідувача відділення;
- 2) ординаторська лікарів фізичної та реабілітаційної медицини;
- 3) протокольна кімната (декілька протокольних кімнат), оснащених автоматизованими робочими місцями для розміщення повного складу фахівців з реабілітації відділення;
- 4) кімната для середнього та молодшого медичного персоналу відділення;
- 5) кабінет асистивних технологій (для реабілітаційних відділень, підрозділів, що функціонують у складі багатопрофільних закладів охорони здоров'я) – структурна одиниця реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу, в якому здійснюється підбір, налаштування, виготовлення та навчання користуванню технічними та іншими засобами реабілітації;
- 6) приміщення для проведення фізичної терапії – зал (зали) фізичної терапії та кабінет (кабінети) для надання індивідуальної реабілітаційної допомоги з фізичної терапії;
- 7) приміщення для проведення ерготерапії – зал ерготерапії та кабінет (кабінети) для надання індивідуальної реабілітаційної допомоги з ерготерапії;
- 8) кабінет (кабінети) для надання індивідуальної реабілітаційної допомоги з терапії мови та мовлення;
- 9) кабінет (кабінети) для надання індивідуальної психологічної допомоги;

10) приміщення для підбору та налаштування та/або виготовлення технічних та інших засобів реабілітації;

11) приміщення для проведення інвазивних реабілітаційних втручань;

12) приміщення для проведення консультацій інших лікарів-спеціалістів;

13) приміщення для проведення зборів мультидисциплінарної реабілітаційної команди (може використовуватися зал фізичної терапії або ерготерапії).

Реабілітаційні відділення, підрозділи додатково можуть мати:

1) кабінет ультразвукових та електрофізіологічних (електронейроміографія) методів дослідження в реабілітації;

2) приміщення або територію для навчання візковим навичкам (у разі надання реабілітаційної допомоги при ураженнях спинного мозку);

3) приміщення для проведення протезування (у разі надання реабілітаційної допомоги при ампутаціях кінцівок);

4) приміщення для забезпечення організації загальної середньої освіти (у разі надання реабілітаційної допомоги особам віком до 18 років, які потребують реабілітації, та дітям з інвалідністю);

5) приміщення для апаратної фізіотерапії.

Позиції страхування при роботі з реабілітованим

Страховальні позиції при ході по рівній поверхні. Під час того, як пацієнта починають навчати пересуванню по рівній поверхні, обов'язкове використання пояса для ходи. Не можна використовувати одяг пацієнта, його пояс для штанів чи верхню кінцівку.

Реабілітолог розташовується позаду і дещо збоку від пацієнта. Однією рукою він береться за пояс для ходи знизу посередині спини пацієнта, так, щоб долоня була скерована догори, а рука зігнута у лікті, іншу кладе зверху на плече пацієнта, але так, щоб не перешкоджати його рухам або не порушувати його рівновагу. Можна також утримувати руку над плечем пацієнта, але потрібно бути готовим швидко схопити його за плече. У деяких випадках практикують утримання навскоси через грудну клітку. За такої умови треба пильнувати, щоб рука реабілітолога не змістилася на шию чи горло пацієнта. Одна нога фахівця з реабілітації повинна

бути розташована між ногою пацієнта і засобом допомоги при ході, а інша – позаду ноги пацієнта.

Пересуватися треба у тому ж напрямку, що і пацієнт, крок у крок. Одна нога пересувається одночасно з переміщенням технічного засобу допомоги, а інша – одночасно з переміщенням ноги пацієнта. Не рекомендовано стояти перед пацієнтом, оскільки це не дасть вам змоги легко переміщатися разом із ним, перекриватиме його поле зору, не дозволить вам бачити об'єкти позаду вас і, крім того, вам потрібно бути на деякій віддалі від пацієнта, щоб забезпечити йому досить місця для пересування.

Якщо пацієнт втрачає рівновагу і падає вперед – необхідно притримувати його за пояс для ходи; водночас здійснювати поштовхи у ділянці тазу вперед. Допомогти пацієнтові відновити рівновагу і стати прямо. У деяких випадках корисно дозволити йому злегка спертися. Коли пацієнт падає назад, необхідно стати так, щоб одне з плечей фізичного терапевта було повернуте у напрямку до спини пацієнта і площа опори у передньозадньому напрямку була розширена.

Підйом і спуск із бордюру і страхувальна позиція при цьому. Підйом на бордюр за допомогою двох милиць/палиць (модель три плюс один). Пацієнт повинен поставити сильнішу (менш уражену) ногу на бордюр. Коли він піднімає свій тулуб на нього, використовуючи сильнішу нижню кінцівку, то одночасно здійснює підйом на бордюр милиць й ураженої ноги. Реабілітолог повинен перебувати у такій самій позиції стосовно пацієнта, як під час ходи по рівній поверхні. Після того, як він піднявся на бордюр, фахівець із фізичної реабілітації має допомогти йому стабілізувати позу і піднятися слідом за ним.

Підйом на бордюр за допомогою двох милиць/палиць (треточкова модель). Пацієнт повинен поставити свою ногу, на яку він може переносити вагу, на бордюр. Водночас уражена кінцівка має бути зігнута у колінному суглобі або випрямлена в колінному та кульшовому суглобах, але у положенні зовнішньої ротації. Коли пацієнт піднімає свій тулуб на бордюр, використовуючи сильнішу нижню кінцівку, то одночасно здійснює підйом на бордюр милиць і виносить уперед слабшу кінцівку.

Підйом на бордюру за допомогою ходунців. Якщо бордюру невисокий (до 10 см), пацієнт повинен поставити на нього ходунці, а сильнішу кінцівку – на бордюру і підняти на нього весь тулуб, використовуючи і нижню, і верхні кінцівки, одночасно піднімаючи слабшу ногу. Якщо бордюру має висоту 15–20 см, пацієнт має повернутися до нього спиною і поставити ходунці перед собою. Тоді він повинен поставити сильнішу ногу на бордюру і підняти тулуб на нього, одночасно піднімаючи і ходунці, і слабшу нижню кінцівку. Після цього пацієнт задкує від краю бордюру і розвертається, щоб продовжити ходу по прямій. Деякі пацієнти можуть підніматись і попередньо описаним способом, але це важко, оскільки ходунці будуть розташовані надто високо, щоб правильно використати верхні кінцівки.

Спуск із бордюру за допомогою двох милиць/палиць (модель три плюс один). Пацієнт повинен одночасно спустити з бордюру обидві милиці та слабшу нижню кінцівку, водночас злегка згинаючи сильнішу ногу в кульшовому і колінному суглобах. Після цього він переносить вагу тіла на верхні кінцівки і слабшу нижню кінцівку і робить крок уперед сильнішою ногою. Реабілітолог повинен бути попереду і трохи збоку від пацієнта під кутом до нього. Одна нога спеціаліста з реабілітації розташовується на бордюру, а інша – там, куди має ступити пацієнт.

Потрібно взятись однією рукою за пояс для ходи, а іншу покласти спереду на плече чи верхню частину грудної клітки пацієнта. Коли пацієнт сходить униз, варто відійти назад. Після виконання ним цього руху і продовження ходи потрібно стати позаду нього.

Інший метод – реабілітолог стоїть позаду пацієнта, взявшись однією рукою за пояс для ходи, а іншу поклавши зверху і трохи спереду на плече пацієнта, одна нога розташована на бровці бордюру. Пацієнт сходить униз, а після цього – спеціаліст із реабілітації.

Спуск із бордюру за допомогою двох милиць/палиць (треточкова модель). Пацієнт повинен спустити з бордюру обидві милиці, зігнувши злегка для цього здорову ногу в кульшовому та колінному суглобах. Слабша кінцівка розташовується перед пацієнтом понад краєм бордюру. Після цього пацієнт робить крок уперед сильнішою ногою.

Спуск із бордюру за допомогою ходунців. Пацієнт повинен підійти до краю бордюру й опустити ходунці вниз, згинаючи сильнішу ногу в кульшовому та колінному суглобах. Слабша кінцівка розташовується понад краєм бордюру. Пацієнт виносить слабшу кінцівку ще далі вперед й опускає весь тулуб униз, використовуючи згинання сильнішої ноги та верхні кінцівки. Після того, як слабша нижня кінцівка опущена на землю, потрібно зробити крок уперед сильнішою ногою.

Страхувальна позиція при підйомі сходами. Необхідно стати позаду і трохи збоку від пацієнта. Одна кінцівка розташовується на сходинці, на якій стоїть пацієнт, інша – на сходинці нижче. Однією рукою тримати за пояс для ходи, іншою – за перила. Крокувати слід за пацієнтом, дотримуючись тих же правил, що і при ході по рівній поверхні.

Коли помічник стоїть позаду пацієнта і він починає падати вперед, необхідно стримувати його, тягнучи за пояс для ходи. Якщо він падає назад, необхідно штовхнути його вперед у ділянці тазу, тримаючись за поручень. Потрібно пам'ятати, що бажано, щоб людину страхували два реабілітологи (один – перед пацієнтом, інший – позаду нього)..

Страхувальна позиція при спуску зі сходів. Потрібно стати спереду і трохи збоку від пацієнта. Одна нога фахівця з фізичної реабілітації має розташовуватися на сходинці, на яку пацієнт має намір зійти, а інша – на одній сходинці нижче. Не стійте так, щоб ваші ноги були паралельно одна одній на тій самій сходинці прямо перед пацієнтом. Ця позиція не забезпечить належної стабільності, коли пацієнт падатиме вниз. Переходьте на сходинку нижче після того як пацієнт зробив крок. Навчіть його зупинятись і відновлювати рівновагу на кожній наступній сходинці. Не дозволяйте йому спускатись без перерви, це може призвести до втрати рівноваги та падіння.

Пересування у кріслі по рівній поверхні. Пацієнт береться руками за обручі коліс у верхній точці (на рівні 12 години) і штовхає колеса вперед чи назад, прикладаючи однакову силу до кожного обруча. Щоб повернути, потрібно притримати один обруч, штовхаючи інший; щоб виконати поворот швидше можна одночасно тягнути один обруч і штовхати інший.

Підйом на бордюр передом. Пацієнт повинен розташувати крісло перед бордюром. Реабілітолог має підняти передні колеса крісла, натискаючи ногою донизу і вперед на раму крісла чи обмежувач перекидання та натискаючи руками на ручки донизу і назад. Після цього крісло штовхають уперед на задніх колесах доти, доки вони не доторкнуться до бордюру, а передні колеса не опиняться над ним. Передні колеса опускають на бордюр і штовхають крісло вперед, згинаючи руки в ліктях, щоб підняти задні колеса на бордюр.

Пацієнт може допомогти, нахилиючи тулуб уперед і штовхаючи руками обручі коліс, якщо він має розвинуту мускулатуру верхніх кінцівок і м'язів тулуба, а також функціональний контроль над ними і достатньо розвинуте відчуття рівноваги. Цей метод легший у використанні, забезпечує більший контроль над кріслом і вимагає менше зусиль від реабілітолога.

Підйом на бордюр задом. Крісло повинне бути розташоване так, щоб задні колеса доторкалися бордюру. Потрібно підняти передні колеса, відхиляючи крісло назад. Реабілітолог тягне за ручки крісла, піднімаючи його на бордюр. Тягнути потрібно доти, доки передні колеса не перейдуть через край бордюру, а тоді опустити їх на землю. Пацієнт може допомагати, відхиляючись назад і тягнучи назад обручі коліс, коли крісло піднімається на бордюр. Цей метод складніший, оскільки вимагає прикладання більших зусиль із боку реабілітолога, щоб підняти крісло на бордюр і контролювати його під час цього процесу.

Спуск із бордюру задом. Крісло кролісний засіб розташовують так, щоб задні колеса були близько до бордюра. Потрібно стати позаду крісла і контролювати, як воно повільно скочується назад із бордюру. Рух униз може бути сповільнений, якщо впертися в спинку крісла стегном. Після того, як задні колеса стали на землю під бордюром, крісло відкочують на задніх колесах від нього, доки передні колеса та підніжки не перейдуть через бровку, після чого опускають передні колеса на землю. Пацієнт може допомагати шляхом нахилання тулуба вперед і притримування руками обручів коліс. Цей метод легший у використанні, забезпечує більший контроль над кріслом і вимагає менше зусиль від реабілітолога.

Спуск із бордюру передом. Крісло розташовують так, щоб передні колеса були впритул до бровки. Їх потрібно підняти у повітря і

поступово штовхати крісло вперед на задніх колесах, щоб воно спустилося на них із бордюру. Крісло повинне бути на задніх колесах, доки вони не стануть на землю під бордюром. Після цього можна обережно опустити на землю передні колеса. Пацієнт може допомагати, відхиляючись назад і притримуючи руками обручі коліс.

Підйом на сходи (спиною вперед). Для виконання цієї дії найбезпечніше використання допомоги двох осіб, а іноді й трьох, якщо людина у кріслі має значну масу або зі значною неповносправністю. Крісло ставлять так, щоб задні колеса дотикалися до сходів. Передні колеса потрібно підняти. Піднімайте крісло на кожну сходинку, як це описано для підйому на бордюр задом, не опускаючи передніх коліс. Асистент (якщо він є) повинен розташовуватися нижче крісла з одного чи іншого боку і триматися за раму крісла, штовхаючи його одночасно з реабілітологом догори. У жодному випадку не можна триматися частин, що знімаються – боковинок чи підніжки. Якщо є другий помічник, він стає з іншого боку крісла. За командою лідера всі троє одночасно піднімають крісло на одну сходинку. Пацієнт може допомагати, відхиляючись назад, тягнучи за командою обручі коліс назад. Наверху сходів крісло відтягують доки передні колеса не опиняться над землею і опускають їх на землю. Особа, яка тягне крісло за ручки, повинна правильно використовувати механіку тіла, розширяючи свою площу опори, тягнучи за ручки, а не намагаючись підняти крісло і трохи присідаючи.

Спуск зі сходів (обличчям уперед). Для виконання цієї дії найбезпечніше використання допомоги двох осіб, а іноді й трьох, якщо людина у кріслі має значну масу або ж зі значною неповносправністю. Крісло ставлять так, щоб передні колеса були на краю верхньої сходинки і піднімають їх угору. Крісло потрібно поволі штовхати вперед, доки його задні колеса не досягнуть краю сходів. Асистенти повинні розташуватися з обох боків крісла і тримати його за раму. За командою всі разом опускають крісло, сповільнюючи його рух, донизу, на одну сходинку. На кожній сходинці потрібно робити зупинку. Пацієнт може допомагати, відхиляючись назад і притримуючи обручі коліс. Після спуску з останньої сходинки передні колеса обережно опускають на землю. Реабілітолог, який стоїть позаду крісла, повинен дотримуватися тих самих принципів використання механіки тіла, які описані вище.

**Тести для визначення ступеня оволодіння студентами
потрібними теоретичними положеннями**

1.	Початком реабілітації є: 1) збір анамнезу; 2) реабілітаційне обстеження; 3) отримання інформаційної згоди особи для проведення реабілітації; 4) збори мультидисциплінарної команди; 5) визначення реабілітаційного прогнозу.
2.	Якого етапу формування індивідуального реабілітаційного плану не виділяють: 1) реабілітаційне обстеження; 2) встановлення реабілітаційного потенціалу; 3) встановлення реабілітаційного прогнозу; 4) встановлення реабілітаційного діагнозу; 5) диспансерне спостереження.
3.	Індивідуальний реабілітаційний план розробляється й узгоджується: 1) мультидисциплінарною реабілітаційною командою; 2) головним лікарем; 3) лікуючим лікарем; 4) родичами особи, яка направляється на реабілітацію; 5) особою, яка направляється на реабілітацію.
4.	Комплекс характеристик людини, а також чинників навколишнього середовища, що дають змогу реалізувати її потенційні можливості до реабілітації, – це: 1) реабілітаційний потенціал; 2) реабілітаційний прогноз; 3) реабілітаційний маршрут; 4) реабілітаційні можливості; 5) реабілітаційне забезпечення.
5.	Якого виду реабілітаційного потенціалу не виділяють: 1) високого; 2) задовільного;

	<p>3) середнього; 4) низького; 5) відсутнього.</p>
6.	<p>Визначена перспектива змін функціонування особи за результатами реабілітаційного обстеження – це:</p> <p>1) реабілітаційний потенціал; 2) реабілітаційний прогноз; 3) реабілітаційний маршрут; 4) реабілітаційні можливості; 5) реабілітаційне забезпечення.</p>
7.	<p>Якого виду реабілітаційних програм не виділяють:</p> <p>1) стаціонарного; 2) амбулаторного; 3) домашнього; 4) в умовах денного стаціонару; 5) самостійного.</p>
8.	<p>При складанні індивідуального реабілітаційного плану не враховують:</p> <p>1) результати реабілітаційного обстеження; 2) реабілітаційний період; 3) реабілітаційний прогноз; 4) місце проведення реабілітаційних заходів; 5) склад фахівців із реабілітації.</p>
9.	<p>Індивідуальний реабілітаційний план і внесені до нього зміни мають бути погоджені особою з обмеженнями повсякденного функціонування:</p> <p>1) так; 2) ні.</p>
10.	<p>Фахівець із реабілітації зобов'язаний надати особі, яка отримує реабілітаційну допомогу, інформацію про стан її здоров'я:</p> <p>1) так; 2) ні.</p>

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПЕРІОДИ. САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Зміст теми:

1. Характеристика та завдання в гострому реабілітаційному періоді.
2. Характеристика та завдання в післягострому реабілітаційному періоді.
3. Характеристика та завдання в довготривалому реабілітаційному періоді.
4. Характеристика та завдання реабілітаційних періодів у травматології.
5. Характеристика та завдання реабілітаційних періодів у плановій хірургії.
6. Характеристика та завдання реабілітаційних періодів в ургентній хірургії.
7. Характеристика та завдання реабілітаційних періодів у неврології.
8. Організація санаторно-курортного лікування та реабілітації.
9. Визначення поняття «курорт», класифікація курортів за призначенням.
10. Санаторно-курортні заклади, класифікація за профілем.
11. Загальні протипоказання для направлення на санаторно-курортне лікування та реабілітацію.
12. Грошова компенсація санаторно-курортної путівки.
13. Позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії.
14. Допоміжні засоби пересування.

Класифікація реабілітаційних періодів

Гострий реабілітаційний період – це період реабілітації, який починається з моменту виникнення та/або виявлення обмеження повсякденного функціонування внаслідок розвитку гострого стану здоров'я. Упродовж цього періоду особі надається медична допомога та починає надаватися реабілітаційна допомога.

Завдання реабілітації в гострому реабілітаційному періоді:

- ліквідація чи зменшення активності патологічного процесу, прискорення відновних процесів;
- попередження ускладнень і загострень супутніх захворювань;
- розвиток постійних або тимчасових компенсацій;
- відновлення функцій органів і систем, уражених хворобою;
- поступове підвищення фізичної активності хворого й адаптація організму до зростаючого навантаження побутового характеру.

Стани, при яких активну реабілітацію в гострому періоді потрібно проводити з обережністю:

- усі хвороби в період загострення;
- усі хронічні захворювання, що потребують спеціального лікування;
- перенесені інфекційні захворювання, до закінчення терміну ізоляції;
- бацилоносійство;
- усі заразні захворювання очей, шкіри, злоякісні анемії, новоутворення, кахексія, амілоїдоз внутрішніх органів;
- активні форми туберкульозу легень й інших органів;
- захворювання серцево-судинної системи при недостатності кровообігу вище I ступеня;
- епілепсія, психоневрози, психопатія, розумова відсталість, якщо хворі потребують індивідуального догляду та лікування;
- супутні захворювання, що є протипоказаннями до проведення реабілітаційних заходів;
- наявність сторонніх тіл у тканинах поблизу великих судин, нервів, життєво важливих органів.

Післягострий реабілітаційний період починається з моменту, коли згідно з клінічним протоколом за медичними показаннями особа не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста або при первинному діагностуванні стану здоров'я з хронічним перебігом після здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу та встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я), який є причиною або може призвести до обмеження повсякденного функціонування.

Завдання реабілітації в післягострому реабілітаційному періоді:

- зменшення чи ліквідація наслідків захворювання чи ушкоджень;
- попередження ускладнень основного захворювання та загострення супутніх хвороб;
- виявлення резервних і розвиток компенсаторних можливостей організму;
- підвищення функціональної здатності організму до рівня, потрібного для повсякденної побутової та трудової діяльності;
- підготовка хворого до трудової діяльності (працетерапія, оволодіння засобами для самообслуговування та засобами пересування);
- при глибоких, тяжких і незворотних змінах – подальший розвиток побутових навичок і навичок самообслуговування.

Довготривалий реабілітаційний період починається при виявленні обмеження повсякденного функціонування, стійкого обмеження життєдіяльності або при хронічному перебігу хвороби, що прогресує та потребує реабілітації для досягнення й підтримки оптимального функціонування особи. Реабілітаційна допомога високого обсягу має надаватися періодично для підтримки оптимального функціонування особи.

Завдання реабілітації в довготривалому реабілітаційному періоді:

- покращення та відновлення фізичного стану і працездатності;
- боротьба із залишковими явищами після перенесених захворювань чи ушкоджень;
- подальший розвиток компенсацій втрачених чи ослаблених функцій;
- обґрунтування рекомендацій щодо адекватності роботи, яку виконує реабілітований;
- контроль робочого місця для виявлення негативних чинників, які можуть впливати на стан здоров'я чи спричинити травматизм, а у разі потреби – сприяння у зміні умов праці, перекваліфікації, адаптації до умов життя;
- сприяння у розв'язанні соціальних проблем, які можуть бути причиною рецидивів захворювання чи сповільнювати відновні процеси.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду

Реабілітаційна допомога розпочинається після направлення від лікуючого лікаря нереабілітаційного відділення та після отримання інформованої згоди особи, яка потребує реабілітації, відповідно до вимог законодавства. Реабілітаційна допомога надається в мобільному режимі або в палатах гострої реабілітації у закладах охорони здоров'я.

Реабілітаційна допомога розпочинається з проведення первинного реабілітаційного обстеження (первинного огляду) лікарем фізичної та реабілітаційної медицини та фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди реабілітаційного відділення або підрозділу.

Під час проведення первинного реабілітаційного обстеження лікуючий лікар зобов'язаний надати, а лікар фізичної та реабілітаційної медицини зобов'язаний отримати повний обсяг медичної інформації про стан здоров'я особи, яка потребує реабілітації, подальший перебіг діагностичного та лікувального процесу, наявні медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги цій особі. У разі потреби лікар фізичної та реабілітаційної медицини узгоджує з лікуючим лікарем обсяг додаткових діагностичних та лікувальних заходів, необхідних для надання реабілітаційної допомоги.

Результати первинного реабілітаційного обстеження, які включають визначені членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди завдання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду, необхідні реабілітаційні втручання, зокрема із кількісною потребою у фахівцях з реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації та медичних виробів, мають бути внесені до медичних записів розділу першого індивідуального реабілітаційного плану.

Обсяг реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду є низьким. За потреби обсяг реабілітаційної допомоги може бути збільшений, що має бути зазначено в медичних записах розділу першого індивідуального реабілітаційного плану.

Графік проведення реабілітаційних сесій під час надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду має бути скоординований із наданням медичної допомоги для забезпечення фізичної доступності особи, яка потребує реабілітації, в зазначений час. У разі змін стану здоров'я особи або погіршення загального стану, або у разі переведення особи до іншого закладу/відділення медичні працівники відповідного відділення повідомляють про це лікарю фізичної та реабілітаційної медицини або іншому члену мультидисциплінарної реабілітаційної команди реабілітаційного відділення або підрозділу.

Після завершення гострого реабілітаційного періоду члени мультидисциплінарної реабілітаційної команди проводять заключне реабілітаційне обстеження особи, яка потребує реабілітації, з визначенням змін стану повсякденного функціонування, стану досягнення завдань, встановлених під час первинного реабілітаційного обстеження, визначенням реабілітаційного прогнозу та плануванням подальшої реабілітаційної допомоги. Етапне реабілітаційне обстеження проводиться у разі значної тривалості реабілітаційної допомоги не рідше одного разу у два тижні.

Подальший реабілітаційний маршрут особи, яка потребує реабілітації, після завершення гострого реабілітаційного періоду може бути таким:

– якщо особа не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується;

– якщо особа потребує продовження реабілітаційної допомоги в амбулаторному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації або амбулаторному реабілітаційному закладі, зокрема реабілітаційних сесій з фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги, або під час домашньої реабілітації у разі наявності незначних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації в територіальній громаді протягом післягострого реабілітаційного періоду;

– якщо особа потребує продовження реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації у разі наявності помірних та значних за вираженістю обмежень повсякденного функціонування та функціональної можливості особи, яка потребує реабілітації, брати активну участь у реабілітаційній допомозі високого обсягу, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання допомоги в стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду;

– якщо особа, яка потребує реабілітації, не може брати участі у реабілітаційній допомозі високого обсягу та/або потребує догляду або паліативної допомоги у разі наявності виражених обмежень життєдіяльності та/або відсутності функціональної можливості особи брати участь у реабілітаційній допомозі високого обсягу та/або наявності захворювання (травми), що обмежує життя або загрожує життю, надання реабілітаційної допомоги продовжується у вигляді періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги та/або особу направляють для забезпечення медсестринського догляду, та/або особу направляють для проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності з подальшим встановленням статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю», та/або особу направляють для надання паліативної допомоги.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду

Реабілітаційна допомога розпочинається одразу ж після закінчення гострого реабілітаційного періоду та відповідає принципам послідовності та безперервності.

Особу, яка потребує реабілітації, направляють для стаціонарної реабілітаційної допомоги у післягострому реабілітаційному періоді за результатами заключного реабілітаційного обстеження, проведеного мультидисциплінарною реабілітаційною командою наприкінці гострого реабілітаційного періоду.

У разі коли протягом гострого реабілітаційного періоду реабілітаційна допомога не надавалася або якщо після закінчення

гострого реабілітаційного періоду особа була направлена для забезпечення медсестринського догляду, особа, яка потребує відновлення, може бути направлена для стаціонарної реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, проте рішення щодо початку стаціонарної реабілітаційної допомоги приймається лікарем фізичної та реабілітаційної медицини за результатами первинного реабілітаційного обстеження, до якого за потреби можуть бути залучені необхідні фахівці з реабілітації.

Стаціонарна реабілітаційна допомога починається з проведення первинного реабілітаційного обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини та фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Під час здійснення первинного реабілітаційного обстеження на початку етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах лікуючий лікар зобов'язаний надати, а лікар фізичної та реабілітаційної медицини зобов'язаний отримати від лікуючого лікаря, який направляє особу, яка потребує реабілітації, повний обсяг медичної інформації щодо цієї особи. На підставі зазначеної інформації лікар фізичної та реабілітаційної медицини визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги, про що інформує інших членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди. У разі необхідності лікар фізичної та реабілітаційної медицини може призначати додаткові діагностичні обстеження.

За результатами проведеного первинного реабілітаційного обстеження складається розділ другий індивідуального реабілітаційного плану, який містить загальні мету та завдання стаціонарної реабілітації з визначенням орієнтовних строків їх досягнення, перелік необхідних реабілітаційних заходів, потреби у кількості фахівців з реабілітації, реабілітаційному та іншому обладнанні. Після затвердження розділу другого індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець з реабілітації, залучений до надання допомоги, в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає

програму реабілітаційної терапії, реалізує та оцінює досягнення особою реабілітаційних завдань, зазначених в індивідуальному реабілітаційному плані. Одночасно визначається потреба у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробках.

Стаціонарна реабілітаційна допомога високого обсягу надається фахівцями з реабілітації реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу протягом не менш як п'ять днів на тиждень відповідно до розділу другого індивідуального реабілітаційного плану.

Зміни до загальних мети та завдань, визначених за результатами первинного реабілітаційного обстеження, вносяться до медичних записів індивідуального реабілітаційного плану після загального обговорення та затвердження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини на щотижневих зборах мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Тривалість надання стаціонарної реабілітаційної допомоги залежить від визначених строків досягнення загальних мети та завдань стаціонарної реабілітації.

Перед закінченням етапу реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах члени мультидисциплінарної реабілітаційної команди проводять заключне реабілітаційне обстеження особи з визначенням змін стану її функціонування, стану досягнення завдань, визначених під час первинного реабілітаційного обстеження, визначенням поточного реабілітаційного прогнозу та плануванням подальших циклів реабілітаційної допомоги. Етапне реабілітаційне обстеження проводиться при значній тривалості реабілітаційної допомоги не рідше одного разу у два тижні.

Під час надання стаціонарної реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною реабілітаційною командою до роботи залучається соціальний працівник, який забезпечує взаємодію із службами соціального захисту з метою вчасної організації модифікації середовища, до якого особа, яка потребує реабілітації, повернеться після надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я та організації забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації після закінчення стаціонарної реабілітаційної допомоги.

Подальший реабілітаційний маршрут особи, яка потребує реабілітації, після завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду в стаціонарних умовах може бути таким:

– якщо особа не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується;

– якщо особа потребує продовження реабілітаційної допомоги в амбулаторному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації або амбулаторному реабілітаційному закладі, зокрема реабілітаційних сесій з фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги, або при домашній реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді у разі наявності незначних за вираженістю обмежень життєдіяльності, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації в територіальній громаді протягом післягострого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації в територіальній громаді протягом післягострого реабілітаційного періоду

Початок надання реабілітаційної допомоги особі, яка потребує реабілітації, ґрунтується на результатах заключного реабілітаційного обстеження, проведеного мультидисциплінарною реабілітаційною командою наприкінці попереднього етапу надання реабілітаційної допомоги.

У разі коли протягом попередніх етапів реабілітаційна допомога не надавалась, особу, яка потребує реабілітації, може бути направлено для амбулаторної реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, проте рішення щодо початку амбулаторної реабілітаційної допомоги приймається лікарем фізичної та реабілітаційної медицини за результатами первинного реабілітаційного обстеження, до якого за потреби можуть бути залучені необхідні фахівці.

Під час надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації в територіальній громаді комплекс реабілітаційних втручань спрямовується на досягнення загальної мети та завдань, визначених на попередньому етапі, та ґрунтується на інформації про фактичні зміни функціонального стану особи, якій надавалася реабілітаційна допомога протягом попередніх етапів.

Амбулаторна реабілітаційна допомога починається з проведення первинного реабілітаційного обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (первинний огляд перед початком надання амбулаторної реабілітаційної допомоги) та фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди, кількісний та професійний склад яких залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи.

Під час здійснення первинного реабілітаційного обстеження лікуючий лікар зобов'язаний надати, а лікар фізичної та реабілітаційної медицини зобов'язаний отримати від лікуючого лікаря, який направляє особу, яка потребує реабілітації, повний обсяг медичної інформації про цю особу. На підставі зазначеної інформації лікар фізичної та реабілітаційної медицини визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги, про що інформує інших членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди. У разі необхідності лікар фізичної та реабілітаційної медицини може призначити додаткові діагностичні обстеження.

За результатами проведеного первинного реабілітаційного обстеження фахівцями з реабілітації доповнюється (складається) розділ другий індивідуального реабілітаційного плану, який містить загальну мету, що була визначена на попередніх етапах, та загальні завдання етапу амбулаторної реабілітаційної допомоги з визначенням орієнтовних строків їх досягнення, перелік необхідних реабілітаційних заходів, потреб у фахівцях з реабілітації, реабілітаційному та іншому обладнанні, технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробів. Після внесення змін (затвердження) розділу другого індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець з реабілітації, залучений до

надання реабілітаційної допомоги особі, яка потребує реабілітації, в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає програму реабілітаційної терапії, реалізує та оцінює досягнення особою реабілітаційних завдань, зазначених в індивідуальному реабілітаційному плані. Одночасно визначається (коригується) потреба у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробках.

Подальші зміни загальних мети та завдань вносяться до медичних записів індивідуального реабілітаційного плану після загального обговорення на зборах мультидисциплінарної реабілітаційної команди амбулаторного реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу та затверджуються лікарем фізичної та реабілітаційної медицини.

У разі надання реабілітаційної допомоги в амбулаторному реабілітаційному закладі або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, або домашньої реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді реалізується програма фізичної терапії або ерготерапії, або терапії мови та мовлення, або психологічної допомоги відповідно до загальної мети, зазначеної у розділі другому індивідуального реабілітаційного плану особи, яка потребує реабілітації, з урахуванням медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги.

Тривалість та обсяг надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації в територіальній громаді залежить від мети та завдань на цьому етапі відновлення.

Під час надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду фахівці з реабілітації проводять етапні (заключні у разі закінчення надання допомоги) реабілітаційні обстеження особи з визначенням змін стану її функціонування, стану досягнення завдань, визначенням поточного реабілітаційного прогнозу та плануванням подальших циклів реабілітаційної допомоги, що вносяться до медичних записів розділу другого індивідуального реабілітаційного плану.

Подальший реабілітаційний маршрут особи, яка потребує реабілітації, після завершення післягострого реабілітаційного періоду може бути таким:

– якщо особа не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується;

– якщо особа потребує періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги, що надається в стаціонарних або амбулаторних умовах (зокрема в амбулаторних реабілітаційних закладах), або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, або домашньої реабілітації (фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги тощо), або реабілітації у територіальній громаді з метою запобігання втраті та/або підтримки досягнутого рівня функціонування, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду

Надається періодична підтримуюча реабілітаційна допомога, яка відповідає принципам послідовності та безперервності.

Періодична підтримуюча реабілітаційна допомога може надаватися в стаціонарних або амбулаторних реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, а також у вигляді домашньої реабілітації або реабілітації у територіальній громаді. У разі надання стаціонарної реабілітаційної допомоги її обсяг має бути високим.

Особу, яка потребує реабілітації, лікуючий лікар, або лікар, що надає первинну медичну допомогу, або медико-соціальна експертна комісія, або лікарсько-консультативна комісія, направляють для надання періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду за результатами заключного (етапного) реабілітаційного обстеження, проведеного наприкінці попереднього етапу. Рішення щодо початку, формату

та обсягу підтримуючої реабілітаційної допомоги приймається за результатами реабілітаційного обстеження особи, яка потребує реабілітації.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з хронічним перебігом

Особі, яка потребує реабілітаційної допомоги, за наявності стану здоров'я з хронічним перебігом надається періодична підтримуюча реабілітаційна допомога. Реабілітаційний період, протягом якого надається така допомога, є довготривалим.

Реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я при станах здоров'я з хронічним перебігом розпочинається після направлення для надання реабілітаційної допомоги лікуючим лікарем або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, або медико-соціальною експертною комісією, або лікарсько-консультативною комісією.

Передумовою початку надання реабілітаційної допомоги є здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу, встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я) та надання лікуючим лікарем або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, лікарю фізичної та реабілітаційної медицини цієї інформації з метою визначення ним медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації.

Загальні мета та завдання реабілітаційної допомоги залежно від фази захворювання (загострення, ремісія тощо) мають бути спрямовані на запобігання втраті та/або уповільнення втрати, та/або підтримку, та/або компенсацію, та/або покращення, або відновлення функціонування особи, яка потребує реабілітації, та зазначаються у медичних записах розділу третього індивідуального реабілітаційного плану особи, яка потребує реабілітації.

Реабілітаційні періоди в травматології:

- іммобілізаційний (період вимушеного положення);
- постіммобілізаційний (післяіммобілізаційний, функціональний) – починається після зняття гіпсової пов'язки;
- відновний (тренувальний).

Завдання реабілітації в період іммобілізації:

- нормалізувати психоемоційний стан і підвищити загальний життєвий тонус пацієнта;
- поліпшити функції кардіореспіраторної системи та системи травлення, обміну речовин;
- формувати тимчасові компенсації порушених рухових функцій;
- навчити пацієнта навичкам самообслуговування та ходьби на милицях (за потребою);
- забезпечити посилення крово- і лімфообігу в ділянці ушкоджень для стимуляції регенерації травмованих тканин, формування м'якого еластичного рубця, утворення кісткового мозоля (при переломах кісток) і попередження ускладнень;
- запобігання розвитку гіпотрофії та ригідності м'язів, малорухомоті в суглобах.

Завдання реабілітації в постімобілізаційному періоді:

- підготовка пацієнта до вставання (у разі перебування на суворому ліжковому режимі);
- тренування вестибулярного апарату;
- навчити пацієнта ходьбі на милицях (за потреби);
- нормалізувати поставу пацієнта.

Завдання реабілітації у відновному періоді:

- ліквідація залишкових посттравматичних ускладнень (атрофія м'язів, контрактури);
- повне відновлення порушених функцій;
- трудова реабілітація;
- загальне тренування організму.

Реабілітаційні періоди в плановій хірургії:

- передопераційний;
- ранній післяопераційний;
- пізній післяопераційний;
- віддалений післяопераційний.

Завдання реабілітації в передопераційному періоді:

- нормалізувати психоемоційний стан пацієнта;
- покращити функцію кардіореспіраторної системи;
- тренувати грудний тип дихання (при операціях на органах черевної порожнини);
- поліпшити діяльність органів травлення;

– навчити пацієнта навичок і вправ, потрібних після операції: відкашлювати, фіксуєючи руками ділянку майбутнього післяопераційного шва і нижніх відділів грудної клітки; піднімати таз із опорою на лікті та п'ятки; переходити з положення лежачи в положення сидячи, стояти (вставати з ліжка); ритмічно скорочувати м'язи промежини, напружувати сідничні м'язи.

Завдання реабілітації в ранньому післяопераційному періоді:

– запобігти ускладненням (застійна пневмонія, атонія кишківника, тромбоз, емболія);

– покращити функцію кардіореспіраторної системи;

– запобігти утворенню злук;

– сформувати еластичний рубець;

– нормалізувати психоемоційний стан пацієнта.

Завдання реабілітації в пізньому післяопераційному періоді:

– покращити функцію кардіореспіраторної системи й органів травлення;

– стимулювати регенерацію в ділянці післяопераційної рани;

– запобігти утворенню злук;

– зміцнення м'язів черевного пресу;

– запобігти порушенню постави;

– збільшити толерантність до фізичного навантаження.

Завдання реабілітації у віддаленому післяопераційному періоді:

– тренування серцево-судинної та дихальної системи до зростаючих навантажень і відновлення працездатності хворого.

Реабілітаційні періоди в ургентній хірургії:

– ранній післяопераційний (до зняття швів);

– пізній післяопераційний (до виписки хворого з лікарні);

– віддалений післяопераційний (триває до відновлення працездатності хворого).

Реабілітаційні періоди у хворих із постмастектомічним синдромом:

– передопераційний (1–2 дні перед операцією);

– ранній післяопераційний (1–3 дні після операції);

– пізній післяопераційний (4–20 день після операції);

– адаптаційний (1–6 місяців);

– тренувальний (6–12 місяців).

Реабілітаційні періоди в неврології:

– ранній відновний;

- пізній відновний;
- резидуальний (компенсації залишкових явищ порушень).

Санаторно-курортне лікування та реабілітація – це комплекс оздоровчих і спеціальних лікувальних заходів, спрямованих на зменшення захворюваності та попередження розвитку хронічних форм.

Потреба у санаторно-курортному лікуванні та реабілітації визначається лікарем за станом здоров'я пацієнта і оформляється відповідними медичними документами. Наявність медичних показань та протипоказань щодо направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування, оздоровлення та відпочинок встановлює лікуючий лікар на підставі даних диспансерного нагляду, результатів попереднього лікування і діагностичних обстежень.

Лікарі, які направляють пацієнта на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування, організовують усі медичні (діагностичні) обстеження залежно від характеру і стадії захворювання, а також за наявності певних показань забезпечують консультацію пацієнта у відповідних спеціалістів.

При направленні на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування проводять такі обов'язкові обстеження:

- клінічний аналіз крові і сечі;
- рівень цукру в крові;
- електрокардіографічне обстеження;
- рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини (флюорографія), якщо з часу останнього обстеження минуло більше двох років.

При направленні на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування проводять такі додаткові обстеження та додають такі документи:

1) при захворюванні органів травлення: фіброгастроуденоскопія; ультразвукове дослідження органів, якщо з часу останнього обстеження минуло більше шести місяців;

2) при захворюваннях опорно-рухового апарату: рентгенологічне обстеження суглобів; рентгенологічне обстеження хребта тощо (залежно від локалізації);

3) при захворюваннях спинного мозку та хребта – витяг з історії

хвороби стаціонарного лікування або останньої медичної реабілітації чи санаторно-курортного лікування;

4) при направленні на медичну реабілітацію або санаторно-курортне лікування жінок з приводу будь-якого захворювання – висновок гінеколога (акушера-гінеколога);

5) при направленні на медичну реабілітацію або санаторно-курортне лікування чоловіків після 40 років – консультація уролога.

У необхідних випадках для уточнення діагнозу проводяться додаткові лабораторні та інші обстеження шкіри, крові, ротової порожнини та інших органів з наданням висновків відповідних спеціалістів.

Путівки виділяються строком на 10 днів або 21 добу, але не більше 21 доби на одну особу протягом календарного року, крім санаторно-курортних путівок до спеціалізованих санаторіїв для лікування хворих з травмами та ушкодженнями спинного мозку і хребта.

Закладами охорони здоров'я на підставі рішення санаторно-курортної відбіркової комісії або лікарсько-консультаційної комісії для одержання путівки на санаторно-курортне лікування або оздоровлення до санаторію-профілакторію надається Форма № 070/о. (Додаток Д)

Обов'язковим медичним документом, який заповнюється на пацієнта (18 років і старше) при направленні їх на лікування до санаторно-курортних закладів будь-якого типу, за винятком санаторіїв для хворих на туберкульоз є Форма № 072/о. (Додаток Е).

Курорт – освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, потрібні для експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, використовується для лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань і рекреації та підлягає особливій охороні.

Медичний профіль (спеціалізація) курортів визначається з урахуванням властивостей природних лікувальних ресурсів.

До природних лікувальних ресурсів належать мінеральні і термальні води, лікувальні грязі та озокерит, ропа лиманів та озер, морська вода, природні об'єкти і комплекси із сприятливими для лікування кліматичними умовами, придатні для використання з метою лікування, реабілітації та профілактики захворювань.

За своєю спеціалізацією курорти поділяються на курорти загального призначення та спеціалізовані курорти для лікування конкретних захворювань.

Санаторно-курортні заклади – це заклади охорони здоров'я, що розташовані на територіях курортів і забезпечують надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів й інших методів лікувально-оздоровчих заходів.

До лікувально-оздоровчих заходів належать:

а) санаторно-гігієнічний і диференційований рухові режими, що відповідають характеру та тяжкості захворювання, з організацією сприятливого зовнішнього середовища;

б) максимальне використання природних лікувальних чинників (клімато-геліо-таласотерапія, бальнео і пелоїдотерапія) в поєднанні з фізіотерапією, загартуванням, спеціально організованою руховою активністю тощо;

в) спеціальне лікування залежно від характеру захворювання (психотерапевтичне, ортопедичне й інше);

г) повноцінне раціональне та лікувальне харчування;

г) вітамінне та медикаментозне лікування;

д) лікування супутніх захворювань усіма доступними в санаторних умовах методами;

е) для дитячих санаторіїв – учбово-виховний процес, що відповідає віку та стану здоров'я дітей.

Санаторно-курортний заклад функціонує цілорічно або сезонно.

Санаторно-курортний заклад може бути однопрофільним (для осіб із однорідними захворюваннями) та багатoproфільним (із двома або більше спеціалізованими відділеннями).

Для лікування хворих вузького профілю створюються спеціалізовані санаторно-курортні заклади (санаторії). Санаторії створюються для лікування захворювань органів кровообігу, травлення, обміну речовин, хвороб нервової системи, опорно-рухового апарату, органів дихання нетуберкульозного характеру, жіночої статевої сфери, шкіри, нирок, сечовивідних шляхів тощо. Основною задачею санаторію, незалежно від його медичного профілю, це проведення в порядку етапності лікувально-оздоровчих заходів, що сприяють відновленню

порушених функцій організму і закріпленню досягнутих результатів лікування.

У санаторно-курортних закладах можуть утворюватися реабілітаційні відділення для хворих різного профілю. Реабілітаційні відділення також мають певну спеціалізацію: для лікування хворих, які перенесли інфаркт міокарда, страждають від нестабільної стенокардії, хронічних захворювань органів дихання, глаукоми на фоні цукрового діабету, для лікування осіб, які перенесли вірусні гепатити, мозкові інсульти, оперативні втручання на органах травлення, магістральних судинах серця, з наслідками опіків, патологією вагітності тощо.

Санаторно-курортний заклад забезпечує санаторно-курортне лікування відповідно до сучасних вимог медичної науки, методик комплексної терапії відновного лікування та ефективного використання наявної матеріальної бази закладу, для чого:

- проводить комплексне і повноцінне лікування, медичну реабілітацію та профілактику захворювань із максимальним використанням природних лікувальних ресурсів, традиційних і нетрадиційних методів відновного лікування з метою закріплення результатів, досягнутих на госпітальному етапі, ліквідації залишкових явищ оперативних втручань, травм, скорочення періоду відновлення порушених функцій та запобігання переходу патологічного процесу у хронічний перебіг тощо;

- розробляє і впроваджує в установленому порядку нові ефективні методики діагностики та лікування;

- активно співпрацює з профільними науково-дослідними інститутами, виконує науково-практичні роботи з питань розроблення та впровадження нових ефективних методів лікування;

- проводить санітарно-просвітницьку роботу серед пацієнтів та обслуговуючого персоналу;

- вживає заходів до підвищення кваліфікації медичного та обслуговуючого персоналу;

- зміцнює матеріально-технічну базу санаторно-курортного закладу;

- надає платні медичні послуги у порядку, встановленому законодавством.

У разі виникнення у громадян, які прибули на курорт, гострих інфекційних та інших захворювань, а також різкого погіршення здоров'я амбулаторна та стаціонарна медична допомога їм надається закладами охорони здоров'я за місцем розташування курорту.

Загальні Протипоказання для направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування подано в Додатку Є.

Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки і компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування виплачується особам з інвалідністю, законним представникам дітей з інвалідністю на підставі медичних рекомендацій відповідно до законодавства, що визначає їх право на безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням. Грошову компенсацію замість санаторно-курортної путівки і компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування призначає і виплачує місцевий орган виконавчої влади, який відповідно до своїх повноважень забезпечує санаторно-курортне лікування осіб з інвалідністю, категорії яких визначені законом.

Позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії

Лікування положенням або постуральні вправи – спеціальна укладка, розміщення кінцівок або тулуба в певні положення, які коригують патологічне положення окремих частин чи сегментів тіла людини. Для цього можуть бути застосовані різноманітні пристосування (лонгети, фіксуючі пов'язки, лейкопластирні натягування, валики, спеціальний поворотний стіл тощо).

Основна мета лікування положенням – попередження (профілактика) або ліквідація патологічної позиції в одному або декількох суглобах чи в групі м'язів, а також створення фізіологічно сприятливої позиції для відновлення функцій суглобів і м'язів. Для цього укласти хворого потрібно так, щоб м'язи, схильні до спастичних контрактур, були по можливості розтягнені, а точки прикріплення їхніх антагоністів – зближені. Особливо це важливо для попередження усіх видів контрактур і патологічних співдружних рухів. Лікування положенням також застосовують для закріплення результату лікування та реабілітації при активному відновленні рухів у суглобі.

Після інсульту лікувальне положення повинне бути протилежне позі Верніке – Мана. Коригуючі положення, які надають ураженій верхній кінцівці хворого після перенесеного порушення мозкового кровообігу: рука розігнута, відведена під кутом 90°, кисть дещо супінована, пальці прямі, великий палець відведений. Руку фіксують за допомогою шин і мішечків із піском. Тривалість визначається індивідуально.

Коригуюче положення надають мускулатурі обличчя при невриті лицьового нерва: м'язи на ураженій половині обличчя підтягують і фіксують хустиною чи пластиром. Застосування корсета при сколіозі має коригуюче і розвантажувальне значення. Коригуюче положення застосовують при опущенні внутрішніх органів, коли хворому рекомендують певний час перебувати у колінно-ліктвовому положенні, а також спати на ліжку з піднятим до 12 см ножним кінцем.

Прон-позиція – коли людину кладуть на живіт. При коронавірусній хворобі пацієнти, які перебувають на кисневій терапії, лежать на животі 10–12 год.

Різновидом лікувальних положень є *спеціальні дренажні положення*, які сприяють легшому відкашлюванню мокротиння внаслідок відтоку вмісту бронхів у трахею. Пацієнтові потрібно надавати таке положення, щоб зона ураження була вища від біфуркації трахеї, що створює оптимальні умови для просування (відтікання) мокротиння під впливом сили ваги. Унаслідок виникає мимовільний рефлекторний кашель і мокротиння виводиться з дихальних шляхів.

Дренаж постуральний – методика впливу на організм за рахунок зміни положення тіла. Мета – звільнення дихальних шляхів від патологічного ексудату.

Принцип дренажу. Пацієнт вкладається на здоровий бік. Унаслідок рідини з хворої легені перетікає в нижні сегменти і ближче до кореня – найширшої частини дихальних шляхів.

Дренажне положення відіграє ключову роль. Нижній кінець ліжка завжди піднімається, тому з нижніх відділів ексудат відтікає ближче до трахеї і головних бронхів.

Після процедури важливо прийняти правильне положення. Пацієнт підтискає ноги до грудної клітки і нахиляється вперед. Унаслідок

рідина, що скупчилася біля коріння легень, виходить назовні і викликає кашльовий рефлекс.

Вкрай важливо після дренажу відкашляти максимальну кількість мокротиння, інакше процедура буде марною. Щоб вивести ексудат назовні проводиться спеціальний вібруючий масаж.

Процедура найефективніша при односторонньому ураженні легень. Двосторонні процеси в легенях також можна лікувати, але для цього потрібно докласти великих зусиль із боку пацієнта та лікаря.

Показання до проведення процедури:

- негоспітальна, нозокоміальна, крузозна, аспіраційна пневмонія. Запалення легень завжди супроводжується скупченням мокротиння, яке потрібно вивести для якнайшвидшого одужання;
- бронхіальна астма. Запальний набряк стінки бронха, спазм мускулатури дихальних шляхів призводить до затримки відходження мокротиння з легень. Водночас, в чималому ступені, порушується процес газообміну;
- муковісцидоз. При цьому захворюванні екзокринні залози організму, зокрема легень, виробляють густий секрет. Він може набувати гнійного характеру і стає причиною бронхіту й пневмонії;
- ексудативний плеврит. При цьому запальному захворюванні ділянки легені, прилеглі до плеври, містять велику кількість мокротиння;
- онкологічні захворювання. Метастази і периферичний рак легень призводять до розвитку пневмоніту. Полегшити стан пацієнта допомагає позиційний дренаж. Застосування такого способу лікування можливе тільки після виключення певних протипоказань. Обмеженням для лікування можуть стати такі патології:
 - період активної легеневої кровотечі. Перед проведенням процедури варто виконати загальний аналіз крові. При виявленні ознак анемії спочатку потрібно знайти причину кровотечі;
 - гострі захворювання серцево-судинної системи (наприклад, інфаркт міокарда);
 - інфаркт легені при тромбоемболії легеневої артерії;
 - дихальна та серцево-судинна недостатність вище I ступеня;
 - кризовий характер гіпертонічної хвороби і симптоматичної артеріальної гіпертензії;

– психічний стан пацієнта, унаслідок якого він не може робити активні кашлеві рухи за вказівкою фахівця.

Алгоритм підготовки: призначається рясне лужне пиття, яке розріджує легеневий секрет, перорально – препарати з групи муколітиків, які також розріджують мокротиння і викликають кашльовий рефлекс (амброксол, ацетилцистеїн).

Дренажне положення надається пацієнтові тільки після попереднього розігрівуючого масажу грудної клітини з передньої, бічної та задньої сторін.

Зігрівання грудної клітини можна проводити і за допомогою інших фізіопроцедур, якщо вони не протипоказані конкретному пацієнтові. Постуральний дренаж може і нашкодити пацієнтові при неправильному його застосуванні.

Проведення постурального дренажу. Положення пацієнта під час процедури відіграє ключову роль, і саме по собі, є лікувальним чинником. Тому вся техніка маніпуляції і ґрунтується на наданні певних дренажних положень.

Пацієнт завжди вкладається тільки на тверду кушетку, оскільки грудна клітка не повинна провалюватися в м'якому матеріалі.

Голова завжди повинна бути найближче до грудної клітки. Кращий ефект досягається, якщо пацієнт здатний дістати підборіддям до грудини.

Допоміжні засоби пересування: класифікація, характеристика

Класифікація допоміжних засобів пересування:

1. Паралельні бруси.
2. Ходунці:
 - стандартні (регульовані або ті, що не регулюються);
 - з коліщатами на передніх опорах;
 - такі, що складаються;
 - для однієї руки при геміплегії.
3. Милиці під пахви:
 - стандартні (ті, які регулюються або ні);
 - з підлокітниками (підтримка трицепса).

4. Милиці канадські (з підлокітниками):

- з платформою;
- з регульованою ручкою для тримання;
- регульовані милиці з підлокітниками.

5. Палиці:

– чотирьохпорна палиця, що регулюється («Гемі»), з різною площею опори;

- одноопорна палиця, де регулюється її висота (J-top);
- одноопорна палиця з вигином, де регулюється висота.

6. Крісло:

- дитяче;
- для ампутантів;
- при геміплегії;
- з ручним приводом;
- спортивне;
- відкидне;
- кімнатне, домашнє;
- із зовнішнім приводом.

Характеристика допоміжних засобів пересування

Паралельні бруси. Паралельні бруси бувають дерев'яні або металічні, такі, які регулюються або не регулюються. Вони є горизонтальними і паралельні один одному та з'єднані вертикальною підпідкою для забезпечення більшої стабільності.

Паралельні бруси використовують, коли пацієнт потребує максимальної стабільності опори та її надійності. Багато типів ходьби починають вчити з використанням паралельних брусів. Оцінюючи ходьбу хворого за допомогою паралельних брусів, спеціалісти рекомендують перейти на той чи той допоміжний засіб пересування для додання перешкод.

Перешкоди сильно обмежують можливості людини, і тому потрібно постійно змінювати пристрої для розширення своїх можливостей і набуття максимальної незалежності при цій патології.

Переваги використання паралельних брусів:

1. Велика площа опори.
2. Стабільність.

3. Надійність.

Недоліки використання паралельних брусів:

1. Неможливість транспортування.
2. Неможливість застосування у будь-якому місці.

Ходунці. Ходунці (рама-трапеція) використовують, коли пацієнтові потрібні максимальна опора, стабільність, надійність при його знижених функціональних можливостях. Існує багато типів ходунців. Більшість із них має чотири опори (стійки), інші – два або більше коліщат, у деяких наявна можливість регулювати під розміри певної особи, є ходунці, які складаються для зручності при транспортуванні. Ходунці дають змогу зменшити навантаження на ноги хворого.

Переваги використання ходунців:

1. Достатньо велика площа опори для досягнення стійкості та надійності (але менша ніж у паралельних брусів).
2. Більш мобільні, ніж паралельні бруси.

Недоліки використання ходунців:

1. Незручність у збереженні та транспортуванні.
2. Важко або неможливо користуватися ними на сходах.
3. Низька швидкість пересування з їх допомогою.
4. Тяжко або неможливо навчити пацієнта правильній ходьбі при використанні цього засобу.
5. Незручно застосовувати у вузьких проходах, на обмежених територіях або у натовпі людей.

Висота ходунців може бути визначена, коли пацієнт стоїть або лежить на спині.

Місце тримання за ходунці руками повинно бути розташоване на рівні з променевоzap'ястковим суглобом або на рівні великих вертлюгів стегнових кісток, коли ходунці розташовані спереду від пацієнта і його руки опущені вниз із обох боків.

Опори (основи) ходунців розташовують на підлозі або на рівні п'яток пацієнта. Стегна та гомілки повинні бути , а взуття – на ногах. Сантиметром встановлюють від великих вертлюгів пацієнта до підлоги, коли його ноги випрямлені.

Ці дані використовують для регулювання загальної висоти ходунців – від підлоги до місця тримання руками, коли ходунці стоять опорами на підлозі або іншій гладкій поверхні.

Милиці під пахви. Ці милиці бувають дерев'яні або металічні, регульовані або такі, що не регулюються. Їх використовує особа, яка потребує меншої стабільності й опори, ніж при застосуванні паралельних брусів або ходунців. Милиці дають змогу навчитися правильному швидкому пересуванню. Існує декілька різновидів ходьби за їх допомогою: дво-, три-, чотириточкова ходьба (докладний опис нижче). Більшість милиць вироблені з дерева або алюмінію і легко регулюються під конкретного хворого. Їх зручно зберігати й транспортувати, використовувати у вузьких проходах і на обмеженій території.

Переваги милиць під пахви:

1. Легкі.
2. Зручні у використанні.
3. Регулюються для певної особи.
4. Дають змогу досягти більшої швидкості при пересуванні, ніж у попередніх варіантах.
5. Можливо виробити правильний стереотип ходьби.

Недоліки милиць під пахви:

1. Менш стійкі ніж ходунці.
2. Можуть стати причиною пошкодження судин або нервів під пахвами при неправильному використанні.
3. Потребують від людини вміння добре тримати рівновагу, а також певного рівня розвитку координації.
4. Пацієнт похилого віку відчуває себе у небезпеці, використовуючи цей засіб пересування.
5. Пацієнт повинен мати достатній рівень фізичної підготовленості, добре розвинені м'язи для можливості швидко та правильно пересуватись.

Існує кілька методів зміни довжини милиць під пахви:

1. Якщо відомий зріст пацієнта, вираховуємо довжину милиць, перемножуючи зріст на 77 % (наприклад, при зрості 70 дюймів довжина милиці = $70 \times 77 \% = 53,9$ дюйма) або від зросту відняти 16 дюймів ($70 - 16 = 54$ дюйма). Ці дані використовують для визначення загальної довжини милиці (від пахви донизу).
2. Якщо пацієнт лежить на спині, то для визначення загальної довжини милиці використовують сантиметр і вимірюють відстань від

переднього пахвового згину до точки, розташованої на 6–7 дюймів латеральніше п'ятки пацієнта.

3. Коли пацієнт сидить і його верхні кінцівки відведені на рівень плечей, один лікоть розігнутий, а інший зігнутий на 90°, відстань від ліктьового відростка зігнутого ліктя до кінця середнього пальця протилежної руки – загальна довжина милиці.

Визначення висоти ручки милиць

Коли пацієнт лежить на спині або стоїть – вимірюють висоту ручки так само, як вимірювали у попередніх випадках (вона має бути на рівні променевоzap'ясткового суглоба). Але для кожної милиці потрібно окремо вимірювати цю висоту.

Ручку милиці роблять резиною для зручного тримання.

Загальні помилки при підгонці милиць під пахви:

1. Пацієнт піднімає плечі або викривлюється вбік. Милиці набувають невідповідних розмірів. Вони стають занадто довгі, що видно, коли пацієнт стане правильно.

2. Пацієнт опускає плечі та згинає тулуб і кульшові суглоби. У цьому випадку милиці занадто короткі. Це помітно тоді, коли пацієнт стає у правильну позу.

3. Пацієнт згинає або розгинає зап'ястя і ручка милиці встановлюється на неправильній висоті.

4. Розміри засобу підбирають, коли пацієнт роззутий; на основі милиці немає резинового наконечника. Тоді висота милиці є невідповідною – вона задовга для пацієнта.

5. Милиці підбирають без пацієнта, пацієнт знаходиться в сидячому положенні.

Милиці з підлокітниками (канадські). Вони бувають дерев'яні або металічні, з повними або напівманжетами, що регулюються залежно від довжини, об'єму передпліччя певної особи, і з ручкою для тримання. Їх використовують тоді, коли пацієнт уже добре володіє підпахвинними милицями і не потребує більшої площі опори та стабільності, а хоче у подальшому навчитися ходити з палицею. Вони повністю знімають небезпеку пошкодження судин чи нервів під пахвами.

Канадські милиці більш функціональні на сходах, у вузьких проходах і на обмеженій території. Вони порівняно легкі та зручні у використанні, транспортуванні та зберіганні. Підлокітники зроблені для зручності й втримують милицю на передпліччі при русі рукою вперед.

Переваги канадських милиць:

1. Легкі, зручні та безпечні.
2. Більш мобільні, ніж попередні засоби.
3. Досягається вища швидкість пересування.

Недоліки канадських милиць:

1. Вони забезпечують меншу стабільність і надійність, ніж попередні засоби.

2. Вони потребують від пацієнта достатнього рівня розвитку рівноваги, координації, фізичного розвитку, розвитку сили м'язів для різних видів переміщень.

3. Підлокітник заважає керувати милицею, втримуючись на передпліччі.

4. Пацієнт похилого віку почувається у небезпеці, використовуючи цей допоміжний засіб.

Довжина милиці може бути виміряна, як описано для палиці, для встановлення висоти ручки, що визначається, коли пацієнт стоїть або лежить на спині.

Верхівка підлокітника повинна бути приблизно на 1–1,5 дюйми (2,5–3,7 см) нижче ліктьового відростка, коли пацієнт тримається за ручку (вже відрегульовану), підлокітник торкається передпліччя, а зап'ястя – у нейтральному згинально-розгинальному положенні.

Милиці з платформою. Ці милиці бувають дерев'яними або металічними, з можливістю регулювання платформи під передпліччя певної людини або без регулювання. Цю платформу використовують особи, неспроможні переносити вагу власного тіла на руки, зап'ястя та кисті; пацієнти з важкими деформаціями на зап'ястях і пальцях, що робить болючим (неможливим) тримання за ручки милиць, палиць і перенесення на них ваги тіла; особи з ампутацією нижче ліктя; пацієнти, які неспроможні взагалі рухати передпліччям.

Недоліки милиць із платформою:

1. Пацієнт втрачає функцію триголового м'язу плеча.
2. Неефективні на сходах.

Палиця. Палицю використовують для компенсації зниженої функції та розширення власних можливостей. Вона більш зручна і функціональна на сходах, обмежених територіях, у вузьких проходах, допомагає досягти високої швидкості пересування.

Палиця найлегша зі всіх допоміжних засобів. Вона найзручніша для транспортування, зберігання, використання. Існує багато різновидів палиць: дерев'яні або металічні, деякі регулюються під особу, мають різні площі опори (чотирьох- або одноопорна палиця).

Недоліки використання палиці:

1. Дуже мала площа опори через наявність маленької основи.
2. Дві палиці не забезпечують достатньої стабільності й можливості для виконання триточкової ходьби, але можуть використовуватись для інших типів пересування.
3. Пацієнти похилого віку почуваються у небезпеці, використовуючи цей засіб пересування.

Основні принципи підбору технічних допоміжних засобів для пересування

Довжина палиці може бути встановлена, коли пацієнт стоїть або лежить на спині. Ручка палиці має бути розташована на рівні великих вертлюгів стегнових кісток пацієнта або на рівні зап'ясткового суглоба зі сторони ліктьової кістки, коли рука пацієнта витягнута вздовж тіла. Положення палиці – паралельно стегну та великогомілковій кістці, а основа палиці (опора) повинна бути на підлозі або на рівні підошви взуття (при вимірюванні лежачи). Сантиметр використовують для встановлення відстані від великих вертлюгів стегнових кісток пацієнта донизу (тягнути стрічку вздовж ноги або паралельно нозі вниз) – це і є довжина палиці.

Паралельні бруси. Кожен із брусів може бути відрегульований на 15–250 відносно ліктьового згину, коли пацієнт перебуває у вертикальному положенні, тримаючись руками за бруси на рівні своїх стегон, але на 6 дюймів (15 см) спереду. Бруси можуть бути приблизно на 2 дюйми (5 см) ширше, ніж великі вертлюги стегнових кісток пацієнта, коли він стоїть між брусами. Ліктьова кістка може бути використана для регулювання висоти брусів, бо її початок (дистальний кінець) – приблизно на рівні з великим вертлюгом стегнової кістки пацієнта або близько з променево-зап'ястковим суглобом, із шилоподібним

відростком ліктьової кістки, коли пацієнт стоїть вертикально з опущеними вздовж тіла руками.

Підбір колісного засобу пересування

Крісла колісні засоби пересування за функціями поділяють на: –
універсальні – призначені для пересування у приміщенні та поза ним, високоманеврові, із задніми привідними колесами та можливістю регулювання положення центру маси тіла;

– дорожні – для пересування дорогами з твердим покриттям, із подвійним ручним керуванням і механічним приводом, високоманеврові та з можливістю регулювання положення центру маси тіла.

Усі крісла колісні виготовляють із сучасних легких і водночас міцних і зносостійких матеріалів, що збільшує термін їх служби, незважаючи на те, що їх доводиться часто спускати по сходах, експлуатувати на нерівних дорогах. Матеріали нетоксичні й абсолютно безпечні для здоров'я. Крісла колісні засоби пересування мають усі потрібні ліцензії від заводів-виробників і постачальників: сертифікати відповідності технічним вимогам, гарантію.

Класифікація крісел колісних:
КК.1 – крісла колісні з ручним керуванням, які приводить у рух супроводжуюча особа;

КК.2 – крісла колісні з подвійним ручним керуванням від задніх коліс;

КК.3 – крісла колісні з подвійним ручним керуванням від передніх коліс;

КК.4.1.1 – крісла колісні з дворучним керуванням, важільним приводом на задніх колесах;

КК.4.2.1 – крісла колісні з дворучним керуванням, важільним приводом на передні колеса;

КК.9.1 – крісла колісні з електричним приводом і сервокеруванням на задніх колесах;

КК.9.2 – крісла колісні з електричним приводом і сервокеруванням на передніх колесах;

КК.0 – інші крісла колісні (з подвійним ручним керуванням і механічним приводом);

ЗП – засоби пересування.

Особливості при виборі крісла-колісного засобу пересування. Перш ніж купити/обрати крісло колісне, треба оцінити, чи буде воно використовуватися в приміщенні або на вулиці, на якій поверхні і т. д.

Колісні засоби класифікують за низкою характеристик: наявність підніжок, протиперекидного пристрою; можливості заїзду під стіл, складатися (складна рама незамінна при транспортуванні); знімні підлокітники, регульована спинка і підголівник, які створять певну зручність у повсякденній експлуатації; ширина і тип коліс й багато іншого, від чого може залежати комфорт пацієнта або людини з інвалідністю. Наприклад, фіксовані підлокітники ускладнять процес пересідання.

Важливо пам'ятати: щоб не зашкодити здоров'ю при виборі крісла, найважливішими критеріями є маса тіла і зріст людини.

Правильний підбір крісла колісного засобу пересування дасть змогу:

1. Запобігти багатьом травмам, вторинній деформації та вимушеній недієздатності.
2. Забезпечити рівномірний розподіл маси пацієнта.
3. Попередити зіткнення і тертя ділянок тіла об бічні стінки підлокітників.
4. Позбутися проблем переміщення в обмежених просторах: дверні отвори, туалет, ванна.
5. Загалом полегшити переміщення.

Розміри при виборі крісла колісного засобу пересування. Дуже важливо враховувати розміри крісла колісного засобу пересування та людини, якій доведеться його використовувати. Для правильного підбору крісла колісного рекомендуємо зробити заміри шести основних позицій:

- 1) ширина сидіння;
- 2) глибина сидіння;
- 3) висота підніжки;
- 4) висота сидіння;
- 5) висота передпліч;
- 6) висота спинки.

Розміри: якщо одяг до 48 розміру, то ширина сидіння має бути 38 або 40 см, 48–52 розміру – ширина 42 см, 54–56 розміру – ширина 43 см, 56–58 розміру – ширина 46 см, до 64 розміру – ширина 50 см.

Правильно підібраний крісло колісний засіб забезпечить надійне розміщення хворого в ньому і буде безпечним при пересуванні.

Найважливіше – визначити ширину сидіння. Вимірювання відбувається за найширшими точками стегон із використанням сантиметрової стрічки. До отриманої величини додається 5 см. При вимірюванні потрібно враховувати також можливість використання хворим щільного одягу. Якщо сісти в крісло, між стегном пацієнта і боковиною крісла повинна проходити долоня у вертикальному положенні з обох сторін.

Наприклад, розміри, зняті в найширшій частині стегон, становлять 40 см. У цьому випадку нормальна ширина сидіння повинна дорівнювати 45 см. Це забезпечить додатковий проміжок по 2,5 см з кожного боку.

Якщо сидіння занадто вузьке, то ступінь рухливості буде обмежений внаслідок ускладнення повороту тулуба по осі. Оскільки маса тіла пацієнта розподіляється на меншій поверхні, то збільшується тиск на сідничні горби. Це може викликати вторинні ускладнення, пов'язані з утворенням пролежнів.

Якщо сидіння занадто широке, це також створює труднощі. Зменшується стійкість посадки в кріслі колісному, а це позначається на правильному положенні тіла. Можуть виникнути труднощі при поступальному переміщенні крісла. Для полегшення руху крісла колісного засобу пересування вперед пацієнт повинен використовувати додаткові зусилля руками та корпусом тіла.

Крім фізичних проблем, можуть виникнути проблеми з переміщенням через дверні отвори, відвідуванням туалету і використанням громадського транспорту.

Глибина сидіння. Розподіл ваги тіла на сідниці та стегна має відбуватися так, щоб не викликати надмірного тиску на сідничні горби. Це запобігає циркуляторним порушенням і подразненню шкіри в підколінній ділянці.

Вимірювання проводять сантиметровою стрічкою від краю сідниці уздовж стегна до внутрішнього згину коліна. Потім від отриманої величини віднімають 5–7,5 см.

Наприклад, загальна величина становить 46 см, від неї віднімемо 5 см. Глибина сидіння виходить 41 см. Якщо глибина сидіння занадто мала, то додаткова маса тіла розподіляється на сідниці та стегна, внаслідок чого посилюється тиск на сідничні горби і зміщується

центр ваги, що може призвести до падіння пацієнта вперед при русі крісла колісного засобу. Зайва глибина крісла через тиск порушує циркуляцію крові та викликає роздратування шкіри у верхній частині литкового м'яза і підколінній ділянці.

Знімні або відкидні підлокітники. Знімні або відкидні підлокітники зручні для швидкого переміщення користувача з крісла на ліжку, в автомобіль тощо; дають людині змогу зручно розташуватись, сидячи за столом. Крісла колісні з фіксованими підлокітниками дуже прості, мають міцну і надійну конструкцію. Вони забезпечують комфортне розміщення та пересування людини, але їх мінус – ускладнення процесу пересідання.

Пневматичні або литі шини. Крісло колісний засіб на пневматичних шинах виготовлений для пересування по вулиці. За рахунок амортизації вони з легкістю уникають невеликі нерівності на дорозі, роблячи їх непомітними, одночасно підвищують комфорт при пересуванні хворого. Але як і у крісло колісних засобів пересування із литими шинами, у цієї моделі наявний один невеликий недолік – вони вимагають періодичної підкачки і заміни шин.

Литі шини мають і свої переваги (наприклад, вони надійніші та довговічні), і мінуси (вони не призначені для пересування по нерівних поверхнях). В кріслах із литими шинами потрібно пересуватися по рівній поверхні, уникаючи ям, оскільки кожна нерівність відчуватиме людина в кріслі.

Підніжки у крісла колісних засобів пересування. Рекомендовано обирати крісло з регульованими по висоті підніжками, бажано, щоб воно поверталася. Це забезпечить комфорт при переміщенні кінцівок.

Висоту підніжки та сидіння потрібно визначати й оцінювати водночас. Підніжка (майданчик для ніг) повинна розташовуватися на рівні 5 см від поверхні підлоги. Усе це дає змогу безпечно здійснювати повороти тулубом і плечима. Вимірювання проводять від п'яти до рівня стегна або від краю каблука, якщо пацієнт носить туфлі. При цьому доцільно використовувати подушку для сидіння. Якщо підніжка розташована занадто низько, то повороти тулуба і плечей ускладнюються і стають небезпечними; стопи звисатимуть і поворотні колеса пошкоджуватимуть щиколотки. Пацієнт може

випасти з крісла, якщо підніжка зачепить якийсь підйом. У такому випадку його потрібно посадити вище, відрегулювати висоту сидіння або підкласти подушку.

Визначення висоти підлокітників. Щоб допомогти користувачеві зберігати правильну посадку в кріслі і забезпечити рівновагу, потрібно провести вимірювання від поверхні сидіння до ліктя. До отриманої величини додати 2,5 см. На цій висоті й встановлюють підлокітники. Якщо підлокітники розташовані занадто високо, плечі будуть припіднятими, що призведе до стомлення м'язів. З іншого боку, пацієнт не зможе використовувати підлокітники за призначенням; це призведе до нестійкості в положенні сидячи. Низько розташовані підлокітники заважають пацієнтові прийняти зручну позу. Йому доведеться сутулитися, щоб спиратися передпліччями на підлокітники. Таке зігнуте положення може викликати стомлення, порушувати рівновагу і впливати на дихання. Рухи діафрагми будуть обмежені, що призведе до ослаблення дихальної функції.

Визначення висоти спинки. Висота спинки повинна відповідати фізичним вадам пацієнта і ступеню його активності. Правильно встановлена висота і форма спинки забезпечать зручне положення людини в кріслі. За потреби повної підтримки можна підібрати крісло зі спинкою, що дає змогу відкинутися назад. У деяких випадках рекомендовано використовувати спинку крісла з секційною регуляцією висоти. Вона дає змогу змінювати рівень підтримки в міру того, як у пацієнта відновлюється функція окремих сегментів тулуба. При перевірці правильності підбору висоти спинки крісла для осіб із мінімальними порушеннями функції тулуба чотири пальці лівої руки повинні вільно уміщатися в проміжок між верхнім краєм оббивки крісла та рівнем пахової западини.

**Тести для визначення ступеня оволодіння студентами
потрібними теоретичними положеннями**

1.	Реабілітаційну допомогу починають надавати: 1) з моменту виникнення або виявлення обмеження повсякденного функціонування; 2) з моменту, коли особа не потребує цілодобового догляду; 3) при хронічному перебігу хвороби; 4) після виписування зі стаціонару; 5) у санаторно-курортних умовах.
2.	Охарактеризуйте тривалість раннього післяопераційного періоду: 1) від моменту надходження хворого в лікарню до моменту закінчення операції; 2) від моменту виходу з наркозу до моменту самостійного пересування; 3) від моменту закінчення операції до зняття швів; 4) від моменту зняття швів до виписування зі стаціонару; 5) від моменту переведення з реанімаційного відділення в хірургічне.
3.	Як називають період вимушеного положення в травматології: 1) функціональний; 2) нефункціональний; 3) іммобілізаційний; 4) постіммобілізаційний; 5) резидуальний.
4.	Проаналізуйте, що є протипоказанням до активної реабілітації в гострому реабілітаційному періоді: 1) активні форми туберкульозу легень й інших органів; 2) можливість розвитку втоми; 3) поступове збільшення фізичної активності хворого; 4) венеричні захворювання; 5) ремісія основного захворювання.
5.	Якого реабілітаційного періоду не виділяють: 1) гострого;

	2) післягострого; 3) стабільного; 4) довготривалого.
6.	Назвіть тип функціонування санаторно-курортного закладу для проведення фізичної реабілітації: 1) цілорічний; 2) місячний; 3) тижневий; 4) добовий; 5) кількагодинний.
7.	До лікувально-оздоровчих заходів не належать: 1) вітамінне та медикаментозне лікування; 2) максимальне використання природних лікувальних чинників; 3) санаторно-гігієнічний і диференційований лікувальний режими, що відповідають характеру і тяжкості захворювання; 4) неінвазивні хірургічні втручання; 5) повноцінне раціональне та лікувальне харчування.
8.	До природних лікувальних ресурсів не належать: 1) мінеральні та термальні води; 2) лікувальні грязі й озокерит; 3) препарати вітамінів і мікроелементів; 4) морська вода; 5) ропа лиманів й озер.
9.	Для забезпечення лікування та реабілітації в санаторно-курортному закладі не повинно проводитись: 1) зміцнення матеріально-технічної бази закладу; 2) підвищення кваліфікації персоналу; 3) розробки й упровадження нових методів діагностики та лікування; 4) співпраці з профільними науково-дослідними інститутами; 5) диспансерного спостереження за реабілітованими.
10.	Протипоказанням до санаторно-курортного лікування не вважають: 1) гострі інфекційні захворювання до завершення строку

**ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ
ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

	ізоляції; 2) залишкові явища після оперативного лікування; 3) кахексію будь-якого походження; 4) злоякісні новоутворення; 5) венеричні захворювання в гострій стадії.
--	---

КРИТЕРІЇ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ, ІНВАЛІДНІСТЬ. РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ІЗ ІНВАЛІДНІСТЮ

Зміст теми:

1. Характеристика понять «життєдіяльність», «обмеження життєдіяльності».
2. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).
3. Класифікація критеріїв життєдіяльності людини, їх характеристика
4. Класифікація ступенів обмеження життєдіяльності, їх характеристика.
5. Визначення поняття «інвалідність», «особа з інвалідністю», «дитина з інвалідністю», «реабілітація осіб із інвалідністю», «абілітація»
6. Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю, Державна типова програма реабілітації осіб із інвалідністю.
7. Рання реабілітація дітей із інвалідністю.
8. Терапія мови та мовлення.
9. Соціальна реабілітація, її складники.
10. Моделі пересування.

Життєдіяльність – здатність особи до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини.

Обмеження життєдіяльності – втрата особою внаслідок хвороби, травми (її наслідків), вроджених порушень або інших станів здоров'я здатності до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини.

Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) – це класифікатор, який використовують у всіх розвинених країнах лікарі, педагоги, спеціалісти з реабілітації та психологи. Його використання в Україні – підґрунтя для розвитку системи реабілітації, раннього втручання й інклюзії, планування заходів соціального захисту, систем компенсації та для розробки і реалізації їх політики.

МКФ складається з таких основних компонентів:

- функції та структура тіла (В – англ. *body*);
- активність (А – англ. *activity*, пов'язана із завданнями та діями індивіда) й участь (Р – англ. *participation* – залученість у життєву ситуацію);
- додаткова інформація щодо важкості та чинників зовнішнього середовища.

Критерії життєдіяльності людини:

- 1) здатність до самообслуговування;
- 2) здатність до пересування;
- 3) здатність до орієнтації;
- 4) здатність контролювати свою поведінку;
- 5) здатність до спілкування;
- 6) здатність до навчання;
- 7) здатність до виконання трудової діяльності.

Здатність до пересування – можливість ефективно пересуватися (ходити, бігати, долати перепони, користуватися особистим і громадським транспортом).

Параметри оцінки – характер ходьби, темп пересування, відстань, яку долає хворий, здатність самотійно користуватись транспортом, потреба у допомозі інших осіб при пересуванні.

Здатність до самообслуговування – можливість ефективно виконувати соціально-побутові функції і задовольняти потреби без допомоги інших осіб.

Параметри оцінки – інтервал часу, через який виникає потреба в допомозі:

- епізодична допомога (рідше одного разу на місяць);
- регулярна (декілька разів на місяць);
- постійна допомога (декілька разів на тиждень – регульована, декілька разів на день – нерегульована).

Здатність до орієнтації – можливість самотійно орієнтуватися у просторі та часі, мати уявлення про навколишні предмети.

Основні системи орієнтації – зір і слух (за нормального стану психічної діяльності та мови).

Параметри оцінки – можливість розрізняти зорові образи людей і предметів на відстані, що збільшується, і в різних умовах (наявність

або відсутність перешкод, ознайомлення з обстановкою), розрізняти звуки й усну мову (слухова орієнтація) за відсутності або наявності перешкод і ступеня компенсації порушення слухового сприйняття усної мови іншими способами (письмо, невербальні форми); потреба використання технічних засобів для орієнтації та допомоги інших осіб у різних видах повсякденної діяльності (у побуті, навчанні, на виробництві).

Здатність до спілкування (комунікативна здатність) – можливість установлювати контакти з іншими людьми та підтримувати суспільні взаємозв'язки (порушення спілкування, пов'язані з розладом психічної діяльності, тут не розглядаються).

Основний засіб комунікації – усна мова, допоміжні – читання, письмо, невербальна мова (жестова, знакова).

Параметри оцінки – характеристика кола осіб, із якими можлива підтримка контактів, а також потреба у допомозі інших осіб під час навчання та трудової діяльності.

Здатність контролювати свою поведінку – можливість поводитись відповідно до морально-етичних і правових норм суспільного середовища.

Параметри оцінки – здатність усвідомлювати себе і дотримуватись установлених суспільних норм, ідентифікувати людей та об'єкти і розуміти стосунки між ними, правильно сприймати, інтерпретувати й адекватно реагувати на традиційну та незвичну ситуації, дотримуватися особистої безпеки, особистої охайності.

Здатність до навчання – можливість сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати навички й уміння (побутові, культурні, професійні й інші) у цілеспрямованому процесі навчання. Можливість професійного навчання – здатність до оволодіння теоретичними знаннями і практичними навичками й умінням конкретної професії.

Параметри оцінки – можливість навчатися у звичайних або спеціально створених умовах (спеціальний навчальний заклад або група, навчання в домашніх умовах тощо); обсяг програми, строки і режим навчання; можливість освоєння професій різного кваліфікаційного рівня або тільки окремих видів робіт; потреба використання спеціальних засобів із залученням допомоги інших осіб (крім викладача).

Здатність до трудової діяльності – сукупність фізичних і духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, що дає їй змогу займатися різного виду трудовою діяльністю.

Професійна працездатність – здатність людини якісно виконувати роботу, що передбачена конкретною професією, яка дає змогу реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва відповідно до вимог змісту й обсягу виробничого навантаження, встановленого режиму роботи й умов виробничого середовища.

Параметри оцінки – збереження або втрата професійної здатності; можливість трудової діяльності за іншою професією, яка за кваліфікацією дорівнює попередній; оцінка допустимого обсягу роботи у своїй професії та посаді; можливість трудової зайнятості в звичайних або спеціально створених умовах.

Порушення професійної працездатності – найчастіша причина соціальної недостатності, яка може виникати первинно, коли інші категорії життєдіяльності не порушені, або вторинно на основі обмеження життєдіяльності. Здатність до праці за конкретною професією у людей із інвалідністю може бути збережена повністю або частково чи відновлена засобами професійної реабілітації, після чого такі особи можуть працювати у звичайних або спеціально створених умовах із повною чи неповною тривалістю робочого часу.

Висновок про нездатність до трудової діяльності готують лише у разі згоди особи (крім випадків, коли людину з інвалідністю визнали недієздатною).

Виділяють три ступені обмеження здатності до трудової діяльності:

1-й ступінь – здатність до виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією;

2-й ступінь – здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах із використанням допоміжних засобів та/чи спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

3-й ступінь – нездатність до трудової діяльності.

Ступінь обмеження життєдіяльності – величина відхилення від норми діяльності людини. Ступінь обмеження життєдіяльності

характеризується одним або поєднанням декількох зазначених найважливіших його критеріїв.

Виділяють три ступені обмеження життєдіяльності: помірно виражене, виражене, значне.

Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлене порушеннями функції органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Виражене обмеження життєдіяльності зумовлюється порушенням функцій органів і систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності до навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності; супроводжується потребою в сторонньому догляді (сторонній допомозі).

Особа з обмеженнями повсякденного функціонування направляє для проходження медико-соціальної експертизи з метою підтвердження стійкого обмеження життєдіяльності та встановлення статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю» у разі виявлення мультидисциплінарною реабілітаційною командою ознак стійкого обмеження життєдіяльності, що зазначається в індивідуальному реабілітаційному плані

Медико-соціальна експертиза стійких обмежень життєдіяльності здійснюється медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК), а дітей – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів.

Медико-соціальна експертиза передбачає встановлення ступеня стійкого обмеження життєдіяльності, групи інвалідності, причини і часу їх настання, а також доопрацювання та затвердження індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю) в рамках стратегії компенсації на основі

індивідуального реабілітаційного плану та комплексного реабілітаційного обстеження особи з обмеженням життєдіяльності.

Інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист.

Особа з інвалідністю – повнолітня особа зі стійким обмеженням життєдіяльності, якій у порядку, визначеному законодавством, встановлено інвалідність.

Дитина з інвалідністю – особа до досягнення нею повноліття (віком до 18 років) зі стійким обмеженням життєдіяльності, якій у порядку, визначеному законодавством, встановлено інвалідність. Це дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та потребу додаткової соціальної допомоги і захисту.

Залежно від ступеня стійкого розладу функцій організму, зумовленого захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, та можливого обмеження життєдіяльності при взаємодії із зовнішнім середовищем внаслідок втрати здоров'я особі, визнаній особою з інвалідністю, встановлюється перша, друга чи третя група інвалідності.

Перша група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від міри втрати здоров'я особи з інвалідністю та обсягів потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або диспансерному нагляді.

До підгрупи А першої групи інвалідності належать особи з виключно високою мірою втрати здоров'я, надзвичайною залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду інших осіб і які фактично не здатні до самообслуговування.

До підгрупи Б першої групи інвалідності належать особи з високою мірою втрати здоров'я, значною залежністю від інших осіб у забезпеченні життєвоважливих соціально-побутових функцій і які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Особам у віці до 18 років лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів встановлюється категорія «дитина з інвалідністю», а особам у віці до 18 років із виключно високою мірою втрати здоров'я та з надзвичайною залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду інших осіб і які фактично не здатні до самообслуговування, – категорія «дитина з інвалідністю» підгрупи А.

Критерії встановлення інвалідності та перелік захворювань, дефектів, необоротних морфологічних станів, порушень функцій органів та систем організму, при яких група інвалідності встановлюється без строку переогляду подано в додатках.

Реабілітація осіб із інвалідністю – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації й інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб із інвалідністю технічними й іншими засобами реабілітації та виробами медичного призначення.

Система реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю забезпечує своєчасність, комплексність і неперервність усіх видів реабілітації, досягнення особами з інвалідністю, дітьми з інвалідністю оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності призначення.

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю розробляється на основі індивідуального реабілітаційного плану відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю медико-соціальною експертною комісією, для дітей із інвалідністю – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів із обов'язковим залученням особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю або її законного представника та має бути погоджена особою з інвалідністю, дитиною з інвалідністю або її законним представником. Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені стосовно особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а

також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів – стосовно дітей із інвалідністю), місцеві державні адміністрації, служба зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів.

Обсяг реабілітаційних заходів, що передбачається індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю, не може бути меншим від передбаченого Державною типовою програмою реабілітації осіб з інвалідністю.

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними закладами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності.

Особа з інвалідністю (законний представник дитини з інвалідністю) має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених її індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Особа з інвалідністю (законний представник недієздатної особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю) зобов'язана брати участь у виборі та погоджувати призначення конкретних технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг і санаторно-курортного лікування тощо в межах її індивідуальної програми реабілітації у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Державна типова програма реабілітації осіб із інвалідністю встановлює гарантований державою перелік послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я (узгоджених із Державним типовим планом реабілітації), психолого-педагогічної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової та соціальної реабілітації, технічних й інших засобів реабілітації, медичних виробів (виробів медичного призначення), які надаються особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю з урахуванням фактичних потреб, залежно від результатів реабілітаційного обстеження безоплатно або на пільгових умовах.

Ця Програма спрямована на забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів і встановлення контролю за якістю реабілітаційних послуг. Обсяг реабілітаційних послуг, що надаються за індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю та дитини з інвалідністю, не може бути менший від передбаченого Програмою.

Визначення гарантованого державою переліку реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються особі з інвалідністю чи дитині з інвалідністю з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання (каліцтва) безоплатно або на пільгових умовах забезпечить системний підхід в організації реабілітації осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю, послідовність і наступність у проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство

Рання реабілітація дітей із інвалідністю раннього віку (до 7 років) спрямовується на зменшення або подолання фізичних, психічних розладів й інтелектуальних вад, набуття побутових і соціальних навичок, розвиток здібностей, поступову повну або часткову інтеграцію в суспільство.

Рання реабілітація забезпечує комплексний підхід до дитини з інвалідністю, який полягає в поєднанні різних видів та форм реабілітації, передбачає залучення до реабілітаційного процесу батьків або осіб, які їх замінюють, включає соціальну, психологічну, освітню, консультативну допомогу сім'ям, в яких виховуються діти з інвалідністю, за місцем їх проживання (вдома).

Абілітація – комплекс заходів, що допомагають особі з вродженими та/або такими, що виникли у ранньому віці, обмеженнями повсякденного функціонування досягти оптимального рівня функціонування у її навколишньому середовищі.

Терапія мови та мовлення – процес відновлення та/або підтримки максимально можливого рівня усіх аспектів комунікації та/або когнітивності в осіб із обмеженнями повсякденного функціонування

або ризиком їх виникнення для забезпечення оптимального рівня комунікативної взаємодії з навколишнім середовищем та/або безпечного процесу споживання їжі. Призначається, планується та здійснюється терапевтом мови та мовлення або під його контролем.

Догляд за особою з інвалідністю (дитиною з інвалідністю) – сукупність соціальних послуг, спрямованих на соціально-побутову допомогу та підтримку, захист і забезпечення життєдіяльності особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю).

Соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення та забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, задоволення потреби у забезпеченні технічними й іншими засобами реабілітації.

Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю, затверджені Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 р. № 48/96, передбачають рівні стартові можливості для всіх осіб незалежно від їх психофізичного розвитку, стану здоров'я, віку, статі, соціально-економічного статусу і визначають такі цільові сфери – доступність до матеріального оточення, інформації та комунікацій, освіти, зайнятість, підтримка доходів і соціальне забезпечення, сімейне життя і свобода особистості, культура, відпочинок, спорт і релігія.

Діяльність держави щодо осіб з інвалідністю виявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті та полягає у:

- виявленні, усуненні перепон і бар'єрів, що перешкоджають забезпеченню прав і задоволенню потреб, у тому числі стосовно доступу до об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної інфраструктури, дорожнього сервісу (далі – об'єкти фізичного оточення), транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів – до освіти, праці, культури, фізичної культури і спорту;
- охороні здоров'я;
- соціальному захисті;

– забезпеченні виконання індивідуальної програми реабілітації осіб з інвалідністю;

– наданні пристосованого житла;

– сприянні громадській діяльності.

Соціальний захист осіб з інвалідністю є складовою діяльності держави щодо забезпечення прав і можливостей осіб з інвалідністю нарівні з іншими громадянами та полягає у наданні пенсії, державної допомоги, компенсаційних та інших виплат, пільг, соціальних послуг, здійсненні реабілітаційних заходів, встановленні опіки (піклування) або забезпеченні стороннього догляду.

Соціальна реабілітація (абілітація) спрямовується на оптимізацію і коригування ставлення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю до своїх вад, становища в сім'ї та суспільстві, виховання у них навичок до самообслуговування, адаптацію в навколишньому середовищі. Вона передбачає навчання особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов до потреб особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, педагогічну корекцію для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю з метою вироблення та підтримання навичок автономного проживання, стереотипів безпечної поведінки, опанування навичками захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та отримання навичок позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення автономного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою (соціальний, медичний, юридичний супровід, побутові послуги), протезування, ортезування, забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації, санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань.

Особи з інвалідністю, діти з інвалідністю з важкими формами інвалідності, які згідно з медичним висновком потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються соціальним, педагогічним і психологічним патронажем (повсякденною допомогою) за місцем проживання (вдома). У разі необхідності послуги з соціального і педагогічного патронажу надають виїзні реабілітаційні бригади.

Соціальна реабілітація здійснюється відповідно до індивідуальних програм реабілітації особи з інвалідністю та в разі необхідності супроводжується медичним спостереженням за особами з інвалідністю, дітьми з інвалідністю.

Моделі пересування та методи підстраховування: застосування милиць, палиць, ходунців

Перед тим, як пацієнт почне пересуватися за допомогою технічних допоміжних засобів для ходи, фахівець із фізичної реабілітації описує його будову та демонструє, як правильно пересуватись, використовуючи ту чи іншу модель. Показ – основний метод проведення інструктажу. Словесний коментар, що повинен бути максимально спрощеним, посилює ефект від його проведення.

Ще один корисний спосіб проведення інструктажу – спостереження за іншими пацієнтами, що правильно використовують технічні допоміжні засоби. Після того, як пацієнт опанує навички пересування по рівній поверхні, йому потрібно надавати інструкції, як пересуватись по сходах, пандусах, через бордюри, двері, користуватися ліфтом, падати у безпечний спосіб.

Чотириточкова модель. Ця модель ходи можлива при застосуванні двобічних засобів допомоги (наприклад, милиць чи палиць). Вона рекомендована пацієнтам, що мають ослаблену мускулатуру, проблеми з підтриманням рівноваги чи значні больові відчуття. Її також можна використати як відправну точку для розвитку координації пацієнта перед тим, як він перейде до використання доточкової моделі. Виконують почергове та різнобічне переміщення уперед технічного засобу і протилежної кінцівки пацієнта (наприклад, права милиця – ліва нога – ліва милиця – права нога). Це дуже повільна модель пересування, але забезпечує велику стабільність і найбезпечніша у людних місцях. Вона не вимагає значних затрат енергії і може бути застосована, коли пацієнт потребує максимальної стабільності й рівноваги. Вона не нагадує нормальну модель ходи.

Двоточкова модель. Ця модель теж потребує використання двобічних засобів допомоги. Її можна рекомендувати пацієнтам, що мають ті ж проблеми, що й у попередньому випадку, але менш

виражені. Використовується одночасне і різнобічне переміщення уперед технічного засобу та протилежної кінцівки пацієнта (наприклад, права милиця – ліва нога; ліва милиця – права нога). Це порівняно стабільна модель і швидша, ніж чотириточкова. Вона вимагає невеликих енергетичних затрат і дуже подібна до нормальної ходи. Однак вона так само вимагає від пацієнта координації при одночасному переміщенні вперед верхньої кінцівки і протилежної нижньої кінцівки. Пацієнт може пересуватися швидше, але з меншою стабільністю, ніж при чотириточковій ході.

Модифікована чотириточкова або двоточкова моделі. Ці моделі вимагають використання лише одного технічного засобу допомоги при ході й застосовуються для пацієнтів, що або використовують лише один технічний засіб, або мають лише одну функціональну верхню кінцівку. Технічний засіб утримують верхньою кінцівкою, що розташована з протилежного боку від нижньої кінцівки, яка слабша. Це забезпечує розширення площі опори і допомагає у перенесенні центра ваги пацієнта вбік від слабшої кінцівки. Цей вид переміщення часом називають напівходою або напівмоделлю. Пацієнт здійснює пересування за методикою чотири- чи двоточкової моделі, але використовує лише один технічний засіб. Тобто вона є «модифікованою».

Триточкова модель. Триточкова модель вимагає використання двох милиць або ходунців, але не може здійснюватися за допомогою палиць. Її використовують тоді, коли пацієнт може повністю підтримувати вагу свого тіла на одній нижній кінцівці і не може переносити її на другу через те, що вона ослаблена, травмована чи може спричинити значні больові відчуття. Милиці чи ходунці й уражена кінцівка виносяться вперед і тоді пацієнт робить іншою ногою крок до ходунців або через лінію розташування милиць. Ця модель менш стабільна, ніж описані вище, але забезпечує вищу швидкість переміщення. Її здійснення вимагає значної сили м'язів верхніх кінцівок, тулуба й однієї нижньої кінцівки, а витрати енергії досить значні, оскільки верхні кінцівки використовуються для піднімання, підтримки та переміщення тіла. Пацієнта потрібно навчити проходити через лінію розташування милиць і контролювати

рухи свого тулуба й неураженої кінцівки за допомогою контролю над тими м'язами, які функціонують нормально.

Модифікована триточкова модель. Для цієї моделі потрібне застосування двобічних засобів технічної допомоги чи ходунців. Вона застосовується, коли пацієнт може утримувати вагу на одній кінцівці, а на іншій – робити це лише частково. Милиці, ходунці чи палиці виносяться вперед одночасно з ногою, на яку можна частково переносити вагу. Тоді вперед виносяться здорова кінцівка. Саме тоді пацієнт розподіляє вагу свого тіла між засобами для пресування й ураженою кінцівкою. Ця модель стабільніша, ніж триточкова, вимагає менших зусиль і затрат енергії, але повільніша. Вона забезпечує тренування ураженої кінцівки шляхом перенесення на неї частково ваги тіла.

Тести для визначення ступеня оволодіння студентами потрібними теоретичними положеннями

1.	Хто займається розв'язанням питання про повернення пацієнта до його попередньої роботи чи створення полегшених умов праці: 1) лікарсько-консультативна комісія; 2) лікарсько-педагогічна комісія; 3) педагогічно-консультативна комісія; 4) юридично-консультативна комісія; 5) лікарсько-юридична комісія.
2.	Питанням встановлення інвалідності (групи інвалідності) та визначенням можливості працювати займається: 1) медико-педагогічна експертна комісія; 2) медико-соціальна експертна комісія; 3) медико-юридична експертна комісія; 4) медико-деонтологічна експертна комісія; 5) медико-реабілітаційна експертна комісія.
3.	Скільки ступенів обмеження життєдіяльності виділяють згідно із Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю»: 1) два;

**КРИТЕРІЙ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ, ІНВАЛІДНІСТЬ.
РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ІЗ ІНВАЛІДНІСТЮ**

	<p>2) три; 3) чотири; 4) п'ять; 5) шість.</p>
4.	<p>Рання реабілітація дітей із інвалідністю спрямована на дітей: 1) до 1 року; 2) до 3 років; 3) до 5 років; 4) до 7 років; 5) до 14 років.</p>
5.	<p>До якого віку особу зі стійким розладом функції організму визначають як дитину з інвалідністю: 1) до 14 років; 2) до 16 років; 3) до 18 років; 4) до 21 року; 5) до 23 років.</p>
6.	<p>Проаналізуйте, що не належить до критеріїв життєдіяльності людини: 1) здатність до самообслуговування; 2) здатність до пересування й орієнтації; 3) здатність до контролю своєї поведінки; 4) здатність до повноцінного відпочинку; 5) здатність до спілкування та навчання.</p>
7.	<p>Яким інтервалом часу визначається стороння епізодична допомога при порушенні здатності до самообслуговування: 1) рідше одного разу на тиждень; 2) рідше одного разу на місяць; 3) рідше одного разу в день; 4) частіше одного разу на місяць; 5) частіше одного разу на тиждень.</p>
8.	<p>Який критерій життєдіяльності визначає можливість сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати навички й уміння у цілеспрямованому процесі навчання:</p>

ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ
ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

	<ol style="list-style-type: none">1) здатність до орієнтації;2) здатність до спілкування;3) здатність контролювати свою поведінку;4) здатність до навчання;5) здатність до трудової діяльності.
9.	<p>Проаналізуйте, яке тлумачення не належить до розкриття поняття «абілітація»:</p> <ol style="list-style-type: none">1) розуміння власних можливостей;2) усвідомлення своїх обмежень, соціальних ролей;3) розуміння своїх прав й обов'язків4) уміння здійснювати самообслуговування;5) можливість займатися професійною діяльністю.
10.	<p>Визначте, що передбачає реадаптація:</p> <ol style="list-style-type: none">1) повну відмову від трудової діяльності;2) роботу з меншим нервово-психічним і фізичним навантаженням на новому робочому місці;3) виконання роботи вдома;4) продовження праці на попередньому робочому місці;5) здобуття нової професії.

ЕРГОТЕРАПІЯ. ПРОФЕСІЙНА ТА ТРУДОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Зміст теми:

1. Визначення понять «ерготерапія», «заняттєва активність».
2. Особливості організації професійної реабілітації.
3. Визначення поняття «професійна реабілітація», «професійна адаптація».
4. Характеристика професійного відбору та професійної орієнтації.
5. Трудова реабілітація, особливості її організації.
6. Робоче місце особи з інвалідністю та спеціальне робоче місце особи з інвалідністю.
7. Фізкультурно-спортивна реабілітація.
8. Психологічна реабілітація, психологічна допомога в реабілітації.
9. Визначення понять «психологічна адаптація», «психологічна підтримка».
10. Психолого-педагогічна реабілітація та психолого-педагогічний супровід.
11. Переміщення пацієнта: загальні положення, принципи, застереження, класифікація переміщень.

Ерготерапія – процес відновлення, розвитку та/або підтримки навичок, потрібних для залучення особи з обмеженнями повсякденного функціонування до активного повсякденного життя та занять, які вона бажає, потребує або планує виконувати, а також модифікація заняттєвої активності особи та/або адаптація її середовища. Ерготерапія призначається, планується та здійснюється ерготерапевтом або під його контролем.

Заняттєва активність – цілеспрямована, тривала, регулярна, багатокомпонентна діяльність, виконання якої людина потребує, бажає або очікує.

Заняттєва участь – виконання заняттєвої активності, що здійснюється за результатами безпосереднього особистісного вибору особою на основі мотивації та значущості активності для особи у сприятливому (безбар'єрному) середовищі.

Експертиза професійної придатності повнолітніх осіб з інвалідністю здійснюється медико-соціальними експертними комісіями. До роботи цих комісій залучаються спеціалісти з інженерної психології (психології праці) та психології професійного відбору, педагогічні працівники, що займаються навчанням і професійною підготовкою осіб з інвалідністю, спеціалісти державної служби зайнятості. Висновок медико-соціальної експертної комісії з професійної придатності включається в індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю і є підставою для здійснення професійної орієнтації, професійної освіти і наступного працевлаштування з урахуванням побажань і думки особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю – для навчання).

Професійна реабілітація – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням і потрібним соціальним супроводженням із урахуванням особистих схильностей і побажань особи.

Професійна реабілітація передбачає відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбір професії та адаптацію до неї особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, поновлення трудової діяльності особи з інвалідністю в колишній або в новій професії.

Професійна реабілітація спрямовується на забезпечення конкурентоспроможності особи з інвалідністю на ринку праці і її трудового влаштування як у звичайних виробничих умовах, так і у спеціально створених умовах праці. Професійна реабілітація включає заходи із забезпечення зайнятості осіб з інвалідністю, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю за раціональністю працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації.

Професійна реабілітація передбачає:

- професійний відбір;
- професійну орієнтацію;
- професійну освіту;

- професійну підготовку, перепідготовку, перекваліфікацію;
- раціональне працевлаштування.

Професійний відбір – науково обґрунтована система визначення ступеня придатності особи до конкретної професії, спеціальності (робочого місця, посади) відповідно до встановлених законодавством нормативних вимог.

Професійна орієнтація – науково обґрунтована система форм, методів, засобів впливу на особу для сприяння її професійному самовизначенню на основі врахування стану здоров'я, освітнього та професійно-кваліфікаційного рівнів, інтересів, здібностей, індивідуальних, психофізіологічних особливостей і потреб галузей економіки.

Професійна адаптація спрямована на забезпечення успішного професійного становлення працюючої особи, формування в неї професійних якостей, установок, потреби активно та творчо працювати.

Професійна орієнтація осіб з інвалідністю у працездатному віці, дітей з інвалідністю здійснюється відповідно до індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю для підвищення їх конкурентоспроможності на ринку праці, визначення можливостей до професійної підготовки, перепідготовки і наступного працевлаштування.

Послуги з професійної орієнтації дітям з інвалідністю надають спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати), загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) за участю, у разі необхідності, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, реабілітаційних закладів.

Професійну орієнтацію осіб з інвалідністю у працездатному віці, які мають бажання працювати і зареєстровані у державній службі зайнятості, може здійснювати державна служба зайнятості.

Держава гарантує особам з інвалідністю право на безоплатне отримання професійної освіти і пов'язане з цим обслуговування відповідно до індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю.

Особи з інвалідністю, діти з інвалідністю з важкими формами інвалідності, які потребують спеціальних умов для одержання

професійної освіти, за своїм бажанням можуть навчатися у спеціальних навчальних закладах чи в навчальних закладах загального типу, де створюються відповідні умови згідно з державними соціальними нормативами, та у разі необхідності – за навчальними програмами, адаптованими для навчання осіб, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку.

У разі неможливості здійснювати професійну освіту осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю у загальних і спеціальних навчальних закладах їх навчання організовується (за їх згодою або за згодою їх законних представників) вдома за індивідуальними навчальними планами, якщо ця форма допускається змістом професійного навчання за визначеною спеціальністю.

Професійна підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікації осіб з інвалідністю, зареєстрованих у державній службі зайнятості, може здійснюватися державною службою зайнятості і підприємствами, установами, закладами, з якими державною службою зайнятості укладені договори.

Професійна реабілітація осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю здійснюється відповідно до індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю та в разі необхідності супроводжується медичним спостереженням за ними.

Професійна адаптація – спрямована на забезпечення успішного професійного становлення працюючої особи, формування в неї професійних якостей, установок, потреби активно та творчо працювати.

Трудова реабілітація – система заходів, розроблених із урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності й адаптацію у виробничих умовах, зокрема шляхом створення спеціально пристосованих робочих місць.

Трудова реабілітація передбачає тренування відновленої моторної здатності з використанням засобів реабілітації для створення особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю умов для праці по можливості у звичайному виробничому середовищі за допомогою індивідуальних заходів.

Три основні цільові напрями трудової реабілітації:
– відновлення порушених функцій опорно-рухового апарату

– пристосування до праці, компенсація функцій при стійких деформаціях, які перешкоджають відновленню повноцінної рухової функції

– професійна орієнтація та перенавчання.

Трудова реабілітація передбачає тренування відновленої моторної здатності з використанням засобів реабілітації з метою створення особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю умов для праці по можливості у звичайному виробничому середовищі за допомогою індивідуальних заходів.

Основні завдання трудової реабілітації (працетерапії, трудотерапії) (згідно з рекомендаціями Комітету експертів ВООЗ, 1964 р.):

– повернення хворому самостійності у повсякденному житті;
– повернення хворого до попередньої роботи, якщо це можливо;
– підготовка хворого до виконання іншої роботи з повним робочим днем відповідно до його працездатності або, якщо це неможливо, підготовка до роботи з неповним робочим днем чи до роботи у спеціалізованому закладі або до неоплачуваної діяльності.

Індивідуальні заходи, що розробляються з урахуванням здібностей і бажань особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, повинні передбачати:

– створення умов для отримання найвищої можливої професійної кваліфікації;

– працевлаштування (професійну освіту, професійні підготовку, перепідготовку, перекваліфікацію), при якому інвалідність якнайменше заважатиме виконанню професійних обов'язків;

– пристосування робочого місця (місця навчання) з урахуванням безпеки й особливих потреб особи з інвалідністю;

– використання спеціальних пристосувань та/або одягу, потрібного у зв'язку з інвалідністю.

Трудова реабілітація осіб із інвалідністю, дітей із інвалідністю здійснюється відповідно до їхніх індивідуальних програм реабілітації та в разі потреби супроводжується медичним спостереженням за ними.

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

Результатом працетерапії є цілеспрямоване виготовлення певного продукту або виконання робочого завдання.

З метою реалізації творчих і виробничих здібностей осіб з інвалідністю та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації їм забезпечується право працювати на підприємствах, в установах, організаціях, а також займатися підприємницькою та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом.

Підприємства, установи і організації за рахунок коштів Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю або за рішенням місцевої ради за рахунок власних коштів, у разі потреби, створюють спеціальні робочі місця для працевлаштування осіб з інвалідністю, здійснюючи для цього адаптацію основного і додаткового обладнання, технічного оснащення і пристосування тощо, з урахуванням обмежених можливостей осіб з інвалідністю.

Відмова в укладенні трудового договору або в просуванні по службі, звільнення за ініціативою адміністрації, переведення особи з інвалідністю на іншу роботу без її згоди з мотивів інвалідності не допускається, за винятком випадків, коли за висновком медико-соціальної експертизи стан його здоров'я перешкоджає виконанню професійних обов'язків, загрожує здоров'ю і безпеці праці інших осіб, або продовження трудової діяльності чи зміна її характеру та обсягу загрожує погіршенню здоров'я осіб з інвалідністю.

Забезпечення прав осіб з інвалідністю на працевлаштування та оплачувану роботу, в тому числі з умовою про виконання роботи вдома, здійснюється шляхом їх безпосереднього звернення до підприємств, установ, організацій чи до державної служби зайнятості.

Підбір робочого місця здійснюється переважно на підприємстві, де настала інвалідність, з урахуванням побажань особи з інвалідністю, наявних у неї професійних навичок і знань, а також рекомендацій медико-соціальної експертизи.

Робоче місце особи з інвалідністю – місце або виробнича ділянка постійного або тимчасового перебування особи під час трудової діяльності на підприємствах, в установах і організаціях.

Спеціальне робоче місце особи з інвалідністю – окреме робоче місце або ділянка виробничої площі, яка потребує додаткових заходів із організації праці особи з урахуванням її індивідуальних функціональних можливостей, зумовлених інвалідністю, через пристосування основного та додаткового устаткування, технічного обладнання тощо.

Підприємства, установи, організації, фізичні особи, які використовують найману працю, зобов'язані виділяти та створювати робочі місця для працевлаштування осіб з інвалідністю, у тому числі спеціальні робочі місця, створювати для них умови праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації і забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, передбачені законодавством, надавати державній службі зайнятості інформацію, необхідну для організації працевлаштування осіб з інвалідністю, і звітувати Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю про зайнятість та працевлаштування осіб з інвалідністю у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Особам з інвалідністю, які не мають змоги працювати на підприємствах, в установах, організаціях, державна служба зайнятості сприяє у працевлаштуванні з умовою про виконання роботи вдома.

Особи з інвалідністю можуть залучатися до оплачуваних громадських робіт за їх згодою.

Мотивація до трудової реабілітації:

1. Фізіологічні стимули:

- потреба у реалізації фізичного потенціалу;
- потреба у реалізації інтелектуального потенціалу.

2. Соціально-економічні стимули:

- оплата праці;
- придбання потрібних товарів;
- поліпшення житлово-комунальних і побутових умов;
- здобуття професійної освіти;
- територіальна і професійна мобільність;
- поліпшення конкурентоспроможності на ринку праці.

3. Виробничі стимули:

- сприятливі санітарно-гігієнічні й організаційні умови праці;
- належні умови відпочинку;

- доброзичливі стосунки з керівництвом;
- сучасна технічна оснащеність виробництва, застосування передових технологій.

4. Психологічні стимули:

- психологічна готовність, бажання працювати, навчатися, освоювати нову професію, спеціальність;
- задоволеність працею;
- відчуття соціальної значимості, корисності своєї праці.

Дозування фізичного навантаження в працетерапії. Величина фізичного навантаження залежить від загального стану пацієнта, локалізації патологічного процесу, об'єму та характеру функціональних порушень, періоду лікування та реабілітації, а також виду працетерапії.

Трудовий режим встановлюється індивідуально для кожного пацієнта. Виділяють п'ять режимів дозування фізичного навантаження в працетерапії (С. В. Трет'яков, 1981 р.):

- 0 – режим тимчасового протипоказання для занять працетерапією;
- 1 – режим палатний (пацієнт замається працетерапією в палаті);
- 2 – режим учнівський (період освоєння рекомендованого виду праці); переведення на інші види праці чи в іншу майстерню; при цьому режимі потрібна найбільша увага фахівця до пацієнта;
- 3 – режим скороченого робочого дня (передбачено надання пацієнтові за медичним показниками скороченого робочого дня на 1 годину в день, додаткових перерв у роботі або завчасного закінчення робочого дня);
- 4 – режим повного робочого дня з обмеженням використовуваних видів роботи (призначається за відсутності здатності особи переходити від нескладної стереотипної операції до інших її видів);
- 5 – режим повного робочого дня. Пацієнт виконує різні трудові операції в певних показаних видах праці, господарської роботи в системі самообслуговування тощо.

Фізкультурно-спортивна реабілітація – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою та спортом функціональних

можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану.

Фізкультурно-спортивна реабілітація спрямовується на підвищення рухової активності, оздоровлення, формування компенсаторних функцій організму і позитивної мотивації в осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю до суспільної адаптації.

Фізкультурно-спортивну реабілітацію, проведення з особами з інвалідністю, дітьми з інвалідністю фізкультурно-оздоровчих і спортивних заходів організовують центральні органи виконавчої влади, що реалізують державну політику у сферах соціального захисту населення, освіти, молоді, фізичної культури та спорту.

Особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю послуги з фізкультурно-спортивної реабілітації реабілітаційними закладами державної і комунальної форм власності надаються безоплатно.

Фізкультурно-спортивна реабілітація осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю здійснюється відповідно до їх індивідуальних програм реабілітації та супроводжується медичним спостереженням за ними.

Психологічна реабілітація здійснюється за наявності психологічних проблем, пов'язаних з інвалідністю особи, у тому числі у сім'ї, та у випадках виявлення порушень та/або відхилень у психічній діяльності, поведінці особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю.

Медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів щодо дітей з інвалідністю) або реабілітаційні заклади проводять психологічну діагностику особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, визначають в індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю методи, засоби, строки і процедуру їх психологічної реабілітації (консультування, корекції, профілактики, професійної освіти), організують психопрофілактичну та психокорекційну роботу з сім'єю особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю.

При здійсненні психологічної реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю з відхиленнями у психічній сфері навчають прийомів, методів саморегуляції, самовиховання, самонавчання з метою зниження в реальних умовах життєдіяльності негативних психічних станів, формування позитивних мотивацій, соціальних установок на життя та професію.

Психологічна допомога в реабілітації – діяльність, спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній і духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги. Психологічну допомогу в реабілітації здійснює клінічний психолог (психолог, психотерапевт) у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Психологічна допомога в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди

Основні завдання надання психологічної допомоги в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди:

- 1) діагностика психологічного стану особи, яка потребує реабілітації, та складення психологічної частини індивідуального реабілітаційного плану;
- 2) надання першої психологічної допомоги особі, яка потребує реабілітації, та членам її сім'ї;
- 3) допомога особі, яка потребує реабілітації, у визначенні та розумінні мети і завдань реабілітації;
- 4) підтримка та відновлення функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній і духовній сферах;
- 5) психотерапія депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових і посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби/травми, участі у бойових діях, надзвичайних ситуаціях, полону, перебування в місцях позбавлення волі тощо;
- 6) допомога особі, яка потребує реабілітації, в установленні життєвих цілей і підтримки досягнутого прогресу реабілітації після закінчення реабілітаційного процесу;
- 7) психотерапія, психоедукація та підтримка особи, яка потребує реабілітації, і членів її сім'ї;
- 8) психотерапія членів сім'ї особи, яка потребує реабілітації, націлена на втому від співчуття й емоційне вигорання;
- 9) робота з іншими членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди щодо психологічної підтримки особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї.

Психологічна адаптація – система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до наявних у суспільстві вимог і критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей цього суспільства.

Психологічна підтримка – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі для оптимізації її психоемоційного стану під час формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному самовизначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямуванню зусиль особи на реалізацію власної професійної кар'єри.

Психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних і педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, вміннями та навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки через здійснення системної навчально-виховної роботи.

Психолого-педагогічний супровід – системна діяльність практичного психолога та корекційного педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум.

Переміщення пацієнта: загальні положення, принципи, застереження, класифікація переміщень

Правила для осіб, які допомагають у пересуванні. Щодо особи (або осіб), яка виконує переміщення людини з інвалідністю, важливо слідкувати за правильною біомеханікою свого тіла та кінцівок, особливо звертати увагу на хребет.

Особа, що здійснює переміщення, зазвичай приймає неправильне положення, яке спричиняє надмірне навантаження на хребет. Часте виконання переміщень у неправильній позі призводить до ушкодження міжхребцевих дисків і болісного захворювання хребта. Остеохондроз, дископатія, кила диску – одні з частих хвороб

реабілітологів, родини, опікунів неповносправних осіб, спричинені неправильною технікою переміщень. Особам, які не досягли 18-річного віку, особливо дівчатам, виконувати переміщення людей із інвалідністю не рекомендовано.

Потрібно дотримуватися таких правил:

- стій на цілій стопі;
- спину тримай прямою, ноги – напівзігнутими, використовуй силу м'язів рук і ніг, а не спини;
- взуття повинне бути стійке, щоб забезпечити надійність позиції;
- дії узгоджуй із особою з інвалідністю та помічником;
- використовуй допоміжні засоби;
- обов'язково залучай помічників.

Медицині застереження. Важливо пам'ятати, що шкіра певної категорії осіб із інвалідністю (зокрема, із пара- та тетраплегією) дуже вразлива до будь-яких подряпин, синців, із яких дуже швидко може розвинутися пролежень. Вони часто не відчують болю, змін температури (при транспортуванні до ванни); у них відсутнє просторове відчуття кінцівок. Деякі особи хворіють на остеопороз, унаслідок чого при неправильному транспортуванні існує ризик переломів кінцівок. При послабленні опорно-рухового апарату є небезпека вивихів у суглобах.

При переміщенні осіб із пошкодженням спинного мозку треба звернути увагу на таке явище, як спастика (надмірний тонус м'язів; опір до руху, залежний від швидкості розтягу м'язів), під дією якої людина у візку буквально може вислизнути з рук і впасти на землю, а також на контрактури (обмеження амплітуди руху в суглобі), враховуючи які може виникнути потреба зміни методу переміщення.

Класифікація переміщень:

- на ліжку (з боку на бік, на живіт, угору, вниз, у положення сидячи з прямими та зігнутими ногами);
- на крісло колісний засіб пересування і навпаки (з ліжка, крісла, підлоги, ванни, туалету, душу);
- безпосереднє переміщення у візку (допомога у долатті архітектурних перешкод – порогів, бордюрів, переїздів, похилих поверхонь, сходів);
- переміщення у транспорт (машину, мікроавтобус, автобус, трамвай, поїзд, літак);

– переміщення в басейн і навпаки.

Також потрібно розрізняти переміщення від стадії реабілітації:

– в гострому періоді лікування травми (захворювання) до одного місяця;

– у підгострому періоді до трьох місяців;

– у відновному періоді до шести місяців;

– у стабільному періоді більше як шість місяців після травми чи захворювання.

Переміщення і транспортування виконують одна або дві особи, деколи більше, особливо у гострому періоді захворювання чи травми. Якщо є можливість задіяти двох і більше осіб, не варто випробовувати міцність свого хребта та піддавати небезпеці людину у візку, переміщуючи її одному. Потрібно реально оцінювати власні сили та можливості.

Щоб уникнути зайвих маневрів при транспортуванні людей з інвалідністю, потрібно намітити найкоротший шлях, яким можна здійснити переміщення, та відповідно до цього підготувати крісло колісний засіб пересування.

Коли переміщення здійснюють дві особи, стоячи з боків пацієнта, вони повинні бути одного зросту. При переміщеннях іншим способом волонтер, який стоїть за спиною неповносправної особи, має бути вищим і сильнішим від того, що стоїть попереду.

Якщо переміщення виконується без допомоги пацієнта і його виконують декілька осіб, потрібно визначитися, хто серед них буде лідером-керівником, зможе віддавати чіткі команди всім, хто бере участь у процесі транспортування, і вести рахунок. Якщо особа, яку транспортують, добре обізнана і зможе допомогти, то вона зможе сама керувати або вести рахунок під час переміщення, але про це потрібно завчасно домовитися з волонтерами.

Якщо волонтер чи опікун при переміщенні просто страхує особу з інвалідністю, важливо не стояти у неї на дорозі, не заважати.

Якщо, крім транспортування, потрібно нести інші предмети (наприклад, парасольку чи пакунок), варто визначити, хто відповідатиме за це. У жодному разі не можна допускати, щоб це виконувала одна особа.

Важливо пам'ятати, що завжди потрібно оцінювати спроможність людини у крісло колісному засобі пересування до мобілізації і

допомагати їй тільки в діях, які вона не може виконати самотужки. Особу з інвалідністю треба заохочувати до мобілізації власних сил і співпрацювати з нею під час опікунської діяльності. Надмірне піклування може призвести до зверхності опікуна щодо людини з інвалідністю, підірвати її ініціативність і виробити в неї відчуття власної неповноцінності.

У багатьох випадках перед тим, як переміщати пацієнта, потрібно запитати, до якої техніки переміщень вона звикла або яка техніка їй більше вдається, чи не має ця людина болісних місць. Реабілітолог (асистент, волонтер) й особа, яку переміщують повинні мати постійний контакт, співпрацювати між собою. Співпраця під час переміщень – запорука безпечного і фахового транспортування.

При переміщеннях і транспортуваннях потрібно враховувати:

- рівень пошкодження (шийний, грудний, поперековий) або важкість захворювання;
- маса тіла людини у крісло колісному засобі пересування;
- відстань, на яку переміщуємо особу;
- пошкодження шкірних покривів, щоб не збільшити їх;
- спастичку, контрактури, болі в суглобах і м'язах (наприклад, в осіб із тетраплегією особлива болючість у плечових суглобах);
- вік особи;
- мобільність й активність людини, досконалість володіння засобом пересування (попередження гіперопіки);
- модель і справність засобу пересування (активний чи звичайний, перевірити кріплення ручок на спинці та гальма);
- висоту порогів, бордюрів, крутизну сходових маршів, рівномірність висоти та довжини сходинок;
- небезпеку в середовищі, де виконується переміщення (вода на підлозі, слизька бруківка, зайві речі в оточенні, дуже людне місце тощо).

Переміщення із положення лежачи у положення сидячи

Через положення лежачи на боці. Фахівець повертає пацієнта на бік лицем до себе. Одну руку просовує під плече ближче до лопатки, кладе її голову собі на передпліччя, другу руку – на виступ тазової кістки. За командою один із асистентів піднімає пацієнта за плече, одночасно натискаючи на таз; другий, беручи ноги під колінами, опускає їх на підлогу, створюючи т. зв. ефект «важеля».

Таким способом фахівець виконує переміщення у положення сидячи, одночасно піднімаючи за плече й опускаючи ноги на підлогу (звернути увагу на пряму спину під час переміщення).

Через положення сидячи з прямими ногами. Фахівці підходять із різних боків до пацієнта, коліном однієї ноги спираються на ліжко, друга нога залишається на підлозі. Однією рукою беруть вище ліктя, другу просовують під лопатку (у випадку травми чи захворювання шийного відділу хребта, особливо у гострому періоді, один із волонтерів просовує свою руку під дальню лопатку, інший підтримує голову за потилицю) і за командою піднімають у положення сидячи з прямими ногами, використовуючи при цьому силу м'язів рук і ніг, а не спини. Далі один із волонтерів підтримує особу з інвалідністю за плечі, інший, обхоплюючи ноги під колінами, опускає їх на землю.

Переміщення на крісло, колісний засіб пересування і навпаки
За допомогою двох осіб. Перш ніж здійснити таке переміщення, крісло розміщують під кутом 45° до ліжка, ставлять його на гальма та знімають боковинку. Вищий і сильніший волонтер стає зі спини особи, яку переміщують, спираючись одним коліном на ліжко. Просовуючи свої руки під пахви, він міцно обхоплює передпліччя та притискає їх до грудей. Другий помічник стає спереду і бере руками ноги особи, яку переміщують, під коліна. За командою волонтери спочатку переміщують пацієнта на край ліжка і тільки після цього переносять у крісло.

Транспортування навпаки виконується у зворотному порядку.
За допомогою однієї особи. Фахівець підвозить пацієнта у крісло колісному засобі під кутом 45° до ліжка, знімає боковинку, ставить крісло колісний засіб на гальма, розвертає малі коліщата уперед, щоб збільшити площу опори. Помічник, беручи однією рукою за стегно знизу, другою – за таз зі спини, висуває ближче до краю крісла, знімає ноги з підніжки і ставить на підлогу. Після цього асистент фіксує своїми ногами коліна пацієнта, нахиляє його тулуб і голову в протилежний від напрямку переміщення бік й обхоплює руками сідниці (або бере за штани, якщо вони міцні). Руки пацієнта можна розмістити на своїх колінах або навколо тулуба асистента. Далі асистент подає на себе пацієнта, відриваючи його сідниці від поверхні крісла, і переміщує на ліжко, повертаючись на стопах.

У випадку, коли пацієнт не може нахилитися уперед, використовується цей же метод, тільки його голова лежить на плечі асистента.

Переміщення з крісла колісного засобу на підлогу і навпаки. Фахівці стають зі спини і спереду пацієнта. Вищий і сильніший асистент має бути за спиною пацієнта. Для того, щоб не заважали підніжки, їх можна розвернути, а якщо дозволяє конструкція крісла колісного засобу взагалі зняти. Асистент, що стоїть за спиною, просовує свої руки під пахви пацієнта, міцно обхоплює передпліччя та притискає їх до грудей. Інший асистент, який перебуває спереду, захоплює ноги під коліна. За командою одночасно піднімають пацієнта з крісла колісного засобу, переносять над колесами і, згинаючи ноги та тримаючи спину прямою, опускають на підлогу. При транспортуваннях потрібно звертати особливу увагу на сідниці пацієнта і повільно, м'яко опускати його на поверхні.

Переміщення назад у крісло виконується у зворотному порядку.

Якщо фахівці-реабілітологи стоять із обох боків пацієнта, то перед початком переміщення треба продумати найкоротший шлях транспортування та відповідно розмістити крісло колісний засіб. Двоє фахівців підходять із обох боків пацієнта. Однією рукою, просовуючи її під пахву пацієнтові, беруть його за передпліччя, другою рукою захоплюють ногу під коліном. Пацієнт, якого переміщують, притискає руки до грудей. За сигналом одночасно піднімають особу з крісла, роблять два приставні кроки уперед й опускають її на підлогу, згинаючи свої ноги в колінах і тримаючи спину прямою.

Переміщення назад у крісло виконується у зворотному порядку.

Австралійський метод переміщення. Цей спосіб використовують для переміщення на значні відстані. Двоє волонтерів підходять із обох боків особи, яка сидить у кріслі, і стають одним коліном на підлогу. Ближчу до пацієнта з інвалідністю руку вони просовують під сідниці. Стегна особи, яку переміщують, мають бути на передпліччях волонтерів. Після цього помічники блокують тулуб пацієнта, стискаючи його з обох боків, і разом, за командою, встають, використовуючи силу м'язів ніг і рук, а не спини. Одна рука у волонтерів залишається вільною, щоб підстрахувати людину за спину чи відсунути предмет, що заважає на шляху переміщення.

Допомога у доланні бордюрів

Допомога при заїзді на тротуар лицем уперед. При виїзді на тротуар обличчям уперед пацієнт під'їжджає до бордюру передом. Волонтер переводить крісло колісний засіб у позицію балансування на задніх колесах і ставить передні коліщатка на тротуар. Одну ногу, яка має бути напівзігнута, помічник ставить упритул до крісла, друга – позаду. Притискаючи крісло до бордюру, помічник викочує його рухом уперед – догори на тротуар. У жодному разі не можна піднімати крісло колісний засіб за ручки вгору, відриваючи його від поверхні бордюрного каменю.

Допомога при заїзді на тротуар спиною вперед на балансі. Особа під'їжджає до бордюру спиною вперед. Волонтер перебуває на тротуарі. Одну ногу, яка має бути напівзігнута, він ставить на безпечній відстані від крісла колісного засобу, друга – позаду. Далі волонтер переводить крісло у позицію балансування і за командою витягує його на бордюр рухом назад – угору, одночасно переносячи масу тіла на ногу, яка далі від крісла. Помічник повинен відкотити крісло колісний засіб у позиції балансування на безпечну відстань від краю бордюру, щоби передні коліщатка могли впевнено розміститися на тротуарі (попередження випадіння особи з крісла уперед).

Як і в попередньому способі, в жодному разі не можна піднімати крісло за ручки вгору, відриваючи його від поверхні бордюру.

Цей спосіб добре використовувати, коли між бордюром каменем і тротуарною плиткою є великий і глибокий шов або ямка (при виїзді передом малі коліщатка можуть застрягнути і заблокувати крісло).

Заїзд передом за допомогою руки волонтера. При невисоких бордюрах помічник може допомогти виїхати особі на крісло колісному засобі пересування на тротуар, подавши руку. Волонтер стоїть на тротуарі лицем до неї. Одну ногу, яка має бути напівзігнута, він ставить збоку від підніжки крісла, другу – позаду так, щоб на неї не наїхали колеса. Особа на кріслі однією рукою міцно бере помічника за передпліччя, другою крутить колесо уперед і за допомогою волонтера, який тягне на себе, виїжджає на тротуар. Таке переміщення потребує чітких і впевнених дій, щоб уникнути витягнення та падіння людини з крісла колісного засобу пересування.

Цей метод не дуже підходить особам із інвалідністю, які погано контролюють тулуб і мають слабкі руки (наприклад, із тетраплегією).

Допомога при з'їзді з тротуару лицем уперед на балансі. Особа під'їжджає передом до краю бордюру. Волонтер підходить зі спини і за ручки чи задню перекладину крісла приводить його у позицію балансування. Тримаючи спину прямою і згинаючи ноги в колінах, помічник повільно та рівномірно, стримуючи крісло колісний засіб, скочує його вниз. Задні колеса мають досягнути землі першими й одночасно і тільки після них – передні коліщата.

Допомога при з'їзді з тротуару спиною вперед. Особа під'їжджає спиною вперед перпендикулярно до краю тротуару. Волонтер підходить зі спини, береться за ручки або задню перекладину крісла і просить людину ледь нахилитись уперед. Нога помічника, що стоїть ближче до засобу пересування, повинна бути напівзігнута і на безпечній відстані від нього (щоб не опустити крісло собі на ногу), друга нога – позаду. Помічник у повільний спосіб, стримуючи крісло, скочує його так, щоб задні колеса одночасно торкнулися землі. Людина у кріслі може допомогти при з'їзді з тротуару, сповільнюючи спуск стисканням обручів коліс.

Допомога при переміщеннях по пандусу

Угору. Людина у крісло колісному засобі пересування під'їжджає лицем уперед до краю пандуса. Волонтер стає позаду і виставляє передні коліщата на похилу поверхню. Особа у кріслі нахиляється уперед, береться за обручі коліс і за командою приводить крісло у рух, обертаючи кола уперед. Помічник за ручки рівномірно підштовхує його зі спини, йдучи слідом.

Донизу. Найбезпечніше здійснювати спуск по пандусу спиною вперед. Людина у кріслі під'їжджає до краю похилої поверхні, нахиляється уперед і захоплює обручі коліс. Волонтер стає позаду і береться за ручки або задню перекладину крісла. Легко потягнувши його на себе, помічник починає спуск по пандусу. Рівномірно стримуючи крісло від швидкого скочування за ручки, волонтер робить поступальні кроки назад. Людина у кріслі може сповільнювати спуск, стримуючи колеса за обручі.

Донизу на балансі. Існує ще один спосіб транспортування по пандусу вниз – лицем уперед на балансі. Особа на кріслі під'їжджає

передом до краю похилої поверхні. Волонтер за ручки переводить крісло на колісний засіб у позицію балансування і поштовхом уперед переміщує його на початок пандусу. Утримуючи на балансі, помічник із прямою спиною котить засіб пересування по схилу вниз, одночасно стримуючи його від надто стрімкого пересування. Подолавши спуск і виїхавши на рівну поверхню, помічник опускає крісло на передні коліщата.

Допомога у доланні сходів Спуск униз за допомогою двох осіб. Спуск пацієнта по сходах можуть здійснювати двоє волонтерів. Особа у кріслі під'їжджає до краю сходового маршу передом. Сильніший помічник стає позаду крісла, приводить його у позицію балансування і, тримаючи спину прямою та згинаючи ноги в колінах, поволі скочує на сходинку. Водночас інший волонтер, тримаючи крісло за раму спереду, сповільнює його спуск. Після переміщення крісла донизу волонтери фіксують його, притискаючи до сходів, і тільки після цього разом опускаються на сходинку нижче. Цей цикл повторюється при з'їзді на кожен наступну сходинку. Для здійснення такого переміщення взуття помічників має бути зручним, дії – узгодженими, спини – прямими.

Якщо особа, яку транспортують, добре обізнана з цією технікою, вона може сама керувати або вести рахунок під час переміщення, але про це потрібно завчасно домовитися з волонтерами.

Виїзд догори спиною вперед за допомогою двох осіб. Щоб здійснити переміщення сходами догори, людина у кріслі колісному засобі під'їжджає спиною до сходів. Сильніший волонтер стає позаду крісла і переводить його у позицію балансування. Одну ногу, яка має бути напівзігнута, ставить на сходинку вище від крісла (щоби не витягнути його собі на ногу), друга нога – позаду. Інший волонтер стає спереду крісла і береться руками за раму (не бажано триматися за підніжки крісла). За командою помічник за спиною особи у кріслі, випрямляючи ноги та тримаючи спину прямою, рухом назад – догори викочує крісло на сходинку. Водночас другий волонтер штовхає крісло знизу. Після переміщення крісла помічники фіксують його, притискаючи до сходів. Після цього разом піднімаються на одну сходинку вище і повторюють попередні дії.

Особа, якій допомагають переміщуватись може сама керувати процесом переміщення, але про це потрібно завчасно повідомити волонтерів.

Спуск спиною вперед. Для переміщення цим способом досить допомоги одного волонтера. Особа під'їжджає до краю сходового маршу спиною вперед. Однією рукою вона береться за поруччя, другою – за обруч колеса і трохи нахилиється уперед. Волонтер стає позаду крісла і береться за його ручки або задню перекладину. Між візком і ногою помічника, яка ближча до коліс, одна сходинка має бути вільною (щоб не опустити крісло собі на ногу). Друга нога – позаду. Волонтер повільно, стримуючи крісло, скочує його так, щоб задні колеса одночасно торкнулися наступної сходинки, і фіксує його. Після цього переходить нижче і повторює попередній цикл. Особа у кріслі сповільнює скочування, тримаючись за поруччя й обруч колеса.

Виїзд догори спиною вперед. При підйомі сходами спершу треба перевірити чи добре зафіксовані ручки крісла. Особа під'їжджає спиною до сходів, однією рукою береться за поруччя, другою захоплює обруч колеса. Волонтер підходить зі спини людини, береться за ручки або задню перекладину крісла та ставить його у позицію балансування. Одну ногу, яка має бути напівзігнута, ставить на сходину вище від крісла (щоби не витягнути його собі на ногу), друга нога – позаду. За командою помічник викочує крісло догори і фіксує на сходинці. Людина у кріслі допомагає волонтерові, підтягуючись рукою за поруччя і крутячи колесо вгору. Волонтер повинен витягувати крісло м'язами рук і ніг, а не спини.

Переміщення через трамвайну лінію чи залізничну колію. Найзручніше транспортувати людину у кріслі через колію спиною вперед на балансі. Особа під'їжджає перпендикулярно до рейок. Помічник стає позаду крісла і, беручись за ручки, переводить його у позицію балансування. На рахунок волонтер, тримаючи ноги напівзігнутими та спину прямою, тягне крісло рухом назад, слідкуючи за одночасним перекочуванням задніх коліс через перешкоду. Повністю перетнувши колію, помічник опускає крісло на передні коліщата. Особа у крісло колісному засобі може допомогти подолати рейки, крутячи обручі коліс назад, але про це потрібно завчасно домовитися з волонтером.

Переміщення у потяг. Якщо вагон не обладнаний підйомником, для посадки можна використати задній тамбур, який має ширший прохід до вагона. Посадка здійснюється по сходах вагона чи без підняття підніжки тамбура (залежить від ширини крісла). Особа під'їжджає до вагона спиною вперед. Два сильні волонтери однакового зросту підходять із обох боків і захоплюють однією рукою раму, а другою – ручки або задню перекладину крісла. Третій волонтер стоїть у тамбурі. На рахунок двоє помічників, тримаючи спину прямою, піднімають крісло до рівня підніжки вагона, а третій захоплює його за ручки і заочує в тамбур. Особа у кріслі може допомогти волонтерам, підтягуючись за поруччя вагона.

Висадка з потяга здійснюється у зворотному порядку.

Транспортування в коридорі вагона до купе. Якщо двері та коридор вагона вузькі, сильніший волонтер у тамбурі знімає одне або навіть два колеса і транспортує крісло на передніх коліщатах спиною вперед. Інший помічник несе колеса. Біля купе волонтери приєднують колеса (якщо дозволяє ширина), щоб було зручно пересісти на полицю.

Тести для визначення ступеня оволодіння студентами потрібними теоретичними положеннями

1.	Проаналізуйте, з якою метою проводять працетерапію як засіб лікування та реабілітації працею: 1) відновлення порушених функцій і працездатності; 2) створення суспільно необхідних засобів; 3) створення нових робочих місць на підприємстві; 4) адаптація робочого місця до потреб осіб із інвалідністю; 5) комплексне обстеження ОРА осіб із інвалідністю.
2.	Визначте основний засіб працетерапії: 1) теренкур; 2) дренажні положення; 3) трудові рухи і процеси; 4) загальнозміцнювальні вправи; 5) спеціально направлені рухи і вправи.

ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ
ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

3.	Проаналізуйте й оберіть основний результат працетерапії: 1) цілеспрямоване виготовлення певного продукту; 2) збільшення амплітуди рухів у суглобах; 3) збільшення сили м'язів; 4) покращення координації рухів; 5) працевлаштування на новому робочому місці.
4.	Який стан не належить до протипоказань до працетерапії: 1) захворювання в гострій стадії; 2) контрактури; 3) запальні захворювання у фазі загострення; 4) схильність до кровотечі; 5) злоякісні новоутворення.
5.	Який вид працетерапії не виділяють в окрему групу: 1) професійний; 2) відновний; 3) загальнозміцнювальний; 4) тонізуючий; 5) седативний.
6.	Які основні зміни відбуваються під впливом загальнозміцнювальної працетерапії: 1) особа знаходить нове місце роботи; 2) закладаються психологічні передумови наступного відновлення працездатності; 3) на підприємстві створюють спеціальні умови праці; 4) відбувається підготовка до реконструктивних хірургічних втручань; 5) особа здобуває нову професію.
7.	Визначте основне завдання працетерапії: 1) повернути особу до самостійності у повсякденному житті; 2) пришвидшити перехід гострої стадії захворювання в хронічну; 3) забезпечити диспансерне спостереження за особою, яка проходить курс реабілітації; 4) матеріальний заробіток для подальшого санаторно-курортного лікування;

	5) моніторинг за виконанням розвивальних вправ.
8.	Визначте основний показ до працетерапії: 1) загроза кровотечі; 2) підозра на злоякісну онкопатологію; 3) травми та захворювання ОРА; 4) серцево-судинні захворювання у гострій стадії; 5) ранній післяопераційний період.
9.	Проаналізуйте варіанти відповідей і виберіть правильну: психотерапевтична дія працетерапії не проявляється у: 1) мобілізації вольових якостей; 2) зосередженні уваги на трудовому процесі; 3) відвертанні думок про хворобу та її можливі наслідки; 4) появі надії та сподівання на одужання; 5) умінні користуватися протезами.
10.	Визначте термін проведення професійної працетерапії: 1) на початковому етапі реабілітації; 2) на заключному етапі реабілітації; 3) впродовж усього періоду реабілітації; 4) як метод підготовки до комплексної програми реабілітації; 5) на робочому місці після завершення реабілітації.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ. ОСОБЛИВОСТІ ПАРТНЕРСТВА ТА РОБОТИ В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІЙ КОМАНДІ. АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ

Зміст теми:

1. Права громадянина України на охорону здоров'я.
2. Права осіб, яким надається реабілітаційна допомога.
3. Права осіб із інвалідністю при проведенні реабілітації.
4. Право на таємницю про стан здоров'я.
5. Лікарська таємниця.
6. Визначення поняття «ятрогенія».
7. Обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я.
8. Обов'язки осіб, яким надається реабілітаційна допомога.
9. Оцінка медичних технологій. Оцінка ефективності фізичної терапії
10. Традиційна та нетрадиційна медицина.
11. Галузеві стандарти в сфері охорони здоров'я.
12. Визначення понять «телемедицина», «телереабілітація».
13. Оцінка ефективності реабілітації та основні показники якості реабілітаційної допомоги.
14. Професійні обов'язки фахівців із реабілітації.
15. Біоетика у процесі реабілітації.
16. Визначення поняття «академічна доброчесність».
17. Принципи академічної доброчесності.
18. Основні види порушень академічної доброчесності.
19. Основні види відповідальності здобувачів освіти за порушення академічної доброчесності.
20. Механотерапія.
21. Види контролю у фізичній терапії та ерготерапії.

Права громадянина України на охорону здоров'я передбачають:

- а) життєвий рівень, зокрема їжу, одяг, житло, медичний догляд і соціальне обслуговування та забезпечення, який потрібен для підтримання здоров'я людини;
- б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє середовище;

- в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;
- г) безпечні та здорові умови праці, навчання, побуту й відпочинку;
- г) кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу, зокрема вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, закладу охорони здоров'я;
- д) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, зокрема наявні та можливі чинники ризику та їх ступінь;
- е) участь в обговоренні проєктів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;
- є) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- ж) можливість об'єднання в громадській організації для сприяння охороні здоров'я;
- з) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я;
- и) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- і) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів й органів охорони здоров'я;
- ї) можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або порушувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я порушуються права громадянина України на охорону здоров'я;
- й) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса й адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду;

к) інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги із застосуванням телемедицини і телереабілітації.

Особи, яким надається реабілітаційна допомога, їхні законні представники мають право брати участь у реабілітації в таких формах:

1) обирати реабілітаційний заклад, відділення, підрозділ, фахівців з реабілітації з урахуванням їх спеціалізації;

2) отримувати від фахівців з реабілітації вичерпну інформацію у доступній формі про свої права, обов'язки, наявні обмеження повсякденного функціонування, результати реабілітаційного обстеження, умови та форми реабілітаційної допомоги;

3) ознайомлюватися з документами щодо реабілітації;

4) брати участь у визначенні мети та завдань реабілітації, складанні індивідуального реабілітаційного плану та внесенні змін до них;

5) інших формах участі, не заборонених законодавством.

Особи, яким надається реабілітаційна допомога, їхні законні представники під час проведення реабілітації мають право на:

1) гідне та гуманне ставлення з боку фахівців із реабілітації, працівників реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів й інших суб'єктів реабілітації;

2) захист персональних даних, дотримання режиму інформації з обмеженим доступом і збереження лікарської таємниці;

3) захист своїх прав і законних інтересів, зокрема в судовому порядку;

4) відмову від проведення реабілітації на будь-якому етапі надання реабілітаційної допомоги;

5) інші права, передбачені законодавством.

Основні права осіб із інвалідністю при проведенні реабілітації:

– поважливе і гуманне ставлення з боку працівників реабілітаційних закладів;

– вибір виду реабілітації і реабілітаційного закладу;

– отримання інформації про свої права, обов'язки, умови та форми здійснення реабілітаційних заходів;

– відмову від реабілітаційних заходів;

– конфіденційність інформації особистого характеру, зокрема стосовно особливостей і характеру ураження здоров'я;

– захист своїх прав і законних інтересів, зокрема в судовому порядку.

Особи з інвалідністю, законні представники дітей з інвалідністю мають право брати участь у розробці реабілітаційних заходів. Законні представники дітей з інвалідністю мають право брати участь у процесі проведення реабілітаційних заходів.

При здійсненні реабілітаційних заходів діти з інвалідністю користуються всіма правами, визначеними в цій статті для осіб з інвалідністю. Права дітей з інвалідністю реалізуються за рішенням чи за участі їх законних представників.

Особи з інвалідністю, діти з інвалідністю, які проходять реабілітацію в реабілітаційних закладах, забезпечуються безоплатним транспортним обслуговуванням у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері соціального захисту населення.

Право на таємницю про стан здоров'я. Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз і методи лікування пацієнта.

Лікарська таємниця. Медичні працівники й інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд і їх результати, інтимну та сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, зокрема у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність.

Ятрогенія (за визначенням ВООЗ) – це будь-який небажаний або несприятливий наслідок профілактичних, діагностичних, терапевтичних втручань або процедур, які спричинили порушення функцій організму, обмеження звичної діяльності, інвалідність або смерть.

Обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я. Громадяни України зобов'язані:

а) піклуватися про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;

б) у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди та робити щеплення;

в) вживати заходи для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які перебувають у невідкладному стані, згідно із Законом України «Про екстрену медичну допомогу»;

г) виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Особи, яким надається реабілітаційна допомога, їхні законні представники під час проведення реабілітації зобов'язані:

1) надавати фахівцям із реабілітації об'єктивну інформацію, потрібну для надання реабілітаційної допомоги;

2) дотримуватися законних методичних настанов, інструкцій, рекомендацій фахівців із реабілітації;

3) на вимогу фахівця з охорони здоров'я надавати інформацію, дотичну до реабілітації.

Оцінка медичних технологій – експертиза медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем і проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням.

Традиційна медицина – це лікування у лікарів, а нетрадиційна – це різні альтернативні методи лікування (цілителі, екстрасенси, лікування травами та ін.). До нетрадиційної медицини прийнято відносити і народну. Хоча насправді всі народні альтернативні методи лікування і є справжнісінька традиційна медицина, адже саме вона ровесниця людства, саме її методи застосовувалися для лікування недуг задовго до появи офіційної медицини, яку зараз прийнято вважати традиційною.

Традиційна медицина ґрунтується на наступних принципах:

– науковість. Всі вживані методики лікування повинні бути обґрунтовані з точки зору науки. Все, що в рамки науки не вкладається – антинауково;

– ефективність. Ефективність застосовуваної методики повинна бути доведена у результаті лабораторних досліджень;

– прагматичність. Краще менше, але безпечніше. Якщо можна досягти найменшого, але більш безпечного ефекту, то слід віддати перевагу цьому методу, ніж ризикувати здоров'ям пацієнта для досягнення максимального ефекту лікування;

– відтворюваність. Методика лікування та реабілітації повинна відтворюватися всюди і завжди, незалежно від зовнішніх супутніх чинників.

Нетрадиційна медицина – це все, що не визнано традиційною. Уринотерапія, гомеопатія, аюрведа, народна медицина та інші – усі ці методики не знаходять наукового обґрунтування, не мають даних з клінічних досліджень, не визнані традиційними. Але вони допомагають людям, мають відсоток ймовірності вдалого або невдалого результату лікування та реабілітації, показання та протипоказання, а отже, мають право на існування поряд із традиційними методами лікування, реабілітації.

Нетрадиційна медицина, яка упродовж століть вважалася непотрібною і антинауковою, наразі створює потужну конкуренцію науковим методам лікування та реабілітації, натякуючи на те, що у житті завжди є місце диву.

До альтернативних (нетрадиційних) методів реабілітації належать:

– анімалотерапії (від лат «*animal*» – тварина) – лікування та реабілітація за допомогою тварин, які пройшли спеціальну підготовку. Види анімалотерапії: іпотерапія, дельфінотерапія, каністерапія.

– рефлексотерапія;

– фітотерапія;

– арттерапія;

– кольоротерапія;

– гірудотерапія.

Рефлексотерапія – метод фізичного впливу на точкові ділянки поверхні тіла людини. Під впливом виникає імпульс, який передається у відповідні нервові центри, а далі – в ушкоджений орган, активізуючи систему самовідновлення.

Види рефлексотерапії:

– акупунктура (голкотерапія);

– манопресопунктура (точковий масаж);

– вакуумпресопресура (вакуум-терапія, вакууммасаж);

- термопресура;
- кріопресура;
- електроакупунктура;
- магнітопресура;
- гемопунктура (інфрачервоне опромінювання);
- лазеропунктура;
- введення медичних препаратів в активні точки. Завдання рефлексотерапії:
 - відновлення та покращення функції опорнорухового апарату;
 - корекція розладів мовлення;
 - зменшення больового синдрому;
 - покращення інтелектуально-мнестичних функцій. Показання до рефлексотерапії:
 - вертеброгенні синдроми;
 - невропатії, зокрема лицьового нерва;
 - мігрень;
 - неврози, депресії, порушення сну;
 - парези, паралічі;
 - ДЦП;
 - реабілітація після травм;
 - паркінсонізм.

Фітотерапія. Рослинні препарати використовують і як самостійний метод лікування, відновлення здоров'я так і в комплексі з іншими медикаментозними засобами.

Переваги методу фітотерапії:

- тривалість використання;
- широкий спектр дії;
- м'який ефект;
- невелика кількість ускладнень і побічних проявів.

Арттерапія. Різновид психотерапії, психокорекція, що заснована на використанні видів мистецтва з метою покращення психоемоційного стану.

Показання для арттерапії:

- тривалий стресовий стан;
- депресії;
- підвищена дратівливість, агресія;

– допоміжний метод, що посилює ефективність відновлювальної терапії.

Форми методу:

- індивідуальний;
- груповий;
- самостійний (у домашніх умовах). Різновиди методу:
- танцювальна терапія;
- образотворче мистецтво;
- музикотерапія;
- ліпка (скульптура);
- фототерапія;
- казкотерапія;
- лялькотерапія й ін.

Переваги арттерапії:

- легкість, доступність, відсутність протипоказань;
- невербальний метод;
- значно поліпшує контакт із пацієнтами;
- мобілізує творчі сили людини, дає позитивний емоційний заряд.

Гірудотерапія. Механізм дії: при укусі п'явка виділяє в кров антикоагулянт – гірудин, що знижує згортання крові, активізує лімфовідтік, підвищує імунітет, покращується кровообіг, тканини звільняються від продуктів розпаду.

Показання до гірудотерапії:

- остеохондроз;
- головний біль;
- залишкові явища після травми головного мозку;
- підвищений артеріальний тиск;
- невропатії, зокрема лицьового нерва;
- невралгії;
- синдром Рейно. Протипоказання до гірудотерапії:
- вагітність;
- три місяці після операцій;
- анемія, гемофілія;
- онкологічні захворювання.

Механотерапія (від грец. *mechane* – машина й *therapeia* – терапія)

- метод лікування та реабілітації фізичними вправами на

спеціально сконструйованих апаратах. Дія апаратів має точну спрямованість і суворе дозування рухів із метою відновлення ослаблених або ускладнених рухів у суглобах і зміцнення сили м'язів.

Основоположником механотерапії був шведський лікар-ортопед Густав Цандера (29 березня 1835 р. – 17 червня 1920 р.). Сутність цього методу зводилася до пристосування механічних апаратів до стимулювання діяльності м'язів різних частин людського тіла, причому в деяких випадках це досягалося без зусиль із боку хворого. Свого часу автор писав: «...зберігають сили в пацієнта, і в той же час без будь-якого з його сторони зусилля на м'язи діють механічно, методом трусіння, валяння, штовхання, погладжування, вібрації, що особливо корисно для дітей і людей похилого віку, які через фізичні вади не можуть займатися звичайною гімнастикою».

Механотерапія бере початок із далекого IV ст. н. е., зі Стародавнього Риму, коли тодішній місцевий лікар Каеліус Ауреналіус (Caelius Aurelianus) запропонував використовувати для реабілітації разом із фізичними вправами, лікувальним масажем і ваннами примітивні мініконструкції для пасивних рухів у суглобах.

1837 р. в Кракові (Республіка Польща) хірург Людвіг Бирковський заснував гімнастико-ортопедичну установу, а через чотири роки Теофіл Матецький відкрив подібний заклад у Познані.

1857 р. фізіотерапевт, ортопед, професор анатомії Упсальського університету Гюстав Зандер представив широкій лікарській і науковій громадськості низку своїх апаратів-винаходів із дерева, шкіри та металу, які давали змогу точно дозувати вправи на окремі групи хворих м'язів і суглоби. Його апарати поділялись на три групи:

- для активних рухів (за принципом двоплечового важеля з підвісною вагою),
- для пасивних рухів (за рахунок електрики змушували хворого виконувати низку рухів без зусиль із його боку),
- спеціальні (для витягування хребта в дітей зі сколіозом).

Із ініціативи Гюстава Зандера 1865 р. в Швеції було засновано медикомеханічний інститут, де проводили дослідження з впливу фізичних вправ на різноманітні відхилення в роботі опорно-рухового апарату людини.

1904 р. в Лозанні (Швейцарія) лікар Чарльз Шольдер започаткував власний ортопедичний інститут і створив апарат «Arthromotor», який досі дає змогу виконувати пасивні й активні рухи в суглобах, точно встановлювати кількість рухів на хвилину та може підлаштовуватися під початкове положення травмованої кінцівки.

1866 р. в Польщі вийшла друком наукова праця Й. Вагнера «Гімнастика домашня». Вона виявилася настільки популярною, що тричі була розтиражована.

Багато механотерапевтичних апаратів винайшов німецький лікар М. Герц. Це, зокрема, апарати: 1) опору; 2) для гімнастики із самоопором; 3) для активних рухів; 4) для пасивних рухів; 5) вібраційні апарати.

1957 р. німецький лікар М. Крукенберг винайшов і почав застосовувати апарати для активних рухів із маятниками, причому маятники були різної довжини й обтяжувалися вантажем. Він використовував переносні апарати для пальцевих, променево зап'ястного та ліктьового суглобів, розробив для всіх маятникових апаратів нерухомі штативи; у більшості його апаратів застосовувалися підшипники. Крукенбергівські апарати використовували для впливу на найрізноманітніші суглоби.

Із 1886 р. механотерапія почала активно розвиватися і в Україні. У Києві, а пізніше в Харкові, Одесі, Миколаєві та Євпаторії було створено своєрідні «Зандеровські інститути» для в і д н о в л е н - н я функцій суглобів і м'язів після травматичних ушкоджень і при ревматизмі, а також при захворюваннях серця та судин для багатіїв. 1901 р. А. Габричевський, доцент хірургії ортопедії, відкрив у Львові ортопедичну установу, де проводили лікування рухом, зокрема за допомогою механотерапевтичних апаратів.

Починаючи з 1918 р. механотерапію активно використовували в лікуванні та реабілітації широкого населення відповідно до директиви про державне курортносанітарне оздоровлення робітників і селян.

Упродовж 1920–1925 рр. було відкрито Український (Київський), Феодосійський і Чернігівський державні інститути фізіотерапії, де також досліджували питання використання та розвитку механотерапії. 1921 р. відкрито перший науководослідний інститут із фізичної культури.

Після 1945 р., водночас зі світовим стрибком у розвитку оздоровчих і відновлювальних апаратів, почала розвиватися й українська механотерапія. Було створено та запозичено зза кордону широкий спектр силових, бігових, велотренажерів, екстензорів тощо.

Під Києвом 1970 р. відкрито спеціалізований санаторій для реабілітації хворих, оперованих на серце, де через 15–30 днів після операції проводився 30–50денний курс відновного лікування із застосуванням фізіотерапії та механотерапії як допоміжних процедур.

Види контролю у фізичній терапії, ерготерапії

Ефективність проведення фізичної терапії визначається за допомогою таких видів контролю:

- експресконтроль (частота серцевих скорочень, рівень артеріального тиску, частота дихання) – оцінка ефективності одного заняття;
- поточний контроль – проводиться один раз на сім–десять занять, при зміні рухового режиму;
- етапний контроль – оцінка ефективності проведеного курсу реабілітації.

Експрес-контроль застосовують для оцінки ефективності одного заняття (терміновий ефект). Для цього вивчають безпосередню реакцію пацієнта на фізичне навантаження.

Проводяться спостереження, визначається частоту серцевих скорочень, частоту дихання, рівень артеріального тиску, динаміку артеріального тиску до, під час і після заняття. Отримані дані дають змогу побудувати фізіологічну криву навантаження, що при правильно спланованому занятті поступово підвищується у вступній частині, досягає свого максимуму в середині основної і знижується у заключній частині заняття.

Під час експресконтролю рекомендовано використовувати радіотелеметричні методи дослідження (телеелектрокардіограф, електрокардіосигналізатор тощо), що мають вагомe значення при серцевосудинній патології. Поточний контроль проводять упродовж усього періоду лікування не менш ніж раз на сім–десять днів, а також при зміні рухового режиму. Він дає змогу своєчасно вносити корективи у методику занять, програму фізичної реабілітації.

Використовують клінічні дані, результати функціональних проб, показники інструментальних методів дослідження, антропометрії.

Етапний контроль проводять для оцінки курс лікування та реабілітації загалом (кумулятивний ефект), для чого перед початком занять і після закінчення курсу лікування та реабілітації поглиблено обстежують пацієнта.

Галузеві стандарти в сфері охорони здоров'я:

– стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;

– клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;

– протокол надання реабілітаційної допомоги в сфері охорони здоров'я – уніфікований документ, що визначає вимоги до реабілітаційних заходів і їх послідовність відповідно до напрямів реабілітації в сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасного рівня розвитку міжнародної реабілітаційної науки і практик;

– таблиць матеріально-технічного оснащення – документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, потрібних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб – підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями) та/або мають право на надання реабілітаційної допомоги згідно із законодавством;

– лікарський формуляр – перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких економічно прийнятне.

Телемедицина – комплекс дій, технологій і заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі. Медична допомога із застосуванням телемедицини передбачає можливість надання пацієнтові медичних послуг із

консультування, діагностики, лікування із використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну інформацією в електронній формі, зокрема через передачу електронних повідомлень, проведення відеоконференцій тощо. Медична допомога із застосуванням телемедицини надається для забезпечення пацієнтові своєчасного доступу до медичної допомоги належної якості, зокрема якщо відстань і час – критичні чинники її надання.

Телереабілітація – здійснення реабілітаційних заходів із використанням засобів дистанційного зв'язку.

Доказова реабілітація – це надання реабілітаційних послуг на основі методологічно коректного застосування комплексу заходів із науково доведеною ефективністю та доцільністю.

Оцінка ефективності реабілітації:

I. Медичні критерії – динаміка патологічного процесу: одужання; покращення (перехід із тяжкої в легшу форму захворювання, відсутність загострень, рецидивів тощо), без змін;

II. Економічний ефект – скорочення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності й інвалідністю, що виражається в грошовому еквіваленті залежно від вартості товарної продукції, створеної хворим, із відрахуванням затрат на лікування, реабілітацію та відновлення здоров'я та працездатності;

III. Соціальний ефект – залежить від виду відновлення працездатності (адаптація, реадаптація, перекваліфікація).

Ефективність реабілітації (фізичної терапії та ерготерапії) залежить від зовнішніх та внутрішніх факторів.

Зовнішні фактори:

- підготовка персоналу;
- рівень технічного обладнання (фізіотерапевтичного, механотерапевтичного, кінезотерапевтичного і т. д.);

- розклад занять;

- техніка виконання вправ;

Внутрішні фактори:

- психологічний та фізичний стан пацієнта.

Критерії ефективності медичної реабілітації:

1) повне, практично повне, часткове відновлення або вироблення замісних компенсацій рухових функцій;

2) відсутність скарг соматичного характеру, збільшення толерантності до навантажень;

3) відновлення здатності до самообслуговування та побутової активності;

4) відновлення працездатності (раціональне працевлаштування);

5) підвищення суми балів за бальними оцінними шкалами;

6) зниження суми балів за методикою, що ґрунтується на МКФ.

Оцінка результатів професійної реабілітації:

1) отримано нову професію;

2) підвищено кваліфікацію;

3) підвищено рівень загального (професійного) утворення;

4) підібрано відповідне робоче місце;

5) створено спеціальне робоче місце;

6) забезпечено зайнятість (повну, неповну);

7) позитивні результати відсутні.

Оцінка результатів соціальної реабілітації:

1) досягнуто здатність до самообслуговування (повну, часткову);

2) досягнуто можливість самостійного проживання;

3) забезпечено інтеграцію в родину, суспільство;

4) позитивні результати відсутні.

Оцінка результатів психолого-педагогічної реабілітації:

1) відновлена (компенсована) мотивація до навчання;

2) відновлена (компенсована) функція спілкування та контролю за своїм поведінням;

3) відновлена (компенсована) мотивація до трудової діяльності;

4) реалізовано можливість одержання професійного утворення;

5) позитивні результати відсутні.

Етика і деонтологія в медицині. Медична етика – галузь етичної науки, яка досліджує об'єктивні основи, сутність, специфіку, структуру й основні функції моралі працівників медичної сфери діяльності. Медична етика і деонтологія у трудовому колективі будь-якого відділення складаються з двох основних компонентів:

– взаємовідносини членів колективу на всіх рівнях; взаємини в медичному товаристві;

– відносин між персоналом, хворими та їхніми родичами.

Вісім основних принципів медичної етики:

1. Гуманне ставлення до пацієнта.
2. Не брати участі в діях проти здоров'я хворого.
3. Надання допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної та релігійної належності.
4. Солідарність усіх лікарів у повазі гідності людей, їхній боротьбі за мир.
5. Збереження медичної/лікарської таємниці.
6. Участь в охороні життя людей від тих чи тих ексцесів, що загрожують їм (наприклад, від забруднення зовнішнього середовища).
7. Недопущення експериментів над людьми.
8. Утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії лікаря.

Професійні обов'язки фахівців з реабілітації:

- а) сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну, лікарську і реабілітаційну допомогу;
- б) безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;
- в) поширювати наукові та медичні знання, знання щодо функціонування та обмежень життєдіяльності серед населення, пропагувати, у тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;
- г) дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;
- г) постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;
- д) надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я, фахівцям з реабілітації;
- е) здійснювати діяльність відповідно до принципів доказової медицини/доказової реабілітації.

Обмеження, встановлені для фахівців із реабілітації під час здійснення ними професійної діяльності. Медичні працівники та фахівці з реабілітації під час здійснення ними професійної діяльності не мають права:

1) одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), технічних та інших засобів реабілітації, їх представників неправомірну вигоду;

2) одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), технічних та інших засобів реабілітації, їх представників зразки лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), технічних та інших засобів реабілітації для використання у професійній діяльності (крім випадків, пов'язаних з проведенням відповідно до договору клінічних досліджень лікарських засобів або клінічних випробувань медичних виробів (виробів медичного призначення), технічних та інших засобів реабілітації);

3) рекламувати лікарські засоби, медичні вироби (вироби медичного призначення), технічні та інші засоби реабілітації, у тому числі випускати лікарські засоби на бланках, що містять інформацію рекламного характеру, та зазначати виробників лікарських засобів (торговельні марки).

Кримінальна відповідальність медичних працівників

Ненадання допомоги хворому медичним працівником

1. Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, – карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або громадськими роботами на строк до двохсот годин, або виправними роботами на строк до двох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі наслідки, – карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником

1. Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, – карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п'яти років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки неповнолітньому, – карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років, із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Незаконне розголошення лікарської таємниці

Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років.

Крім того карна відповідальність передбачена за:

– неналежне виконання професійних обов'язків, внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи ВІЛ-інфекцією чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини;

– за розголошення відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ-інфекцією чи іншою невиліковною інфекційною хворобою;

– за незаконне проведення абортів;

– за неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей;

– за клінічне випробовування лікарських засобів на хворих;

– за клінічне випробовування лікарських засобів на здорових людях;

– за порушення права на безоплатну медичну допомогу.

Академічна доброчесність – це сукупність етичних принципів і визначених законом правил провадження освітньої (освітньо-творчої) та наукової (науково-технічної) діяльності, які є обов’язковими для всіх учасників (суб’єктів) такої діяльності та мають на меті забезпечувати довіру до результатів навчання, творчості, науково-дослідної діяльності.

Принципи академічної доброчесності:

1. Повага до людської гідності, прав людини та рівність учасників освітнього процесу. Визнання того, що кожна людина має право на однакову повагу до своєї гідності, на яку не можна посягати за будь-яких умов; визнання недопустимості порушувати права інших або надавати необґрунтовані привілеї, якщо вони базуються на ознаках раси, кольору шкіри, сексуальної орієнтації, політичних, релігійних й інших переконань, статі, віку, інвалідності, соціального походження, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними, крім випадків, коли таке обмеження має правомірну, об’єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої належні та потрібні.

2. Чесність. Недопущення жодних форм обману, шахрайства, крадіжки або інших форм нечесної поведінки, які негативно впливають на якість отриманих академічних ступенів. Справедливість. Неупереджене ставлення учасників освітнього процесу один до одного, об’єктивне, прозоре та незалежне оцінювання результатів навчальної, дослідницької, наукової чи трудової діяльності. Забезпечення справедливості у викладанні, оцінці освітніх досягнень студентів, наукових дослідженнях, кар’єрному розвитку персоналу, отриманні будь-яких нагород, відзнак, ступенів повинно ґрунтуватися на законних, прозорих, справедливих, передбачуваних, послідовних й об’єктивних критеріях.

3. Довіра. Наявність атмосфери довіри, яку взаємно поділяють усі члени академічної спільноти, яка заохочує вільний обмін інформацією; сприяє продуктивній співпраці та творчості, вільному продукуванню ідей і є основою сприятливого соціально-психологічного клімату роботи колективу.

4. *Повага*. Виявлення поваги до себе й інших, незалежно від віку, статі та їх місця в освітній і науковій ієрархії. Відповідальність. Сумлінне та неухильне виконання покладених обов'язків, завдань і функцій, дотримання посадових інструкцій, положень, правил, здатність відповідати за результати своєї діяльності усіма членами академічної спільноти.

5. *Компетентність*. Кожен учасник освітнього процесу зобов'язаний підтримувати найвищий рівень компетентності у сфері професійної діяльності та навчання, складником якої є постійне підвищення кваліфікації, освітнього і наукового рівнів, упровадження інноваційних форм діяльності.

6. *Прозорість й інформаційна відкритість*. Забезпечення вільного доступу до ресурсів інформації, що стосується освітньої, науково-дослідної, господарської та фінансової сфер діяльності, крім тієї, доступ до якої обмежено законодавством, зокрема й через відкритий доступ на офіційній вебсторінці університету.

Основні види порушень академічної доброчесності – академічний плагіат, самоплагіат, фабрикація, фальсифікація, списування, обман, хабарництво та необ'єктивне оцінювання.

Академічний плагіат – це оприлюднення (частково або повністю) наукових (творчих) результатів, отриманих іншими особами, як результатів власного дослідження (творчості), та/або відтворення опублікованих текстів (оприлюднених творів мистецтва) інших авторів без зазначення авторства.

До академічного плагіату зараховують:

- плагіат фрагментів письмових робіт і повних текстів;
- плагіат ідей, даних, моделей, ілюстрацій тощо;
- відсутність належних посилань за відсутності привласнення авторства;
- помилки цитування.

Самоплагіат – оприлюднення (частково або повністю) власних раніше опублікованих наукових результатів як нових наукових результатів.

Приклади самоплагіату:

- дуплікація публікацій – публікація однієї і тієї самої наукової роботи (цілком або з несуттєвими змінами) в декількох виданнях, а також повторна публікація (цілком або з несуттєвими змінами)

раніше оприлюднених статей, монографій, інших наукових робіт як нових наукових робіт;

– дуплікація наукових результатів – публікація повністю чи частково одних і тих самих наукових результатів у різних статтях, монографіях, інших наукових працях як нових результатів, які публікуються вперше;

– подання у звітах із виконання різних наукових проєктів тих самих результатів як таких, що отримані при виконанні відповідного проєкту;

– повторне подання здобувачами освіти письмових робіт, які вже подавалися як звітність із інших дисциплін, без дозволу викладача;

– агрегування чи доповнення даних – суміщення раніше опублікованих і нових даних без їх поділу з відповідними посиланнями на попередню публікацію;

– повторний аналіз раніше опублікованих даних без посилання на попередню публікацію цих даних і раніше виконаного їх аналізу.

Фабрикація – вигадання даних чи фактів, що використовуються в освітньому процесі чи наукових дослідженнях. Фабрикацією є:

– наведення у письмових роботах здобувачів і в наукових роботах вигаданих чи неперевірених даних, зокрема статистичних даних, результатів експериментів, розрахунків чи емпіричних досліджень, фотографій, аудіо- та відеоматеріалів тощо;

– посилання на вигадані джерела інформації або навмисне посилання на несправжнє джерело;

– приписування іншим особам текстів, думок чи ідей, яких вони не висловлювали чи не публікували.

Фальсифікація – свідомо зміна чи модифікація наявних даних, що стосуються освітнього процесу чи наукових досліджень. До фальсифікації зараховують:

– необґрунтоване корегування результатів власних наукових досліджень чи виконання навчальних завдань (таке, що не ґрунтується на повторних чи додаткових дослідженнях, вимірюваннях або розрахунках, виправленні виявлених помилок тощо);

– наведення у письмових роботах здобувачів і в наукових роботах свідомо змінених літературних даних і даних, отриманих із інших джерел, зокрема статистичних даних, результатів експериментів,

розрахунків чи емпіричних досліджень, фотографій, аудіо- та відеоматеріалів тощо без належного обґрунтування причин і зазначення методики їх корегування;

– наведення неповної або викривленої інформації про апробацію результатів досліджень і розробок.

Обман – надання завідомо неправдивої інформації стосовно власної освітньої (наукової, творчої) діяльності чи організації освітнього процесу.

Форми обману – академічний плагіат, самоплагіат, фабрикація, фальсифікація та списування. Обманом є:

– включення до співавторів наукових публікацій осіб, що не брали кваліфікованої участі в їх підготовці;

– не включення до співавторів наукових публікацій осіб, що брали кваліфіковану участь в їх підготовці;

– подання як результатів власної праці робіт, виконаних на замовлення іншими особами, або робіт, стосовно яких справжні автори надали згоду на таке використання;

– здавання або представлення різними особами робіт із однаковим змістом як результату власної навчальної діяльності;

– написання чужих варіантів завдань на контрольних заходах;

– використання системи прихованих сигналів (звукових, жестових й ін.) при виконанні групових контрольних заходів із однаковими варіантами;

– несамостійне виконання завдань у випадках, коли не дозволяється отримання допомоги, або не зазначення інформації про отриману допомогу, консультації, співпрацю;

– проходження процедур контролю знань підставними особами;

– симуляція погіршення стану здоров'я, хвороби для уникнення контрольних заходів;

– надання відгуків або рецензій на наукові або навчальні роботи без належного проведення їх експертизи.

Хабарництво – надання (отримання) учасником освітнього процесу чи пропозиція щодо надання (отримання) коштів, майна, послуг, пільг чи будь-яких інших благ матеріального або нематеріального характеру з метою отримання неправомірної переваги в освітньому процесі. До хабарництва зараховують:

– одержання, провокування або пропонування неправомірної

вигоди за отримання позитивної або вищої оцінки при складанні будь-якого виду поточного та підсумкового контролю, а також будь-яких інших переваг у навчальній, дослідницькій чи трудовій діяльності;

– примусові благодійні внески та примусова праця здобувачів освіти та/або їхніх батьків;

– примусове надання освітніх послуг (примусове репетиторство).

Необ'єктивне оцінювання – це:

– свідоме завищення або заниження оцінки результатів навчання здобувачів освіти;

– невчасне повідомлення здобувачів освіти про систему оцінювання результатів навчання;

– застосування системи оцінювання, що не відповідає декларованим цілям і завданням теми, дисципліни, практики, освітньої програми тощо;

– відсутність об'єктивних критеріїв оцінювання.

Відповідальність – уміння брати на себе відповідальність за результати власної діяльності, виконувати взяті на себе певні зобов'язання, протистояти проявам академічної недоброчесності, подавати приклади гідної поведінки.

Основні види відповідальності здобувачів освіти за порушення академічної доброчесності:

– повторне проходження оцінювання (контрольна робота, іспит, залік тощо);

– повторне проходження відповідного освітнього компонента освітньої програми;

– відрахування з університету (крім осіб, які здобувають загальну середню освіту);

– позбавлення академічної стипендії;

– позбавлення наданих університетом пільг із оплати навчання.

**Тести для визначення ступеня оволодіння студентами
потрібними теоретичними положеннями**

1.	Який ефект не належить до комплексу, за яким оцінюється ефективність реабілітації: 1) економічний ефект (скорочення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності); 2) економічний ефект (направлення на реабілітацію за кордон); 3) соціальний ефект (відновлення працездатності); 4) медичний ефект (одужання); 5) медичний ефект (покращення стану).
2.	Що не належить до основних прав осіб із інвалідністю при проведенні реабілітації: 1) відмова від реабілітаційних заходів; 2) обов'язкове відвідування реабілітаційних заходів; 3) конфіденційність інформації особистого характеру; 4) вибір виду реабілітації; 5) вибір реабілітаційного закладу.
3.	Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я: 1) так; 2) ні.
4.	Уніфікований документ, який визначає вимоги до надання медичної допомоги та її послідовність, – це: 1) клінічний протокол; 2) стандарт медичної допомоги; 3) лікарський формуляр; 4) медичний висновок; 5) індивідуальний реабілітаційний план.
5.	Скорочення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності й інвалідністю належить до: 1) медичного критерію ефективності реабілітації; 2) соціального критерію ефективності реабілітації; 3) економічного критерію ефективності реабілітації;

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ. ОСОБЛИВОСТІ ПАРТНЕРСТВА ТА РОБОТИ
В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІЙ КОМАНДІ. АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ

	<p>4) політичного критерію ефективності реабілітації; 5) психологічного критерію ефективності реабілітації.</p>
6.	<p>Сукупність етичних принципів, якими мають керуватися учасники освітнього процесу під час навчання з метою забезпечення довіри до результатів навчання, – це:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) академічна доброчесність; 2) академічна повага; 3) академічна вірність; 4) академічна свобода; 5) академічна роль.
7.	<p>Якого принципу академічної доброчесності не виділяють:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) чесність; 2) довіра; 3) повага; 4) компетентність; 5) відвага.
8.	<p>Оприлюднення (частково або повністю) власних раніше опублікованих наукових результатів як нових наукових результатів належить до академічного плагіату:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) так; 2) ні.
9.	<p>Написання чужих варіантів завдань на контрольних заходах – це:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фальсифікація; 2) обман; 3) фабрикація; 4) самоплагіат; 5) хабарництво.
10.	<p>До основних видів відповідальності здобувачів освіти за порушення академічної доброчесності не належать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повторне проходження оцінювання заліку чи іспиту; 2) повторне проходження вивчення дисципліни; 3) позбавлення академічної стипендії;

**ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ
ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

	4) переведення на дуальну форму здобуття освіти; 5) позбавлення наданих університетом пільг із оплати навчання.
--	--

ПОЛІТИКА ОЦІНЮВАННЯ

Загальна оцінка за курс складається як сума оцінок за поточний контроль (максимум 40 балів) і сума балів за результатами двох підсумкових модульних робіт, які проводяться наприкінці кожного змістового модуля (максимум 60 балів). Оцінювання здійснюється за стобальною шкалою ECTS.

При недотриманні студентом Кодексу академічної доброчинності Волинського національного університету імені Лесі Українки (сукупності етичних принципів і визначених законом правил, якими керуються учасники освітнього процесу під час навчання, викладання та провадження наукової (творчої) діяльності з метою забезпечення довіри до результатів навчання та/або наукових (творчих) досягнень) оцінювання роботи не відбуватиметься. Списування під час контрольних робіт, зокрема із використанням мобільних девайсів, заборонені. Мобільні пристрої дозволено використовувати лише під час онлайн-тестування та підготовки практичних завдань під час заняття. Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає: самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання (для осіб із особливими освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і можливостей); посилення на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; дотримання норм законодавства про авторське право та суміжні права; надання достовірної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використання методики досліджень і джерела інформації.

Політика викладача щодо студента. Вивчення дисципліни передбачає роботу в колективі. Середовище в аудиторії є творчим, дружнім, відкритим для конструктивної критики та дискусії.

Політика щодо дедлайнів і перескладання. Роботи, здані із порушенням термінів без поважних причин, оцінюються на нижчу оцінку (75 % від можливої максимальної кількості балів за вид діяльності). Перескладання модулів відбувається за наявності поважних причин.

Політика щодо відвідування. Відвідування занять – обов'язковий компонент процесу здобування освіти. За об'єктивних причин навчання може відбуватися в онлайн-формі за погодженням із керівництвом університету.

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ

Семестровий іспит – це форма підсумкового контролю засвоєння студентом теоретичного матеріалу та практичних умінь і навичок за семестр.

Якщо підсумкова оцінка (бали) з дисципліни разом із сумою підсумкових модульних оцінок становить не менше як 75 балів, то, за згодою студента, вона може бути зарахована як підсумкова оцінка з навчальної дисципліни. Якщо підсумкова оцінка нижче як 75 балів або студент бажає підвищити свій рейтинг, то він складає іспит. Бали, набрані за результатами модульних контрольних робіт, анулюються. Максимальна кількість балів, яку студент може набрати за іспит, становить 60.

Повторне складання екзамену допускається не більше як два рази: один раз – викладачеві, другий – комісії, яку створює декан медичного факультету.

Перелік питань до підсумкового контролю

1. Історія становлення реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії у світі й Україні.
2. Зміст термінів «реабілітація», «фізична та реабілітаційна медицина», «фізична терапія» «реабілітація осіб із інвалідністю», «реабілітаційна допомога», «фахівці з реабілітації», «медичне обслуговування».
3. Зміст термінів «індивідуальний реабілітаційний план», «встановлення завдань реабілітації», «обсяг реабілітаційної допомоги».
4. Зміст термінів «реабілітаційне обстеження», «реабілітаційний прогноз», «реабілітаційна послуга».
5. Зміст термінів «абілітація», «ерготерапія», «заняттєва активність», «заняттєва участь».
6. Зміст термінів «дитина з інвалідністю», «особа з інвалідністю», «життєдіяльність», «обмеження життєдіяльності».
7. Зміст термінів «здоров'я», «стан здоров'я», «охорона здоров'я», «заклад охорони здоров'я».
8. Права й обов'язки осіб, яким надається реабілітаційна допомога.
9. Загальні принципи проведення реабілітації.

10. Зміст терміна «психологічна допомога в реабілітації». Принципи етичної та безпечної поведінки.
11. Державна політика щодо реабілітації в сфері охорони здоров'я.
12. Поняття системи реабілітації.
13. Фахівці з реабілітації. Їхні професійні обов'язки.
14. Посадові обов'язки асистента фізичного терапевта, ерготерапевта.
15. Реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи. Типи реабілітаційних закладів.
16. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда.
17. Зміст терміна «телереабілітація». Надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації.
18. Психологічна допомога в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.
19. Індивідуальний реабілітаційний план. Індивідуальна програма реабілітації.
20. Державний типовий план реабілітації.
21. Реабілітаційні періоди.
22. Надання реабілітаційної допомоги на різних рівнях медичної допомоги.
23. Методи медичної реабілітації, методи відновної терапії, їх характеристика.
24. Головні завдання реабілітації, фізичної терапії.
25. Мета реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії.
26. Завдання реабілітації в педіатричній практиці.
27. Основні засади біологічних, соціально-економічних, психологічних, морально-етичних, науково-медичних основ фізичної терапії та ерготерапії.
28. Види реабілітаційних програм й умови їх проведення.
29. Характеристика рухових режимів.
30. Протипоказання до направлення хворих на реабілітаційне стаціонарне лікування.
31. Показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування й реабілітації.
32. Характеристика професійної адаптації, реадаптації, перекваліфікації.

33. Різновиди фізичних вправ. Класифікація гімнастичних вправ за анатомічною ознакою, характером м'язового скорочення, вправ тощо.

34. Особливості дихальних вправ: динамічних, статичних, дренажних.

35. Ігри: малорухливі, рухливі, спортивні, ті, що проводяться на місці.

36. Особливості проведення індивідуальних, малогрупових, групових і самостійних занять лікувальною гімнастикою.

37. Характеристика позитивної реакції на фізичне навантаження. Основні ознаки невідповідності фізичного навантаження. Поняття про толерантність і поріг толерантності до фізичного навантаження.

38. Сутність лікувального масажу. Характеристика основних прийомів масажу.

39. Характеристика систем, форм і методів масажу.

40. Основні показання та протипоказання до лікувального масажу.

41. Основи фізіотерапії. Класифікація фізичних чинників лікування та реабілітації.

42. Принципи фізіотерапії. Загальні та специфічні протипоказання до фізіотерапевтичних процедур.

43. Механотерапія в системі фізичної реабілітації: особливості, мета.

44. Типи апаратів для проведення механотерапії.

45. Покази та протипоказання до механотерапії загальної дії.

46. Оцінка ефективності реабілітації.

47. Характеристика основних видів контролю у фізичній терапії: експрес-контроль, поточний контроль, етапний контроль.

48. Види відновлення працездатності.

49. Етичний кодекс фахівця з фізичної терапії та ерготерапії.

50. Права пацієнта. Конфіденційність, її збереження та порушення. Збереження лікарської таємниці.

51. Правила спілкування з пацієнтом. Особистісна реакція на патологічний стан.

52. Вербальне спілкування. Невербальне спілкування. Чинники, що перешкоджають спілкуванню.

53. Принцип колегіальності у медичному колективі.

54. Академічна доброчесність: загальні положення Кодексу академічної доброчесності.

55. Принципи та норми академічної доброчесності.
 56. Порушення академічної доброчесності.
 57. Відповідальність за дотримання академічної доброчесності та її порушення.

Шкала оцінювання знань студентів із дисципліни

Оцінка в балах	Лінгвістична оцінка	Оцінка за шкалою ECTS	
		оцінка	пояснення
90–100	Відмінно	A	Відмінне виконання
82–89	Дуже добре	B	Вище середнього рівня
75–81	Добре	C	Загалом хороша робота
67–74	Задовільно	D	Непогано
60–66	Достатньо	E	Виконання відповідає мінімальним критеріям
1–59	Незадовільно	Fx	Потрібне перескладання

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Бісмак О. В. Основи фізичної реабілітації : навч. посіб. Харків : Вид-во Бровін О. В., 2010. 120 с.
2. Вовканич А. С. Вступ до фізичної реабілітації : навч. посіб. Львів : ЛДУФК, 2013. 186 с.
3. Медична і соціальна реабілітація : підручник / В. Б. Самойленко, Н. П. Яковенко, І. О. Петряшев та ін. Київ: ВСВ «Медицина», 2013, 464 с.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація. Вид. 3-тє. Київ : Олімп. літ., 2009. 448 с.
5. Наказ МОН України від 19.12.2018 р. № 1419 «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти».
6. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підручник для фахівців з фізичної реабілітації / Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчук, Д. В. Вакуленко, Г. В. Кутакова ; за ред. Л. О. Вакуленко. Тернопіль : ТДМУ «Укрмедкнига», 2020. 372 с.
7. Воропаєв Д. С., Єжова О. О. Основи фізичної реабілітації (загальна характеристика засобів фізичної реабілітації : навч. посіб. Суми, 2019. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/75098>
8. Порада А. М., Порада О. В. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль : підручник. Київ : ВСВ «Медицина», 2011. 296 с.
9. Примачок Л. Л. Історія медицини та реабілітації : навч. посіб. Ніжин : НДУ ім. Гоголя, 2015. 104 с.
10. Проект Закону України про академічну доброчесність. URL: https://naqa.gov.ua/wp-content/uploads/2021/01/проект-закону-про-АкадДоброчесність_4.pdf
11. Сисоєнко І. Важливість мультидисциплінарних команд у реабілітаційному процесі. Всеукраїнська асоціація фізичної медицини, реабілітації і курортології : сайт. URL: <https://vafk.org.ua/vazhlyvist-multydyscyplinaryh-komand-u-reabilitaczijnomu-proczesi/>
12. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина : підручник для студентів і лікарів / за заг. ред. В. М. Сокрута. Краматорськ : Каштан, 2019, 480 с.

Додаткова:

1. Алексєєв О. І., Шимонко І. Т. Фізична реабілітація як один із аспектів комплексної реабілітації. Медична гідрологія та реабілітація. 2005. № 1, т. 3. С. 96–101. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/handle/123456789/41420>

2. Андрійчук О. Підготовка фізичних терапевтів до практичної діяльності. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2019. Вип. 4. С. 10–14.

3. Андрійчук О. Я. Деякі аспекти практичної підготовки фізичних терапевтів. Сучасна наука та освіта Волині : зб. матеріалів наук.-практ. онлайн-конф., 20 листопада 2020 р. / упоряд., голов. ред. О. Ю. Ройко. Луцьк : Вежа-Друк, 2020. С. 135–136.

4. Андрійчук О. Я., Цюпак Т. Є., Грейда Н. Б. Базові знання у професійній підготовці фізичних терапевтів, ерготерапевтів. Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, присвяченої 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ «Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії», 17–18 жовтня 2019 р. Ужгород, 2019. С. 152–153.

5. Андрійчук О., Грейда Н., Ульяницька Н. Застосування стретчингу в фізичній терапії. Фітнес, харчування та активне довголіття : програма I Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 23 березня 2021 р. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2021. С. 3.

6. Бачинська Н. В., Забіяко Ю. О. Актуальні питання та перспективні напрямки реабілітації осіб з бойовими пораненнями. Молодий вчений. 2018. № 3(1). С. 56–59. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2018_3\(1\)_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2018_3(1)_15)

7. Бутов Р., Совтисік Д., Кузан М. Особливості організації реабілітаційного процесу в санаторно-курортних умовах. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2019. Вип. 15. С. 21–24. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkpnui_fv_2019_15_6

8. Верхратський С. А. Історія Медицини. Вид. 3-тє. Київ : Вища школа. Головне вид-во, 1983. 384 с.

9. Воропаєв Д. С. Періоди використання засобів фізичної реабілітації та рухові режими. Основи фізичної реабілітації (загальна

характеристика засобів фізичної реабілітації : навч. посіб. / Д. С. Воропаєв, О. О. Єжова. Суми, 2019. С. 11–15. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/75098>

10. Герцик А. Створення програм фізичної реабілітації/терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2016. № 6. С. 37–45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/snsv_2016_6_8

11. Зданюк В. В., Совтисік Д. Д. Новітні реабілітаційні технології в сучасній практиці. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2016. Вип. 9. С. 186–192. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vk-rnui_fv_2016_9_23

12. Кальонова І. В., Богдановська Н. В. Ерготерапія в геріатричній реабілітації. Вісник Запорізького національного університету. Фізичне виховання та спорт. 2017. № 1. С. 123–130. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vznu_FViS_2017_1_19

13. Клапчук В. В. Фізична реабілітація як наукова спеціальність і фах у практиці охорони здоров'я. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2013. № 1. С. 51–54.

14. Лемко І. С. Особливості та перспективи санаторного етапу медичної реабілітації. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 3. С. 107. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2017_3_39

15. Лікувальна фізична культура як засіб медичної реабілітації / П. Ф. Колісник [та ін.]. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 3. С. 89. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2017_3_22

16. Мазепа М. А. Ерготерапія – нова спеціальність в Україні : лекція № 1 з навч. дисципліни «Ерготерапія». Львів, 2019. 11 с. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/25968>

17. Мазепа М. Сучасна парадигма ерготерапії. Вісник Прикарпатського університету. Сер. Фізична культура. Івано-Франківськ, 2017. Вип. 25/26. С. 174–180. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/7814>

18. Мазур В. А., Вергуш О. М., Ліщук В. В. Особливості впливу та оздоровчий ефект засобів фізичної активності на організм людини. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана

Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2018. Вип. 11. С. 216–224. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkpnui_fv_2018_11_32

19. Мангушева О. О. Заняттєва активність та її компоненти: визначення ключових термінів ерготерапії як окремої науково обґрунтованої професії. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2018. № 2. С. 54–61.

20. Мороз О. М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації. Український вісник медико-соціальної експертизи. 2013. № 1. С. 18–32. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmse_2013_1_6

21. Олійник С., Андрійчук О. Організація фізичної терапії при коронавірусній хворобі. Сучасні оздоровчо-реабілітаційні технології : матеріали I регіональної наук.-практ. конф. молодих учених / ВНУ ім. Лесі Українки, каф. фізичної терапії та ерготерапії ; редкол. : О. Я. Андрійчук [та ін.]. Луцьк, 2020. Вип. 10. С. 81–83.

22. Полянська О. С. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури і масажу / за ред. В. В. Клапчука, О. С. Полянської. Чернівці : Прут, 2006. 208 с.

23. Порада А. М., Солодовник О. В., Прокопчук Н. Є. Основи фізичної реабілітації : навч. посіб. Київ : Медицина, 2006. 248 с

24. Потапова Л. В., Козачок А. В., Потапова О. В. Ерготерапія як новий підхід до фізичної реабілітації. Вісник Запорізького національного університету. Фізичне виховання та спорт. 2017. № 1. С. 154–160. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vznu_FViS_2017_1_23

25. Самохін М. К. Трудотерапія як засіб соціальної реабілітації людини. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах : зб. наук. пр. / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2017. Вип. 54. С. 221–227. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pfto_2017_54_31

26. Сучасні аспекти медико-соціальної реабілітації інвалідів-учасників антитерористичної операції / Н. М. Беляєва [та ін.]. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 3. С. 25–29. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2017_3_7

27. Терюханова І. М. Професійна реабілітація інвалідів як ефективний засіб їх інтеграції у суспільство. Демографія та соціальна економіка. 2007. № 1. С. 142–150.

28. Цюпак Т. Є., Андрійчук О. Я. Терапевтичні вправи для розвитку та відновлення витривалості, сили, гнучкості (амплітуди) : методичні рекомендації. Луцьк : СНУ ім. Лесі Українки, 2020. 43 с.

29. Цюпак Т. Є., Андрійчук О. Я., Грейда Н. Б. Загальнозміцнюючі вправи у фізичній терапії : методичні рекомендації. Луцьк : СНУ ім. Лесі Українки, 2020. 60 с.

30. Швесткова О. Ерготерапія : підручник / Ольга Швесткова, Катержина Свєцена та ін. Київ : Чеський центр у Києві, 2019. 280 с.

31. Швесткова О. Фізична терапія : підручник / Ольга Швесткова, Петра Сладкова та ін. Київ : Чеський центр у Києві, 2019. 272 с.

32. Юшковська О. Г. Про можливості застосування стратегії фізичної та реабілітаційної медицини у спортивній медицині. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2019. № 2 . С. 13–17.

Нормативно-правові акти:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#n472>

2. Закон України «Про курорти» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 50, ст. 435). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2026-14#n195>

3. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (Відомості Верховної Ради УРСР (ВВР), 1991, № 21, ст. 252). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#n143>

4. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2006, № 2–3, ст. 36). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>

5. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст. 59). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

6. Наказ МОЗ України 05.09.2011 р. № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11#Text>

7. Наказ МОЗ України від 05.09.2011 р. № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11#Text>

8. Наказ МОЗ України від 8.10.2007 р. № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1197-07/conv#Text>

9. Постанова КМ України від 23 травня 2007 р. № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-п#Text>

10. Постанова КМ України від 11 липня 2001 р. № 805 «Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/805-2001-п#Text>

11. Постанова КМ України від 23 травня 2007 р. № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-п#Text>

12. Постанова КМ України від 11 липня 2001 р. № 805 «Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/805-2001-п#Text>

13. Постанова КМ України від 3 грудня 2009 р. № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1301-2009-п#Text>

14. Постанова КМ України від 3 листопада 2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п#Text>

ДОДАТКИ
Додаток А
Кваліфікаційна характеристика
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію реабілітаційної допомоги. Забезпечує організацію та регулювання надання реабілітаційної допомоги на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Очолює мультидисциплінарну реабілітаційну команду, координує діяльність кожного з її членів та несе відповідальність за реабілітаційний процес в цілому. Може працювати як із залученням повного складу спеціалістів реабілітації (медичних нелікарських та немедичних спеціальностей), так і окремих фахівців реабілітації відповідно до індивідуальних реабілітаційних цілей та завдань.

Діяльність лікаря фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) не є спрямованою на менеджмент розладів окремих органів та медичних станів, але сфокусована на відновленні функціональних розладів, що виникли внаслідок різних хвороб та травм. Має покращити стан особи з обмеженнями життєдіяльності незалежно від віку та існуючого діагнозу. Клінічний діагноз допомагає лікарю ФРМ у визначенні прогнозу та потенціалу відновлення існуючих функціональних розладів.

Поліпшує фізичне, розумове функціонування та активність осіб з обмеженнями життєдіяльності, сприяє підвищенню якості їх життя та забезпеченню повноцінного соціального функціонування. При необхідності має безпосередньо лікувати відповідну хворобу пацієнта, який отримує реабілітаційну допомогу. У випадку тривалих симптомів захворювання, функціонування, активність та участь мають бути поліпшені із використанням спеціалізованих методів та технік.

Надає невідкладну допомогу при гострих станах, що виникають протягом реабілітаційних втручань. Володіє практикою експертно-реабілітаційної діагностики та безпосередньо приймає участь у проведенні медико-соціальної експертизи. Здійснює нагляд за побічними реакціями / діями лікарських засобів.

Працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами та службами. Бере участь у моніторингу здоров'я населення та обмежень

життєдіяльності, сприяє поширенню знань з організації реабілітаційної допомоги серед населення. Дотримується принципів медичної деонтології. Планує свою роботу та роботу мультидисциплінарної команди та здійснює аналіз її результатів. Веде лікарську документацію. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря ФРМ; показники роботи лікувально-профілактичної установи, диспансерного нагляду та лікарського контролю; організацію реабілітаційної допомоги; загальні принципи діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів, нервової системи, принципи лікування травматичних ушкоджень у дитячому віці та у дорослих; принципи та основні медичні проблеми перехідних періодів життя людини; Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я; принципи встановлення цілей в реабілітації; принципи командної роботи та розподілення функціональних ролей членів мультидисциплінарної команди; реабілітаційні технології, що застосовуються членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди; принципи створення та застосування індивідуальної програми реабілітації та індивідуальної програми реабілітації особи з особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю); чинне законодавство та принципи проведення медико-соціальної експертизи; форми і методи санітарної освіти серед населення; правила оформлення медичної та медико-експертної документації; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги. Лікар фізичної та реабілітаційної медицини вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціальності «Медицина». Спеціалізація за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина» (магістерський рівень освіти). Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність диплома магістра за спеціалізацією «фізична та реабілітаційна медицина» (або сертифікація за еквівалентністю) та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини вищої кваліфікаційної категорії зобов'язаний відповідати вимогам, які ставляться до лікарів фізичної та реабілітаційної медицини I кваліфікаційної категорії і, крім того, повинен:

- застосовувати методи роботизованих реабілітаційних інтервенцій;
- застосовувати методи ерготерапії з метою тренування у разі порушення функціонування у особи з когнітивними розладами.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини першої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціальності «Медицина». Спеціалізація за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина» (магістерський рівень освіти). Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність диплома магістра за спеціалізацією «фізична та реабілітаційна медицина» (або сертифікація за еквівалентністю) та посвідчення про присвоєння (підтвердження) першої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини I кваліфікаційної категорії зобов'язаний відповідати вимогам, які ставляться до лікарів фізичної та реабілітаційної медицини II кваліфікаційної категорії і, крім того, також повинен вміти:

- виконувати медичні процедури з інтратекальним введенням медикаментозних препаратів;
- застосовувати методи параклінічного обстеження (ультразвукова діагностика, електрофізіологічна діагностика);
- застосовувати фізичні методи лікування: кінезіотерапія та терапія з використанням фізичних вправ, техніки мануальної терапії для відновлення рухомості суглобів та пов'язаних розладів м'язих тканин;
- застосовувати артикуляційну та мовну терапію в рамках комплексних спеціалізованих програм реабілітації;
- застосовувати нейропсихологічні інтервенції.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини другої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціальності «Медицина». Спеціалізація за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина» (магістерський рівень освіти). Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність диплома магістра за спеціалізацією «фізична та реабілітаційна медицина» (або сертифікація за еквівалентністю) та посвідчення про присвоєння (підтвердження)

другої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини II кваліфікаційної категорії зобов'язаний володіти знаннями та навичками лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, крім того, має вміти:

- застосовувати медикаментозну терапію з метою фокальної регуляції м'язового тону;

- проводити оцінку та критичний огляд інтервенцій, що проводяться членами мультидисциплінарної команди;

- застосовувати методи ерготерапії з метою підвищення професійної активності;

- застосовувати методи ерготерапії з метою навчання пацієнта навичкам з подолання бар'єрів для повсякденних активностей (пристосування місця помешкання);

- застосовувати психологічну оцінку та втручання, включаючи рекомендації;

- застосовувати дієтотерапію;

- застосовувати обладнання для осіб з обмеженими можливостями, технології підтримки, протезування, ортезування, технічні методи підтримки та допомоги.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини: повна вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціальності «Медицина». Спеціалізація за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина» (магістерський рівень освіти). Наявність диплома магістра за спеціалізацією «фізична та реабілітаційна медицина» (або сертифікація за еквівалентністю). Без вимог до стажу роботи.

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини повинен вміти:

- проводити загальне медичне обстеження хворого та особи з обмеженнями життєдіяльності;

- аналізувати результати методів параклінічного обстеження;

- проводити реабілітаційне обстеження із застосуванням складових МКФ «функції та структури організму», «активність та участь», «контекстові фактори»;

- визначати фактори ризику розвитку ускладнень відповідно до характеру та перебігу захворювання (травматичного процесу);

- складати базовий реабілітаційний план для кожного хворого з метою проведення проблемно-орієнтованої реабілітації із включенням: діагнозу, наявних проблем та збережених функцій

(відповідно до МКФ), індивідуальних цілей, цілей особи, що надає допомогу (родини), дії, які мають бути виконані;

- організувати діяльність мультидисциплінарної реабілітаційної команди з проведенням щотижневих конференцій команди;

- застосовувати медичні інтервенції: медикаментозну терапію з метою відновлення або поліпшення структур та/або функцій (лікування болю, запалення, системна регуляція м'язового тону, поліпшення когнітивних функцій, поліпшення фізичного виконання, лікування депресії);

- виконувати медичні процедури, включаючи ін'єкції та інші техніки введення ліків;

- здійснювати прогнозування динаміки обмежень життєдіяльності хворих;

- застосовувати фізичні методи лікування: електротерапія, ультразвук, термотерапія, фототерапія (включаючи лазеротерапію), гідротерапія та бальнеотерапія, діатермотерапія, застосування масажу та лімфотерапії (мануальний лімфатичний дренаж);

- застосовувати методи ерготерапії з метою підвищення активності: повсякденна активність, підтримка постраждалих структур, організму (шини та ортези);

- застосовувати методи ерготерапії з метою підвищення мотивації хворих;

- застосовувати менеджмент дисфагії;

- здійснювати підготовку медичної документації для проведення медико-соціальної експертизи;

- використовувати принципи навчання пацієнтів.

Додаток Б

Кваліфікаційна характеристика Ерготерапевт

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, реабілітацію, освіту, соціальний захист, права осіб з інвалідністю та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, реабілітації, освіти, соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Сприяє набуттю людьми з обмеженнями життєдіяльності максимального рівня функціональності та незалежності у всіх аспектах життя через певний набір занять (діяльності) та активних реабілітаційних технологій, відновленню у них фізичного, соціального та психічного здоров'я, поверненню людини до нормального соціального, професійного та побутового функціонування, відновлення автономності, інтеграції її у суспільство у закладах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та за їх межами.

Безпосередньо проводить та приймає участь у проведенні кількісної та якісної оцінки активності та участі особи, визначенні напрямку та ступеня впливу контекстових факторів, обмежень життєдіяльності людини.

Розробляє на засадах пацієнт-центричності та індивідуальних реабілітаційних цілей відповідно до чинного законодавства в галузі охорони здоров'я, реабілітації, освіти та соціального захисту, компоненти індивідуальної програми реабілітації щодо ерготерапевтичних реабілітаційних втручань та безпосередньо проводить ці втручання. Основуючись на рішеннях мультидисциплінарних команд реабілітаційних закладів, за скеруванням лікаря фізичної та реабілітаційної медицини або фахівців спеціальної освіти (в немедичному середовищі), або безпосередньо (в монопрофесійному середовищі).

Бере участь у аналізі виконання реабілітаційної програми та внесенні корективів на кожному з етапів. Постійно веде встановлену профільну оцінкову та звітну документацію з ерготерапії.

Співпрацює в тісному контакті з лікарями, фізичними терапевтами, педагогами, логопедами, психологами, соціальними працівниками та іншими членами мультидисциплінарної команди.

Бере участь у консультації щодо влаштування доступного і безпечного функціонального середовища вдома, на роботі, в громадських місцях, у соціальному оточенні осіб з обмеженими фізичними можливостями. Консультує родичів та опікунів щодо виявлених порушень і шляхів досягнення особами з обмеженими фізичними можливостями максимальної незалежності і нормально-го рівня здоров'я, залучає їх до планування і проведення реабілітаційної програми та надання необхідної їм допомоги.

Провадить наукову та адміністративну діяльність. Постійно удосконалює свій професійний рівень. Зберігає таємницю індивідуальних програм реабілітації. Дотримується правил і норм професійної етики та деонтології.

Виконує професійні обов'язки в реабілітаційних центрах, медичних, освітніх, санаторно-курортних закладах, соціальних службах, установах і організаціях державного, громадського і приватного секторів.

Повинен знати: основи законодавства та нормативні документи України, міжнародні документи з питань охорони здоров'я, реабілітації, ерготерапії, освіти, соціального захисту, прав осіб з інвалідністю; цілі, принципи реабілітації дітей, дорослих та осіб літнього віку, методологію та зміст ерготерапевтичних заходів та вправ; принципи пристосування навколишнього середовища; теорію і практику ерготерапевтичних, корекційно-реабілітаційних заходів та процесів, психологічної допомоги, соціально-побутової адаптації, професійної реабілітації, соціально-середовищної реабілітації осіб усіх вікових категорій з обмеженнями життєдіяльності; стандартизовані методи оцінки активності та участі, напрямку та ступеня впливу контекстових факторів, загальні та спеціальні ерготерапевтичні, медичні, психологічні, педагогічні та соціальні дисципліни; ефективні методи, форми, прийоми реабілітаційної допомоги, корекційного та компенсуючого навчання і виховання; принципи роботи в мультидисциплінарній команді; індивідуальні психологічні особливості, вікові та нозологічні характеристики дітей і дорослих з обмеженнями життєдіяльності; методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ, 2001) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ); правила використання технологічних

засобів та обладнання кабінетів ерготерапії та інших спеціалізованих реабілітаційних приміщень закладів охорони здоров'я, навчальних кабінетів, класів, спортивних та ігрових залів, спеціалізованих приміщень, які створено для реабілітаційної та корекційної роботи; сучасні досягнення науки та практики у відповідних галузях реабілітації та абілітації; основи управління й організації ерготерапевтичних та корекційно-реабілітаційних процесів в закладах охорони здоров'я, у масових і спеціалізованих закладах для дітей, які мають вади у фізичному або розумовому розвитку; етичні норми і правила організації реабілітації осіб усіх вікових груп з обмеженнями життєдіяльності; норми і правила ведення реабілітаційної, психологічної, педагогічної та статистичної документації.

Кваліфікаційні вимоги

Ерготерапевт вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Ерготерапія». Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Постійна участь у навчальних практиках студентів-ерготерапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Ерготерапевт I кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Ерготерапія». Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Досвід участі у навчальних практиках студентів-ерготерапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) першої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Ерготерапевт II кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Ерготерапія». Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Підвищення кваліфікації (відповідно

до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) другої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом не менше 3 років.

Ерготерапевт: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Ерготерапія». Без вимог до стажу роботи.

III. До розділу «Професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)» додати пункт 27: Фізичний терапевт.

Додаток В

Кваліфікаційна характеристика Фізичний терапевт

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, реабілітацію, соціальний захист, права осіб з інвалідністю та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, реабілітації, соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Здійснює реабілітаційні заходи з метою усунення, припинення або зменшення болю, відновлення функцій організму, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб (дітей та дорослих) з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату, ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, наслідками неврологічних, серцево-судинних, респіраторних та інших захворювань, людей літнього віку з віковими ускладненнями.

Здійснює обстеження, тестування, визначення функціонального стану та рівня фізичного розвитку особи, складанні компонентів індивідуальної програми реабілітації щодо реабілітаційних втручань фізичного терапевта та безпосередньо проводить ці втручання. Застосовує фізичні вправи, масаж та преформовані фізичні чинники.

Здійснює розробку та впровадження комплексу заходів і рекомендацій, спрямованих на поліпшення діяльності опорно-рухового апарату та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсації порушених чи відсутніх функцій.

Бере участь у аналізі виконання реабілітаційної програми та внесенні корективів на кожному з етапів. Постійно веде встановлену профільну оцінкову та звітну документацію з фізичної терапії.

Співпрацює в тісному контакті з лікарями, ерготерапевтами, педагогами, логопедами, психологами, соціальними працівниками та іншими членами мультидисциплінарної команди.

Проводить наукову та адміністративну діяльність. Постійно удосконалює свій професійний рівень. Зберігає таємницю індивідуальних програм реабілітації. Дотримується правил і норм професійної етики та деонтології.

Виконує професійні обов'язки в реабілітаційних центрах, медичних, освітніх, санаторно-курортних закладах, соціальних службах, установах і організаціях державного, громадського і приватного секторів.

Повинен знати: чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність фізичного терапевта; організацію реабілітаційної допомоги; пріоритетні технології, що застосовуються в сучасній реабілітаційній практиці; анатомію і фізіологію людини; основи медичної патології; методи профілактики і корекції м'язово-скелетних, неврологічних та кардіореспіраторних дисфункцій на підставі виявлення анатомічних, фізіологічних, патологічних та психосоціальних характеристик; теорію застосування фізичних вправ; біомеханіку, моторний контроль, розвиток людини, кінезіологію та патокінезіологію, фізіологію праці; методику, доцільність і обсяг застосування заходів профілактики і корекції рухових дисфункцій у осіб різного віку, зокрема при неврологічних, опорно-рухових, серцево-судинних і респіраторних захворюваннях; основи психології, стандартизовані методи оцінки активності та участі, напрямку та ступеня впливу контекстових факторів; ефективні методи, форми, прийоми реабілітаційної допомоги; принципи роботи в мультидисциплінарній команді; індивідуальні психологічні особливості, вікові та нозологічні характеристики дітей і дорослих з обмеженнями життєдіяльності; методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ, 2001) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), правила використання технологічних засобів та обладнання спеціалізованих реабілітаційних приміщень закладів охорони здоров'я, навчальних кабінетів, класів, спортивних та ігрових залів, спеціалізованих приміщень, які створено для реабілітаційної та корекційної роботи; сучасні досягнення науки та практики у відповідних галузях реабілітації та габілітації, основи управління й організації корекційно-реабілітаційних процесів в закладах охорони здоров'я, у масових і спеціалізованих закладах для дітей, які мають вади у фізичному або розумовому розвитку; етичні норми і правила організації реабілітації осіб усіх вікових груп з обмеженнями життєдіяльності; норми і правила ведення реабілітаційної, психологічної, педагогічної та статистичної документації, основи

наукових досліджень та науково доказових принципів, планування і виконання експериментальних робіт, основи організації праці, адміністрації і менеджменту в державному і приватному секторах.

Кваліфікаційні вимоги

Фізичний терапевт вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Фізична терапія» (або сертифікація за еквівалентністю). Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Постійна участь у навчальних практиках студентів – фізичних терапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Фізичний терапевт вищої кваліфікаційної категорії зобов'язаний відповідати вимогам, які ставляться до фізичних терапевтів I кваліфікаційної категорії і, крім того, також повинен вміти:

- проводити та оцінювати результати складних методів фізичної терапії;
- консультувати складні випадки із залученням при необхідності спеціалістів відповідного профілю.

Фізичний терапевт I кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Фізична терапія» (або сертифікація за еквівалентністю). Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Досвід участі у навчальних практиках студентів – фізичних терапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) першої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Фізичний терапевт I кваліфікаційної категорії зобов'язаний відповідати вимогам, які ставляться до фізичних терапевтів II кваліфікаційної категорії, і, крім того, також повинен вміти:

- володіти удосконаленими методиками фізичної терапії;
- застосовувати новітні методи відновлення, підтримки, розвитку рухових функцій людини;
- володіти спеціальними методами обстеження та тестування в лабораторних та клінічних умовах;

– оцінювати та використовувати результати обстеження, що були отримані за допомогою сучасних інструментальних методів;

– оцінювати та корегувати ефективність проведеної реабілітаційної програми та профілактичних заходів на основі об'єктивних показників.

Фізичний терапевт II кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Фізична терапія» (або сертифікація за еквівалентністю). Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) другої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом не менше 3 років.

Фізичний терапевт II кваліфікаційної категорії зобов'язаний володіти знаннями та навичками фізичного терапевта, крім того, має вміти:

– фізична терапія при неврологічних розладах внаслідок прогресуючих захворювань;

– фізична терапія при ураженнях опорно-рухового апарату внаслідок прогресуючих захворювань;

– визначати необхідність спеціальних методів обстеження та тестування в лабораторних та клінічних умовах;

– оцінити результати обстеження та тестування за допомогою сучасних інструментальних методів;

– провести диференційну діагностику рухового порушення і встановити реабілітаційний прогноз, використовуючи прогресивні методи реабілітаційного обстеження.

Фізичний терапевт: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Фізична терапія» (або сертифікація за еквівалентністю). Без вимог до стажу роботи.

Фізичний терапевт повинен вміти: проводити комплексний огляд, обстеження та оцінювання окремого пацієнта/клієнта або потреб групи клієнтів; встановлювати рухове порушення, визначати реабілітаційні цілі, здійснювати прогноз та розробляти план реабілітаційного втручання; надавати консультації в межах своєї компетенції та визначати коли саме пацієнтам/клієнтам слід звернутися до інших фахівців сфери охорони здоров'я; виконувати

програму реабілітації; визначати очікувані результати будь-якого втручання / програми реабілітації; надавати рекомендації щодо самостійної роботи:

- фізична терапія при травматичних ураженнях опорно-рухового апарату;

- фізична терапія при порушенні діяльності серцево-судинної та дихальної систем;

- фізична терапія при неврологічних розладах внаслідок непрогресуючих станів (черепно-мозкові та спінальні травми, інсульти);

 - дослідженні у фізичній терапії;

 - класифікувати тип порушення рухової функції, користуючись МКФ;

 - проводити профілактику виникнення рухових порушень;

 - проводити пропагування здорового способу життя і профілактику виникнення рухових порушень, які можуть перешкоджати проведенню комплексної реабілітації.

Додаток Г

Компетентності, визначені Стандартом вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти та дескрипторам Національної рамки кваліфікацій асистента фізичного терапевта та ерготерапевта

Назва компетентності	Знання	Уміння	Комунікація	Автономія та відповідальність
Інтегральна компетентність				
Здатність вирішувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми, пов'язані з фізичною терапією та ерготерапією, що характеризуються комплексністю та невизначеністю умов, із застосуванням положень, теорій та методів медико-біологічних, соціальних, психолого-педагогічних наук				
Загальні компетентності				
Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності	Знати законодавчі та системуючі документи, що регулюють професійну діяльність	Дотримуватись законодавства, уміти враховувати чинники які впливають на професійну діяльність фізичного терапевта та ерготерапевта	Здатність обмінюватися інформацією про законодавчі чинники що впливають на професійну діяльність фізичного терапевта та ерготерапевта	Бути відповідальним за власні професійні рішення, дотримання рамок професійної діяльності
Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів)	Знати законодавчі документи, що стосуються охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, фізичного виховання	Дотримуватися законодавства, моральних норм, професійної етики; вміти отримувати згоду пацієнта/клієнта, або опікунів на проведення заходів фізичної терапії, ерготерапії	Проявляти повагу до пацієнта/клієнта; проявляти емпатію; дотримуватись ефективного спілкування; сприймати та поважати потребу пацієнта/клієнта у спілкуванні	Бути відповідальним за власні професійні рішення, дотримання етичних та юридичних вимог

<p>Навички міжособистісної взаємодії</p>	<p>Знати методи вербального та невербального спілкування з пацієнтами/клієнтами у різних станах, опікунами, членами сім'ї, близькими та усіма учасниками реабілітаційного процесу.</p>	<p>Вміти враховувати чинники, які можуть впливати на ефективність спілкування; використовувати відкриті і закриті питання; визначати і інтерпретувати невербальні сигнали спілкування; спілкуватися професійно та зрозуміло з пацієнтами/клієнтами, опікунами, членами сім'ї, близькими та усіма учасниками реабілітаційного процесу; перевіряти чи пацієнт /клієнт розуміє надану інформацію</p>	<p>Продемонструвати навички уважного слухача та вміння правильно поставити запитання; виразити письмову інформацію зрозумілою мовою.</p>	<p>Бути відповідальним при дотриманні етичних та юридичних вимог, критично аналізувати свої комунікативні вміння та досконалювати навички спілкування</p>
<p>Здатність працювати в команді</p>	<p>Знати методи ефективного спілкування, менеджменту командної роботи</p>	<p>Вміти працювати у команді, дотримуватися меж професійної компетентності, етичних та моральних принципів; демонструвати поведінку, яка сприяє формуванню сприятливої робочої атмосфери</p>	<p>Здатність обмінюватися інформацією з членами колективу, спілкуватися з ними вербально та невербально; дотримуватися відповідного стилю одягу, спілкування та поведінки</p>	<p>Бути відповідальним при дотриманні етичних, юридичних та професійних вимог</p>

Здатність мотивувати людей та рухатися до спільної мети	Знати методи ефективного спілкування, основи менеджменту та управління	Уміти застосовувати знання ефективного спілкування, менеджменту та управління, демонструвати поведінку яка сприяє формуванню мотивації	Здатність обмінюватися інформацією, спілкуватися вербально та невербально; дотримуватися відповідного стилю одягу, спілкування та поведінки	Бути відповідальним при формуванні спільної мети та її реалізації
Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово	Мати достатні знання іноземної мови	Вміти застосовувати знання іноземної мови, вміти спілкуватись іноземною мовою	Використовувати при фаховому та діловому спілкуванні та при підготовці документів іноземну мову, використовувати іноземну мову у професійній діяльності	Нести відповідальність за володіння іноземною мовою на належному рівні
Здатність планувати та управляти часом	Знати основи менеджменту	Вміти застосовувати принципи організаційного управління	Користуватися засобами комунікації	Відповідально застосовувати принципи організаційного управління
Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій	Мати знання в галузі інформаційних технологій, що застосовуються у професійній діяльності	Вміти використовувати інформаційно-комунікаційні технології у професійній діяльності	Здатність використовувати інформаційно-комунікаційні та комунікаційні технології у професійній діяльності	Нести відповідальність за розвиток професійних знань та компетентностей
Здатність до пошуку, оброблення	Знати принципи науково	Вміти використовувати традиційні	Встановлювати відповідні зв'язки	Здатність працювати автономно,

та аналізу інформації з різних джерел	доказової практики; сучасні методи пошуку інформації; роботи з бібліотечними та інформаційними ресурсами	та новітні інформаційно-комунікаційні технології; вибирати доступні ресурси, такі, як електронні бази даних; демонструвати використання критичного підходу під час процесу інтерпретації інформації	для досягнення цілей; використувати бібліотечні й інформаційно-комунікаційні технології	нести відповідальність за достовірність зібраної інформації
Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями	Знати методи пошуку навчальних ресурсів та баз даних, принципів форм і методів навчання; мати спеціалізовані концептуальні знання, набуті у процесі навчання	Вміти оцінювати себе критично; вибирати навчальні ресурси; критично аналізувати існуючу реабілітаційну практику, опираючись на сучасні наукові данні; застосовувати знання на практиці, розв'язувати складні задачі і проблеми, які виникають у професійній діяльності	Користуватися засобами комунікації; зрозуміло і недвозначно доносити власні висновки, знання та пояснення, що їх обґрунтують, до фахівців та нефахівців; вивчати досвід колег	Самостійно вибирати оптимальні навчальні ресурси та впроваджувати сучасні наукові дані у практичну діяльність; відповідати за професійний розвиток, професійно навчатися з високим рівнем автономності
Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях	Знати свої соціальні та громадські права та обов'язки	Формувати свою громадянську свідомість, вміти діяти відповідно до неї	Здатність донести свою громадську та соціальну позицію	Відповідати за свою громадянську позицію та діяльність

Здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні	Знати свої професійні права та обов'язки; принципи науково доказової практики	Вміти формувати свою професійну відповідальність, діяти відповідно до неї; приймати рішення застосовуючи принципи науково доказової практики; діяти у межах посадових обов'язків та професійної компетентності	Здатність донести свою позицію до фахівців та нефахівців; ефективно формувати комунікаційну стратегію у професійній діяльності	Відповідати за свою професійну позицію та діяльність; відповідати за прийняття рішень у складних умовах
Здатність діяти соціально відповідально та свідомо	Знати соціальні норми природу і суспільство	Вміти використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя	Чітко доносити особисту позицію	Мати свою особисту позицію та діяльність; відповідати за прийняття рішень у складних умовах
Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі	Знати історію розвитку предметної області, її місце у загальній системі знань про природу і суспільство	Вміти використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя	Розробляти заходи щодо збереження моральних, культурних, наукових цінностей і досягнень суспільства; взаємодіяти з відповідними	Нести відповідальність за збереження та примноження моральних, культурних, наукових цінностей і досягнень суспільства

<p>розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя</p>				<p>структурами у розв'язанні соціальних проблем</p>
---	--	--	--	---

Спеціальні (фахові) компетентності

<p>Здатність пояснити потребу у заходах фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок з</p>	<p>Знати принципи медичної, соціальної та біопсихосоціальної моделей обмеження життєдіяльності; особливості застосування</p>	<p>Вміти пояснити поняття «здоров'я» та шляхи його зміцнення в контексті потреб конкретного пацієнта/клієнта; пояснити ефективність використання фізичних вправ</p>	<p>Здатність донести свою позицію до фахівців та нефахівців; співробітництво з широким колом осіб (колеги, керівники, клієнти)</p>	<p>Здатність працювати автономно, нести відповідальність за достовірність озвученої інформації</p>
---	--	---	--	--

охороною здоров'я	профілактичних та терапевтичних заходів фізичної терапії, ерготерапії та їх вплив на стан здоров'я пацієнта/клієнта	та змін оточення для відновлення і підтримки здоров'я; пояснити необхідність профілактичних та терапевтичних заходів фізичної терапії, ерготерапії		
Здатність аналізувати будову, нормальний та індивідуальний розвиток людського організму та його рухові функції	Знати анатомію, біомеханіку, фізіологію та біохімію рухової активності, фізичний та психічний розвиток людини; процеси, які проходять в організмі під час навчання та контролю рухових функцій	Вміти пояснити анатомічну будову та функції людського організму; описати будову і функції органів та систем організму; пояснити зв'язок між будовою та функцією основних систем людського організму; аналізувати основні рухові функції людини; описати особливості фізичного та психічного розвитку людського організму	Здатність ефективно формувати комунікаційну стратегію у професійній діяльності	Нести відповідальність за своєчасне набуття сучасних наукових та практичних знань
Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати	Основи патології, патофізіології, функціональної анатомії;	Вміти пояснити реакції організму на ушкодження; загальні принципи і механізми	Здатність ефективно формувати комунікаційну стратегію у	Нести відповідальність за своєчасне набуття сучасних

вати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії	принципи застосування та вплив засобів та методів фізичної терапії, ерготерапії	погіршення стану здоров'я, відновлення та одужання у контексті практичної діяльності у фізичній терапії, ерготерапії; патологічні процеси, які піддаються корекції заходами фізичної терапії, ерготерапії	професійній діяльності	наукових та практичних знань
Здатність враховувати медичні, психолого-педагогічні, соціальні аспекти у практиці фізичної терапії, ерготерапії	Знати основи патології, патофізіології, соціології, психології педагогіки, фізичної терапії, ерготерапії; взаємозв'язок і взаємовплив фізичної, когнітивної, емоційної, соціальної та культурної сфер	Вміння інтегрувати знання про патологічні процеси та спричинені ними розлади, що стосуються стану конкретного пацієнта/клієнта	Встановлювати міждисциплінарні зв'язки для досягнення цілей; спілкуватися вербально та невербально	Відповідально відноситися до поширення та трактування інформації від фахівців медичної, соціальної, педагогічної, психологічної сфери
Здатність провадити безпечну для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця практичну діяльність	Знати Закони України про охорону здоров'я, етичний кодекс, нормативні документи, що регламентують професійну	Вміти виявляти фактичний і потенційний ризик, небезпеку для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця, відповідним чином реагувати на неї;	У разі невизначеності, звертатися по допомогу чи скеровувати пацієнта/клієнта до іншого фахівця сфери охорони	Бути відповідальним при дотриманні вимог безпеки

<p>з фізичної терапії, ерготерапії у травматології та ортопедії, неврології та нейрохірургії, кардіології та пульмонології, а також інших областях медицини</p>	<p>діяльність; принцип отримання згоди пацієнта/клієнта на проведення заходів фізичної терапії, ерготерапії; особливості впливу стану пацієнта/клієнта та зовнішнього середовища на безпеку проведення заходів; особливості позиціонування та переміщення</p>	<p>узагальнювати усі результати обстеження і скласти відповідний план професійних дій, враховуючи усі заходи безпеки та протипокази щодо кожної дії; запобігати небезпеці/ризик, мінімалізувати їх під час фізичної терапії, ерготерапії; безпечно використовувати обладнання; надати первинну допомогу при невідкладних станах</p>	<p>здоров'я; у тактовній та зрозумілій формі реагувати на небезпечні дії колег</p>	
<p>Здатність виконувати базові компоненти обстеження у фізичній терапії та/або ерготерапії: спостереження, опитування, вимірювання та тестування, документувати їх результати</p>	<p>Знати методи соціологічного, педагогічного, клінічного та параклінічного дослідження; основні протипокази і застереження щодо проведення заходів фізичної терапії, ерготерапії; особливості обстеження у фізичній</p>	<p>Вміти організувати збір інформації про актуальний стан здоров'я пацієнта/клієнта; скласти анамнез; демонструвати чітке логічне обґрунтування вибраної послідовності питань та обстежень; використовувати відповідні методи огляду обстеження та тестування;</p>	<p>Встановлювати міждисциплінарні зв'язки для досягнення цілей; спілкуватися вербально та невербально; консультуватися з колегами, пацієнтом/клієнтом, опікунами, членами сім'ї та іншими учасниками реабілітаційного процесу</p>	<p>Під наглядом проводити обстеження, тестування, огляд у фізичній терапії, ерготерапії та документувати отримані результати; бути відповідальним при дотриманні етичних та юридичних вимог</p>

	терапії, ерготерапії, спеціальні тести та шкали; етичні та юридичні вимоги ведення документації	точно документувати дані обстеження, користуючись логічним форматом, який відповідає професійним інструкціям фахівця і вимогам даного закладу		
Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії та/або ерготерапії	Засоби методи та форми фізичної терапії, ерготерапії	Вміти безпечно та ефективно виконувати програму фізичної терапії, ерготерапії; діяти наполегливо та цілеспрямовано; модифікувати обсяг навантаження, зміст та спрямованість занять в залежності від функціонального, психологічного та когнітивного стану пацієнта; вибирати необхідний рівень допомоги; визначати частоту занять і тривалість курсу фізичної терапії, ерготерапії; координувати реалізацію індивідуальної	У разі невизначеності, звертатися по допомогу чи скеровувати пацієнта/клієнта до інших фахівців; надавати пацієнтові/клієнтові вербальні та невербальні підказки, коректуючи виконання вправ/дій, і, при потребі, перефразувати інструкції; взаємодіяти із членами мультидисциплінарної команди, пацієнтом чи опікунами	Бути відповідальним за ефективну реалізацію програми фізичної терапії, ерготерапії

		<p>програми реабілітації з усіма учасниками реабілітаційного процесу; за необхідності корегувати цілі; обговорити реабілітаційний процес з пацієнтом/клієнтом та/або родичами, опікунами, близькими, іншими фахівцями; надати пацієнтам/клієнтам програму для самостійних занять</p>		
<p>Здатність ефективно реалізувати програму фізичної терапії та/або ерготерапії</p>	<p>Знати основи дидактики, теорії та методики фізичної культури, психології; критерії відповідності заходів фізичної терапії, ерготерапії актуальному стану здоров'я, функціональним можливостям та потребам</p>	<p>Вміти оцінити функціональні можливості та потреби пацієнта/клієнта; обирати методи впливу/догляду, враховуючи патологію, функціональні розлади, активність та участь особи, контекстні та особистісні фактори; організувати індивідуальні та групові заняття, обирати</p>	<p>Налагоджувати обмін досвідом; застосовувати вербальну та невербальну комунікацію з пацієнтом/клієнтом; надавати інформацію в оптимальний спосіб</p>	<p>Нести відповідальність за прийняття рішення щодо відповідності заходів фізичної терапії, ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта</p>

	пацієнта/ клієнта	необхідне обладнання; моніторити стан пацієнта; передбачати та визначати реакцію пацієнта/клієнта на проведення реабілітаційних заходів		
Здатність проводити оператив- ний, поточний та етапний контроль стану пацієнта/ клієнта відповідни- ми засобами й методами та докумен- тувати отримані результати	Знати форми та методи проведення та реєстрації результатів оперативного, поточного та етапного контролю за станом пацієнта/ клієнта; критерії досягнення цілей; особливості коректування цілей та завдань в залежності від результатів контролю; критерії оцінювання ефективності самостійної діяльності пацієнтів/ клієнтів	Вміти проводити оперативний, поточний та етапний контроль за станом пацієнта/ клієнта та їх документувати їх результати; оцінювати ефективність фізичної терапії, ерготерапії; визначати ставлення пацієнта/клієнта до отриманих результатів; навчати пацієнта/клієнта застосувати методи самоконтролю; дотримуватися стандарти- зованих протоколів під час вимірювання результатів; інтерпретувати отримані дані; керувати процесом	Чітко повідомляти про результати контролю при комунікації із членами мультидисцип- лінарної команди, пацієнтом чи опікунами	Самостійно проводити оперативний та поточний контроль за станом пацієнта/ клієнта; бути відповідальним за своєчасне та достовірне проведення контролю стану пацієнта/ клієнта відпо- відними засобами й методами, за належне докумен- тування отриманих результатів

		фізичної терапії, ерготерапії		
Здатність адаптовувати свою поточну практичну діяльність до змінних умов	Знати види та способи адаптації, принципи дії в новій ситуації	Вміти застосувати засоби саморегуляції, вміти пристосовуватися до нових ситуацій (обставин) життя та діяльності; підбирати та змінювати засоби, методи і форми фізичної терапії, ерготерапії відповідно до змінних умов	Встановлювати відповідні зв'язки з членами мультидисциплінарної команди, пацієнтом чи опікунами для досягнення результату	Бути відповідальним за своєчасне використання методів саморегуляції
Здатність надавати долікарську допомогу під час виникнення невідкладних станів	Мати спеціалізовані знання про будову тіла людини, її органи та системи; алгоритми надання екстреної долікарської допомоги при невідкладних станах	Вміти надавати екстрену долікарську допомогу при невідкладному стані	Пояснити необхідність та порядок проведення заходів екстреної долікарської допомоги. Вміти пояснити недоцільність застосування будь яких заходів нефахівцям	Нести відповідальність за своєчасність та якість надання екстреної долікарської допомоги
Здатність навчати пацієнта/опікунів самообслуговуванню/догляду, профілактиці захворю-	Знати основи психології та дидактики; принципи здорового способу життя; особливості профілактики захворювань	Вміти провадити здоровий спосіб життя та навчати цьому пацієнта/клієнта та/або родичів, опікунів, близьких; навчати пацієнта/клієнта прийомам	Зрозуміле і недвозначне донесення власних висновків, знань та пояснень, що їх обґрунтовують до фахівців та нефахівців	Бути відповідальним за дотримання здорового способу життя; відповідально відноситися до профілактики захворювань, травм

вань, травм, ускладнень та неповносправності, здоровому способу життя	та їх ускладнень, травм, неповносправності; прийоми самообслуговування та догляду	самообслуговування, основам профілактики захворювань та їх ускладнень, травм, неповносправності; навчати опікунів та/або родичів прийомам догляду за пацієнтом/клієнтом, залучати їх до реабілітаційного процесу		та неповносправності; прагнути допомогти пацієнту/клієнту чи опікунам зрозуміти та реалізувати прийоми догляду та самообслуговування
Здатність знаходити шляхи постійного покращення якості послуг фізичної терапії та ерготерапії	Знати основи менеджменту, принципи науково-доказової практики	Вміти удосконалювати професійну діяльність відповідно до сучасних науково-доказових даних	Встановлювати зв'язки для досягнення цілей; спілкуватися вербально та невербально	Бути відповідальним за дотримання принципу постійного покращення якості реабілітаційних послуг

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 8 жовтня 2007 р. № 623

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА
реабілітації особи з інвалідністю № _____
(вікова категорія від 18 років і старше)

Дата заповнення _____ МСЕК _____
_____ (найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи з інвалідністю
ТЮ _____

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 (підкреслити)

11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10

12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____

13. Обмеження життєдіяльності:

№	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1.	до професійного навчання						
13.7.2.	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	термін проведення	місце проведення		
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					
Консультація					
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					
3. Фізична реабілітація					
Консультування					
Ерготерапія					
Кінетотерапія					
Лікувальний масаж					
Лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
Професійна орієнтація					
Професійний відбір					

Професійна освіта					
Експертиза потенційних професійних здібностей					
Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
5. Трудова реабілітація					
Пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та фізичних потреб інваліда					
Раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
Види професій і спеціальності, доступні за станом здоров'я					
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, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
Соціально-побутовий патронаж					
Праце терапія					
II. Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: – крісла колісні (коляски) різних типів; – палиці; – милиці; – допоміжні засоби для ходіння.					
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;					

<ul style="list-style-type: none"> – телевізійні збільшувальні прилади; – тифломагнітоли; – машини, що читають; – прилад для письма шрифтом Брайля; – диктофони; – плеєри для відтворення звукозапису; – годинник; – тростини тактильні. 					
<p>3. Спеціальні засоби для самообслуговування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – допоміжні побутові пристрої 					
<p>4. Спеціальні засоби для догляду:</p> <ul style="list-style-type: none"> – допоміжні засоби для туалету; – допоміжні засоби для підіймання; – крісла стільці із санітарним оснащенням. 					
<p>5. Спеціальні засоби для освіти і занять:</p> <ul style="list-style-type: none"> – трудовою діяльністю – меблі спеціального призначення; – комп'ютерні програми для навчання; – спеціальні підручники, література шрифтом Брайля. 					

<p>6. Протезні вироби: – ортопедичні вироби; – ортопедичне взуття; – спеціальний одяг.</p>					
<p>7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: – спеціальні крісла колісні для занять окремими видами спорту; – шведська стінка, інші спеціальні тренажери; – спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання.</p>					
<p>II. Вироби медичного призначення:</p>					
<p>– протезування клапанів; – забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС); – ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ; – сечоприймачі; – калоприймачі; – слухові апарати; – очні протези (тимчасові або індивідуальні);</p>					

– окуляри; – контактні лінзи; – лупи; – гіперокуляри; – світлофільтри; – діафрагмальні, мінусові ручні лінзи; – акустичні окуляри; – 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; погіршилась (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 (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 законного представника

дитини-інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше (підкреслити).

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів МСЕК _____
(ініціали, прізвище)

Печатка МСЕК _____ Дата _____

Додаток Д ДОВІДКА

для одержання путівки на санаторно-курортне лікування

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____</p> <p>Код за ЄДРПОУ <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 070/в</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> № <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p>
<p>ДОВІДКА № _____ для одержання путівки на санаторно-курортне лікування</p> <p>Ця довідка не замінює санаторно-курортну карту і не дає пацієнту права на санаторно-курортне або амбулаторно-курортне лікування</p>	
<p>1. Водана _____ (прізвище, ім'я, по батькові)</p> <p>2. Стать: 2.1. Чоловіча 2.2. Жінча (підкреслити)</p> <p>3. Дата народження <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> (число, місяць, рік)</p> <p>4. Місце проживання хворого _____</p>	
<p>5. Діагноза _____ Код за МКХ-10</p> <p>5.1. Заквернення, з приводу якого хворий(а) направляється в санаторій <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>5.2. Остаттє докверження або закверження, яке є причиною інвалідності <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>5.3. Супутні закверження <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>6. Загальні протипоказання для направлення на санаторно-курортне лікування відсутні Лікувальний лікар _____ (підпис)</p> <p>7. Рекомендовано: _____</p> <p>7.1. Санаторно-курортне лікування в санаторії (санаторії-профілакторії) _____ (вказати профіль)</p> <p>7.2. Амбулаторно-курортне лікування _____</p> <p>7.3. Садирження в санаторії-профілакторії _____</p> <p>8. Рекомендоване місце лікування: місцевий санаторій (штаб курортів) _____ курорт (а) _____ (вказати рекомендовані курорти)</p> <p>9. Рекомендована пара року: навесні, весняно, літню, осенню (підкреслити)</p> <p>10. Лікувальний лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові) _____ (підпис)</p> <p>11. Завідуючий відділенням _____ (прізвище, ім'я, по батькові) _____ (підпис)</p> <p>12. Головний лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові) _____ (підпис)</p>	
<p>Довідка дійсна протягом 12 місяців з часу видачі.</p> <p>Довідка видається для одержання путівки на санаторно-курортне лікування. Після одержання путівки необхідно звернутися за санаторно-курортною картою в заклад охорони здоров'я, який видав довідку.</p> <p>Дата видачі <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> М.П.</p> <p style="text-align: center;">(число, місяць, рік)</p>	

Додаток Е

Санаторно-курортна карта

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад оздоровлення адресан'я</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу оздоровлення адресан'я, де заповнюється форма</p> <p>Код за ЄДРПОУ </p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 072/в</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p>№ </p>
<p>САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА № _____</p> <p>« _____ » _____ 20 _____ року</p>	
<p>Видается після пред'явлення путівки на санаторне або амбулаторно-курортне лікування. Без цієї карти путівка не діє.</p> <p>1. Місцезнаходження закладу оздоровлення адресан'я, по якій карту:</p> <p style="margin-left: 20px;">область _____ район _____</p> <p style="margin-left: 20px;">місто/село _____ вулиця _____</p> <p>2. Прізвище, ім'я, по батькові лікувального лікаря _____</p> <p>3. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____</p> <p>4. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2 <input type="checkbox"/> 5. Дата народження (число, місяць, рік)</p> <p>6. Місце проживання (реєстрації)/перебування хворого _____</p> <p>7. Місце роботи, посада (за наявності) _____</p> <p>8. Скарги, даність захворювання, дані анамнезу, попереднє лікування, у тому числі санаторно-курортне</p> <p>9. Короткі дані клінічних, лабораторних, рентгенологічних та інших досліджень (додаток)</p>	

10. Діяння: а) освітній _____
б) сукупні заповнення _____
11. ВИСНОВОК
Курортне лікування _____
(вказати рекомендовані курорти)
а) у санаторії _____
(вказати профіль)
б) амбулаторно-курортне (підкреслити)
12. Рекомендоване лікування в місцевому санаторії (поза курортами) _____
(вказати профіль санаторію)
13. Пера року _____
М. П.
Лікувальний лікар _____
Завідуючий відділенням _____
(прізвище, підпис)
(прізвище, підпис)

Додаток Є

Перелік протипоказань для направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування

Протипоказання для направлення дітей на санаторно-курортне лікування та оздоровлення

1. Усі хвороби в стадії запалення та в період загострення.
2. Захворювання, які потребують лікування в умовах стаціонару або спеціального лікування.
3. Інфекційні, паразитарні захворювання та контакт з інфекційними захворюваннями до закінчення строку ізоляції.
4. Усі заразні та паразитарні хвороби очей і шкіри, злоякісні анемії, злоякісні новоутворення (для кліматичних курортів), кахексія, амілоїдоз внутрішніх органів, усі форми туберкульозу.
5. Судомні напади та їх еквіваленти (у тому числі синкопальні), епілепсія.
6. Психоневрози, психопатії, патологічний розвиток особистості з проявами девіантної поведінки, соціальної дезадаптації, що потребують індивідуального спостереження і лікування.
7. Гострі психічні розлади.
8. Захворювання серцево-судинної системи:
 - для місцевих санаторіїв – недостатність кровообігу вище I ступеня;
 - для кліматичних курортів – недостатність кровообігу будь-якого ступеня.
9. Бронхіальна астма гормонозалежна середньої та важкої форм (III, IV ступенів).
10. Полінози в період цвітіння дерев і трав.
11. Бронхоектази з частими загостреннями, з легеневою або серцевою недостатністю.
12. Ювенільний ревматоїдний артрит у фазі загострення II, III ступенів активності, втрата можливості самообслуговування.
13. Усі форми прогресуючих м'язових дистрофій.
14. Кровотечі, що часто повторюються та з великою втратою крові.
15. Спадково-дегенеративні хвороби (обмежена атрофія головного мозку – хвороба Піка, дегенерація сірої речовини – хвороба Альперса, підгостра некротична енцефалопатія – хвороба Лейга) і демієлінізуючі захворювання нервової системи (розсіяний множинний склероз,

оптиконевромієліт – хвороба Девіка, геморагічний лейкоенцефаліт – хвороба Харста, дифузний склероз, у тому числі хвороба Шільдера, некротичний мієліт).

16. Вади розвитку головного мозку і черепа; гідроцефалія з ознаками декомпенсації.

17. Цукровий діабет середньої та важкої форм.

18. Неспецифічний виразковий коліт.

19. Залежність від психоактивних речовин та алкоголю.

Примітки:

1. Дітей з цукровим діабетом можна направляти на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування тільки за наявності відповідного відділення.

2. Дітей із захворюваннями органів травлення необхідно обов'язково обстежувати на дизентерійне бактеріоносіння.

3. Достроковий приїзд до медичних реабілітаційних центрів і достроковий від'їзд із них заборонений.

4. Після дифтерії, скарлатини діти можуть направлятися на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування не раніше ніж через 4–5 місяців після виписки із стаціонару.

5. Енурез не є протипоказанням для направлення на санаторно-курортне лікування.

Протипоказання для направлення хворих на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування

1. Загальні протипоказання

1. Усі захворювання в стадії запалення, хронічні захворювання в період загострення та захворювання, ускладнені гострими гнійними процесами.

2. Гострі інфекційні захворювання до завершення строку ізоляції.

3. Усі венеричні захворювання в гострій або заразній стадії.

4. Усі хвороби крові в стадії запалення і в період загострення.

5. Кахексія будь-якого походження.

6. Злоякісні новоутворення.

7. Усі захворювання і стани, що потребують стаціонарного лікування, у тому числі хірургічного втручання; усі захворювання, за яких хворі неспроможні до самостійного руху і самообслуговування, потребують постійного спеціального догляду (крім осіб, які підлягають лікуванню в спеціалізованих санаторіях та відділеннях для спинальних хворих).

8. Ехінокок будь-якої локалізації.

9. Рясні кровотечі, які часто повторюються.

10. Вагітність незалежно від терміну при направленні на бальнеологічні та грязеві курорти, а на кліматичні курорти, починаючи з 26 тижня (крім спеціалізованих відділень для вагітних жінок).

11. Вагітність незалежно від терміну при направленні на курорти:

- для бальнеогрязелікування з приводу гінекологічних захворювань;
- для лікування радоновими ваннами екстрагенітальних захворювань;
- осіб, які проживають на рівнинах, – на гірські курорти, розташовані на висоті понад 1000 м над рівнем моря.

12. Активний туберкульоз різних локалізацій (1–4 категорій), а також інші (тяжкі та поширені) форми захворювання при направленні на будь-які курорти і санаторії нетуберкульозного профілю.

13. Психічні захворювання. Значні зміни психіки та інтелекту. Психопатологічні зміни особистості, зниження пам'яті, порушення орієнтації та інші психопатологічні прояви, що призводять до неможливості самообслуговування і свідомого ставлення до лікувального процесу.

14. Усі форми наркоманії і хронічного алкоголізму.

15. Епілепсія. Епілептичні напади та інші види пароксизмальної зміни свідомості; схильність до синкопальних нападів та інших пароксизмальних кризових станів.

16. Цироз печінки.

2. Протипоказання для лікування хворих із захворюваннями системи кровообігу

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.

2. Серцева недостатність II–A стадії і вище.

3. Стабільна стенокардія III–IV функціональних класів.

4. Важкі порушення серцевого ритму і провідності: пароксизми миготіння передсердь, які виникають два чи більше разів на місяць, пароксизмальна тахікардія з частотою нападів два і більше разів на місяць; політопна, рання і групована екстрасистолія; атріовентрикулярна блокада вище I ступеня; повна блокада серця; трипучкова внутрішньощуночкова блокада.

5. Артеріальна гіпертензія III ступеня з некоригованим артеріальним тиском, кризовим перебігом та вираженими змінами очного дна, порушенням азотовидільної функції нирок; симптоматична гіпертонія з тими самими змінами очного дна і порушеннями функції нирок з кризовим перебігом.

6. Рецидивні тромбоемболічні ускладнення.

7. Порушення мозкового кровообігу в гострій чи підгострій стадії.

8. Цукровий діабет декомпенсований і важкого перебігу, а також ускладнений значним виснаженням, ацидозом, частими гіпоглікемічними станами.

9. Тромбоз шунта, який клінічно проявляється гострим інфарктом міокарда із складним порушенням серцевого ритму, гострою серцевою недостатністю.

10. Гостра серцева недостатність.

11. Шлункові, кишкові кровотечі.

12. Медіастеніт, перикардит.

13. Немоżliвість розширення фізичної активності внаслідок інших причин.

Примітки:

1. Направлення хворих здійснюється після виконання наступного рівня фізичної активності, що відповідає вимогам Всесвітньої організації охорони здоров'я: дозована хода на 1000 метрів в 1–2 прийоми, підйом по східцях на 17 - 22 сходинки.

2. При направленні хворого на етапі реабілітації потрібно керуватися функціональною підготовкою хворого до виконання вказаного рівня рухової активності, а не терміном виникнення інфаркту міокарда чи нестабільної стенокардії.

3. Протипоказання для лікування хворих із хронічними неспецифічними захворюваннями органів дихання

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.

2. Усі захворювання органів дихання у фазі загострення.

3. Хронічні дифузні бронхіти, хронічні пневмонії, пневмосклероз, емфізема легенів, що супроводжуються легеневою та/або серцевою недостатністю вище I ступеня.

4. Тяжкі форми повторної пневмонії з поширеними змінами в бронхолегеневій системі, бронхоектази з частими загостреннями, із серцевою або легеневою недостатністю вище I ступеня.

5. Бронхоектази з частими загостреннями, хронічні абсцеси при різкому виснаженні хворих з підвищеною температурою тіла, які супроводжуються виділенням рясної гнійної мокроти та кровохарканням.

6. Спонтанний пневмоторакс, хронічна рецидивна форма тромбоемболії легеневої артерії, великого розміру солітарна кіста легенів, кістозні гіпоплазії легенів з частими спалахами нагноєння, гострі фіброзні та ексудативні плеврити.

7. Бронхіальна астма III–IV ступенів із тяжкими нападами, що часто повторюються, а також середньої тяжкості без стійкої стабілізації процесу навіть на тлі прийому невеликих доз гормональних препаратів.

8. Після оперативного втручання на легенях за наявності трахеобронхіальних свищів.

9. Після неефективних оперативних втручань з приводу гнійних процесів за наявності плевральних випотів.

10. Після перенесених ефективних операцій на легенях з приводу гнійних процесів нетуберкульозного характеру, природженої патології та доброякісних новоутворень раніше ніж через 3–4 місяці.

4. Протипоказання для лікування хворих із хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.

2. Захворювання, що супроводжуються патологічною ламкістю кісток, вираженим остеопорозом.

3. Усі форми прогресуючих м'язових дистрофій.

4. Тяжкі форми ушкодження кісток та суглобів із значними виділеннями, тяжким загальним станом чи амілоїдозом внутрішніх органів.

5. Переломи кісток за наявності глухих гіпсових пов'язок на кінцівках, спицевих або стрижневих апаратів для позавогнищцевого черезкісткового остеосинтезу, постійного корсету на хребті.

6. Переломи кісток з наявністю інфікованих ран, трофічних виразок, екземи шкірних покривів.

7. Відсутність зіставлення і фіксації кісткових уламків при переломах кісток, тобто безперспективність відновлювального лікування.

8. Поліартрити з прогресуючим процесом у суглобах і анкілозами, контрактурами при поворотних змінах у суглобах та втраті спроможності самообслуговування.

9. Тяжкі деформації суглобів з повторним синовіітом та втратою спроможності самостійного пересування.

10. Хронічні остеомієліти за наявності великого чужорідного металевого тіла в остеомієлітичному осередку (наявність дрібних металевих осколків у навколишніх м'яких тканинах не є протипоказанням для санаторно-курортного лікування).

11. Остеомієліт у стадії загострення, а також за наявності множинних поширених свищів з гнійними виділеннями, великих секвестрів.

12. Септичні форми ревматоїдного поліартриту, ревматоїдний артрит із системними ушкодженнями (вісцеритами).

13. Реактивні артропатії III ступеня активності.

5. Протипоказання для лікування хворих із ревматизмом та ревматичними хворобами суглобів

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.

2. Ревматизм в активній фазі.

3. Системні прояви у фазі загострення та нестійкої ремісії (кардити, ревматичний поліартрит; ревматичне ураження легенів – легеневий васкуліт, плеврит; ревматичне ураження нирок; нейроревматизм – церебральний нейроваскуліт, енцефалопатія, гіпоталамічний синдром, хорея; ревматизм шкіри та підшкірної клітковини – кільцеподібна еритема, еритема вузлувата).

4. Комбіновані вади серця.

5. Ревматоїдний артрит з активністю запального процесу вище II стадії та змінами внутрішніх органів.

6. Рентгенологічна стадія IV ревматоїдного артрити, функціональне порушення суглобів III стадії.

7. Ювенільний ревматоїдний артрит у фазі загострення 1–2 ступенів активності, втрата можливості самообслуговування.

8. Тяжкі супровідні захворювання:

- гіпертонічна хвороба III ступеня, складні порушення ритму, ішемічна хвороба серця: стабільна стенокардія напруги і спокою III–IV функціонального класу;

- шлунково-кишкові кровотечі, порушення функції печінки II стадії і вище;
- порушення функції нирок II стадії і вище;
- цукровий діабет у фазі декомпенсації і важкого перебігу, ускладнений значним виснаженням, ацидозом, симптомами прикоматозного стану, частими гіпоглікемічними станами;
- хронічні бронхолегеневі захворювання з функціональною недостатністю вище I ступеня;
- інші захворювання органів і систем з функціональною недостатністю, у тому числі онкозахворювання.

6. Протипоказання для лікування хворих із захворюваннями органів травлення

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.

2. Усі захворювання органів травлення у фазі загострення.

3. Рубцеве звуження стравоходу (воротаря) і кишок у фазі загострення, виразкова хвороба, ускладнена субкомпенсованим стенозом, повторними кровотечами, що мали місце за попередні 8–10 місяців, пенетрацією виразки, малігнізацією виразки, хвороба Золлінгера-Еллісона; стриктура загального жовчного протоку і протоку жовчного міхура.

4. Гастрити ригідні, антральні, а також поліпи шлунка, хвороба Менетріє (гіпертрофічний гастрит).

5. Ускладнення після операції на шлунку та кишковику (незагоєний післяопераційний рубець, нориці, свищі шлунково-кишкового тракту, синдром привідної петельки, ускладнення гнійними процесами та евакуаторною недостатністю кишковика), так зване «зачароване коло», демпінг і гіпоглікемічний синдром у важкому ступені, атонія культі шлунка.

6. Ускладнення з боку серцево-судинної та легеневої систем, які розвинулися в ранньому післяопераційному періоді і не зникли до моменту виписки хворого з хірургічного стаціонару.

7. Ентероколіт з вираженим порушенням функції травлення, виснаження.

8. Хронічна дизентерія, неспецифічні виразкові коліти, хронічний коліт з поширеними виразковими або ерозивними процесами в прямій або сигмоподібній кишках, виявленими при ректороманоскопії, а також гемороїдальні кровотечі; поліпоз кишковика.

9. Часті і важкі напади жовчнокам'яної хвороби і свідчення про активну інфекцію (підвищена температура, нейтрофіліоз тощо).
10. Патологія культу міхурового протоку.
11. Наявність каменів у холедоку.
12. Стенозивний папіліт.
13. Цироз печінки.
14. Усі форми жовтяниці.
15. Хронічний (прогресуючий) гепатит будь-якої етіології.
16. Гострий панкреатит, порушення прохідності панкреатичного протоку.
17. Усі форми ендокринного ожиріння і IV ступінь аліментарного ожиріння при недостатності кровообігу вище II–A ступеня.
18. Цукровий діабет у фазі декомпенсації і важкого перебігу, ускладнений значним виснаженням, ацидозом, симптомами прикоматозного стану, частими гіпоглікемічними станами.
19. Тиреотоксикоз тяжкого ступеня, а також з вираженими ускладненнями (тиреотоксичне серце тощо).
20. Тяжкі форми гіпотиреозу; інші порушення функції щитоподібної залози у фазі декомпенсації.
21. Після радикальних операцій з приводу захворювань товстої кишки не раніше ніж через 1 місяць.

7. Протипоказання для лікування хворих з ураженням нервової системи та порушенням психіки

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.
2. Спадково-дегенеративні (хвороба Альцгеймера; обмежена атрофія головного мозку – хвороба Піка, прогресуюча ізольована афазія; сенільна дегенерація головного мозку, алкогольна дегенерація головного мозку; дегенерація сірої речовини – хвороба Альперса, підгостра некротична енцефалопатія – хвороба Лейга) і демієлінізуючі захворювання нервової системи (розсіяний множинний склероз, оптиконевромієліт – хвороба Девіка, геморагічний лейкоенцефаліт – хвороба Харста, дифузний склероз, у тому числі хвороба Шільдера, некротичний мієліт).
3. Захворювання нервової системи, які супроводжуються вираженими вегето-судинними розладами, у тому числі у вигляді порушень терморегуляції, тахікардії, синкопальних нападів.

4. Важкий прогресуючий перебіг склерозу мозкових судин, атеросклерозу аорти і магістральних судин, периферійних судин із синдромом недостатності периферійного кровообігу (передгангренозна та гангренозна стадії).

5. Значні зміни психіки та інтелекту, ідіотія та виражена дебільність і імбецильність; психопатологічні зміни особистості, зниження пам'яті, утруднення в орієнтуванні та інші психопатологічні прояви, що призводять до неможливості самообслуговування в колективі хворих і свідомого ставлення до лікувального процесу.

6. Епілептичні напади та інші зміни пароксизмальної зміни свідомості; схильність до синкопальних нападів та інших пароксизмальних кризових станів; часті судоми.

7. Гіперкінетичні, гіперсомнічні, вестибулярні, мозочкові синдроми. Виражені порушення зору, слуху, функцій органів таза, неможливість самостійного пересування. Наявність сенсорної афазії.

8. Бульбарні і псевдобульбарні паралічі; насильницький плач і сміх.

9. Аневризми судин мозку, що загрожують внутрішньомозковим крововиливом.

10. Гідроцефалія з ознаками декомпенсації.

11. Вади розвитку головного мозку і черепа.

12. Пухлини мозку, наслідки видалення інтрацеребральних та інтрамедулярних пухлин.

13. Важкі соматичні захворювання (серцево-судинна недостатність у вигляді важкої та частої стенокардії, аритмії, прояви серцевої астми і порушення кровообігу вище I ступеня; діабет; нестабільна гемодинаміка; ураження дихальної, сечовидільної систем і системи травлення тощо, за яких проведення активної реабілітації неможливе).

14. Поліомієліт з вираженими деформаціями і контрактурами.

15. Прогресуючий перебіг гіпертонічної хвороби із схильністю до кризових станів.

16. Дисеміновані захворювання нервової системи (розсіяний склероз, лейкоенцефаліти тощо).

17. Тривала відсутність у хворого чіткої тенденції до відновлення порушених функцій.

8. Протипоказання для лікування хворих із хворобами нирок та сечовивідних шляхів

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування.

2. Захворювання нирок при направленні на курорти із сірководневими водами.

3. Хронічна ниркова недостатність II ступеня і вище.

4. Ниркова гіпертензія (артеріальний тиск перевищує 180–100 мм рт. ст.).

5. Хронічні захворювання нирок з нирковою недостатністю, високим артеріальним тиском (понад 180 / 100–110 мм рт. ст.) або нейроретинітом.

6. Нефросклероз із симптомами ниркової недостатності.

7. Гломерулонефрит – при направленні на курорти з питними лікувальними водами. Порушення уродинаміки, що потребують хірургічного втручання.

8. Гідронефроз, полікістоз, ускладнений нирковою недостатністю.

9. Амілоїдоз нирок з набряками й азотемією.

10. Макроскопічна гематурія будь-якого походження.

11. Усі хронічні урологічні хвороби в стадії загострення.

12. Зморщений сечовий міхур будь-якої етіології, стриктура уретри.

13. Сечовий свищ будь-якої етіології.

14. Аденома передміхурової залози II–III ступенів.

Примітки:

1. Протипоказано направляти на питні курорти хворих, у яких розміри каменів і стан сечових шляхів перешкоджають відходженню сечі, а також не раніше ніж через 1–2 місяці після вилучення каменів.

2. Протипоказано направляти на курорти для лікування хворих, у яких камені за величиною самі вийти не зможуть і можуть бути вилучені тільки шляхом оперативного або інструментального втручання.

9. Протипоказання для лікування хворих з гінекологічними захворюваннями

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення хворих на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування.

2. Кістоми і кісти яєчників.

3. Вагітність.
4. Маткові кровотечі.
5. Міома матки, ендометріоз, що потребують оперативного лікування.
6. Гіперестрогенія – при грязе- та бальнеолікуванні, включаючи радонові і йодобромні води.
7. Післяабортний період (до першої менструації).

10. Протипоказання для лікування хворих з порушенням обміну речовин та захворюваннями ендокринної системи

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення хворих на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування.
2. Цукровий діабет у фазі декомпенсації і важкого перебігу, ускладнений значним виснаженням, ацидозом, із симптомами прикоматозного стану, з частими гіпоглікемічними станами.
3. Ускладнені форми цукрового діабету, у тому числі катаракта, ретинопатія II–IV ступенів, нефропатія.
4. Гангрена нижніх кінцівок.
5. Тиреотоксикоз тяжкого ступеня, а також з вираженими ускладненнями (тиреотоксичне серце тощо).
6. Тяжкі форми гіпотиреозу; інші порушення функції щитоподібної залози у фазі декомпенсації.
7. Первинне нейроендокринне ожиріння, вторинне церебральне, ендокринне ожиріння органічного генезу та інші форми ожиріння IV ступеня при недостатності кровообігу вище II-A ступеня.
8. Після перенесеної діабетичної коми (гіпоглікемічної, кетоацидотичної, гіперосмолярної чи молочнокислої) не раніше ніж через 3 місяці.
9. Будь-які ендокринні захворювання в стані декомпенсації, у тому числі доброякісні пухлинні захворювання ендокринної системи в стані декомпенсації.

11. Протипоказання для лікування хворих із захворюваннями шкіри

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення хворих на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування.
2. Будь-які ендокринні захворювання в стані декомпенсації, у тому числі доброякісні пухлинні захворювання ендокринної системи в стані декомпенсації.

3. Усі захворювання шкіри в гострих та підгострих стадіях.
 4. Дерматози, короста, гемодермія, пухирчасті дерматози.
 5. Гнійничкові захворювання шкіри.
 6. Грибкові захворювання волосяної частини голови, шкіри, кінцівок.
 7. Паразитарні захворювання шкіри (короста тощо).
 8. Ретикульози шкіри (гемодермії).
 9. Червоний вовчак (гостра та підгостра дисемінована та дискоїдна форми), фотодерматози, пізня шкірна порфірія, пігментна склеродерма.
- При захворюваннях шкіри рекомендуються переважно бальнеологічні курорти з сірководневими, вуглекислими, радоновими та іншими водами.

12. Протипоказання для лікування хворих із захворюваннями органів зору

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування.
2. Хронічні рецидивні запальні захворювання переднього відділу ока (склерит, епісклерит, кератит, іриїт, іридоцикліт, увеїт) у фазі ремісії при направленні на південні курорти у весняний, осінньо-зимовий періоди (направляти хворих на санаторно-курортне лікування можна тільки згідно з висновком лікаря-окуліста).
3. Стан після порожнинних операцій на очному яблуці (протягом 3 місяців після оперативного лікування за відсутності післяопераційних ускладнень).
4. Відшарування сітківки свіже, не опероване або успішно опероване протягом року після операції.
5. Новоутворення ока та його придатків.
6. Наслідки тяжких контузій та проникаючих поранень ока протягом року після травми.

13. Протипоказання для лікування хворих з онкологічними та гематологічними захворюваннями

1. Загальні протипоказання, що виключають направлення на реабілітаційне та санаторно-курортне лікування.
2. Еритремія (істинна поліцитемія).
3. Апластична (гіпопластична) анемія в різних клінічних стадіях.

4. Променева хвороба II, III ступенів з вираженими проявами вегетативної дистонії, диенцефального синдрому.

5. В12-дефіцитна та фолієводефіцитна анемії при направленні на кліматичні, гірські та південні курорти і в санаторії в літні місяці (червень–серпень).

6. Хронічні інтоксикації тяжкого ступеня, особливо за наявності виражених анемій та уражень нервової системи (енцефалопатія, параліч); затяжний перебіг періоду відновлення.

7. Хронічний мієлолейкоз.

8. Період проведення інтенсивної терапії, у тому числі променевої, та не менше 6 місяців після її закінчення.

9. Важкі ускладнення хіміо- чи променевої терапії, що потребують стаціонарного лікування.

Додаток Ж

Критерії встановлення інвалідності

Особі, що визнана особою інвалідністю, залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності встановлюється I, II чи III група інвалідності. I група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від ступеня втрати здоров'я особи з інвалідністю та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

Причинами інвалідності є:

- загальне захворювання;
- інвалідність з дитинства;
- нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я);
- професійне захворювання;
- поранення, контузії, каліцтва, захворювання:
 - одержані під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків) чи пов'язані з перебуванням на фронті, у партизанських загонах і з'єднаннях, підпільних організаціях і групах та інших формуваннях, що визнані такими згідно із законодавством, в районі воєнних дій на прифронтових дільницях залізниць, на спорудженні оборонних рубежів, військово-морських баз та аеродромів у період громадянської та Великої Вітчизняної воєни або з участю у бойових діях у мирний час;
 - одержані під час захисту Батьківщини, виконання інших обов'язків військової служби, пов'язаних з перебуванням на фронті в інші періоди;
 - одержані в районах бойових дій у період Великої Вітчизняної воєни та від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння у повоєнний період, а також під час виконання робіт, пов'язаних з розмінуванням боєприпасів часів Великої Вітчизняної воєни незалежно від часу їх виконання;
 - одержані у неповнолітньому віці внаслідок воєнних дій громадянських і Великої Вітчизняної воєни та в повоєнний період;
 - пов'язані з участю у бойових діях та перебуванням на території інших держав;
 - пов'язані з виконанням службових обов'язків, ліквідацією наслідків Чорнобильської катастрофи, ядерних аварій, ядерних

випробувань, з участю у військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, іншим ураженням ядерними матеріалами;

- одержані внаслідок політичних репресій;
- пов'язані з виконанням обов'язків військової служби або службових обов'язків з охорони громадського порядку, боротьби із злочинністю та ліквідацією наслідків надзвичайних ситуацій;

- захворювання:

- отримані під час проходження військової служби чи служби в органах внутрішніх справ, державної безпеки, інших військових формуваннях;

- пов'язані з впливом радіоактивного опромінення внаслідок Чорнобильської катастрофи;

- одержані в період проходження військової служби і служби в органах внутрішніх справ, державній пожежній охороні, органах і підрозділах цивільного захисту, Держспецзв'язку.

Підставою для встановлення I групи інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи у значному III ступені:

- нездатність до самообслуговування чи повна залежність від інших осіб;

- нездатність до пересування чи повна залежність від інших осіб;

- нездатність до орієнтації (дезорієнтація);

- нездатність до спілкування;

- нездатність контролювати свою поведінку;

- значні обмеження здатності до навчання;

- нездатність до окремих видів трудової діяльності.

До підгрупи А І групи інвалідності належать особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі інших осіб і фактичну нездатність до самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи А І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

До підгрупи Б І групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи Б І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє втрату можливості самостійного задоволення з допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

Особи з інвалідністю І групи із значно вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та проводити різні види трудової діяльності за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у тому числі вдома.

Підставою для встановлення ІІ групи інвалідності є стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

Критеріями встановлення ІІ групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження у вираженому ІІ ступені однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи:

– обмеження самообслуговування ІІ ступеня – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

– обмеження здатності до самостійного пересування ІІ ступеня – здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

– обмеження здатності до навчання II ступеня – нездатність до навчання або здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдома;

– обмеження здатності до трудової діяльності II ступеня – нездатність до провадження окремих видів трудової діяльності чи здатність до трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

– обмеження здатності до орієнтації II ступеня – здатність до орієнтації в часі і просторі за допомогою інших осіб;

– обмеження здатності до спілкування II ступеня – здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

– обмеження здатності контролювати свою поведінку II ступеня – здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві хвороби або більше, що призводять до інвалідності, наслідки травми або вроджені вади та їх комбінації, які в сукупності спричиняють значне обмеження життєдіяльності особи та її працездатності.

II група інвалідності встановлюється учням, студентам вищих навчальних закладів I–IV рівня акредитації денної форми навчання, що вперше здобувають відповідний освітньо-кваліфікаційний рівень освіти, у разі наявності в них ознак інвалідності на період їх навчання. Після закінчення навчального закладу видається довідка про придатність їх до роботи у результаті набуття професії.

Особи з інвалідністю II групи з вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності, зокрема шляхом створення відповідних умов праці із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Підставою для встановлення III групи інвалідності є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у помірно вираженому I ступені:

- обмеження самообслуговування I ступеня – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

- обмеження здатності самотійно пересуватися I ступеня – здатність до самотійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані;

- обмеження здатності до навчання I ступеня – здатність до навчання в навчальних закладах загального типу за умови дотримання спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає);

- обмеження здатності до трудової діяльності I ступеня – часткова втрата можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне обмеження кваліфікації або зменшення обсягу професійної трудової діяльності більше ніж на 25 відсотків, значне утруднення в набутті професії чи працевлаштуванні осіб, що раніше ніколи не працювали та не мають професії);

- обмеження здатності до орієнтації I ступеня – здатність до орієнтації в часі, просторі за умови використання допоміжних засобів;

- обмеження здатності до спілкування I ступеня – здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації;

- обмеження здатності контролювати свою поведінку I ступеня – здатність частково контролювати свою поведінку за особливих умов.

Особи з інвалідністю III групи з помірним обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності за умови забезпечення у разі потреби засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Додаток 3

Перелік захворювань, дефектів, необоротних морфологічних станів, порушень функцій органів та систем організму, при яких група інвалідності встановлюється без строку переогляду

Група інвалідності ІА встановлюється при таких захворюваннях:

1. Кукси обох верхніх кінцівок – на рівні плеча; кукси двох нижніх кінцівок – на рівні стегна у поєднанні з куксою однієї верхньої кінцівки.

2. Злоякісні новоутворення, у тому числі лімфоїдної, кровотворної і споріднених з ними тканин (з метастазами і рецидивами; тяжкий загальний стан з вираженими проявами інтоксикації, кахексії і розпадом пухлини).

3. Психічні розлади зі стійкими, значно вираженими психопатологічними синдромами (деменція; олігофренія: ідіотія, імбецильність; слабоумство внаслідок шизофренії та епілепсії).

4. Хвороби центральної та периферичної нервової системи з прогресуючим перебігом та наслідки травм нервової системи із незворотними, значно вираженими порушеннями рухових, мовних та зорових функцій (тетра- або триплегія, виражена атаксія, виражений аміостатичний та гіперкінетичний синдроми з неможливістю стояти та ходити, верхня або нижня параплегія в поєднанні з вираженим порушенням тазових органів, виражені бульбарні порушення з тотальною афазією, повною сліпототою або концентричним звуженням полів зору до 10 град. від точки фіксації на обидва ока).

5. Різко виражена контрактура або анкілоз крупних суглобів верхніх і нижніх кінцівок у функціонально невігідному положенні (при неможливості ендопротезування).

6. Поєднання сліпоти на обидва ока (коригована гострота зору нижче 0,05 або концентричне звуження полів зору до 10 град. від точки фіксації): із загальною соматичною патологією, що призводить до високого ступеня втрати здоров'я та повної залежності від інших осіб; або з ампутаціями нижніх кінцівок на рівні стегна або однієї верхньої кінцівки; або з повною глухотою.

Група інвалідності ІБ встановлюється при таких захворюваннях:

1. Двобічний анофтальм (відсутність очей, вроджені рудиментарні очні яблука).

2. Сліпота (гострота зору з переносною корекцією менше 0,05 або концентричне звуження поля зору до 10 град. від точки фіксації) на обидва ока в результаті стійких незворотних змін.

3. Кукси обох нижніх кінцівок на рівні нижньої третини стегон і вище.

4. Хвороби центральної та периферичної нервової системи з прогресуючим перебігом і наслідки травм та інших уражень нервової системи з незворотними, значно вираженими порушеннями рухових, мовних та зорових функцій (верхня або нижня параплегія, геміплегія, тотальна афазія, повна сліпота тощо).

5. Захворювання нирок (хронічна ниркова недостатність IV ступеня за класифікацією МОЗ), які лікуються програмним гемодіалізом.

6. Захворювання серцево-судинної системи, які призвели до недостатності кровообігу ІІБ–ІІІ ступенів при неефективності реабілітаційних заходів, протягом трьох років.

7. Хвороби органів дихання з прогресивним перебігом, що супроводжуються стійкою легеневою недостатністю III ступеня, в поєднанні з недостатністю кровообігу ІІБ–ІІІ ступенів.

8. Психічні захворювання: люцидна кататонія, яка триває більше ніж один рік, слабоумство внаслідок епілепсії з частими (15 і більше разів на місяць) епілептичними нападами.

9. Двобічна відсутність чотирьох, трьох пальців кистей, включаючи перший; кукси верхніх кінцівок на рівні передпліччя у різних поєднаннях. Різко виражена контрактура або анкілоз суглобів китиць у функціонально невиконаному положенні.

Група інвалідності II встановлюється при таких захворюваннях:

1. Цироз печінки з гепатоспленомегалією і портальною гіпертензією III ступеня при неефективності реабілітаційних заходів.

2. Відсутність однієї легені і хронічна легенева недостатність II ступеня внаслідок патологічних змін другої легені.

3. Стійкий повний птоз на обох очах після всіх видів відновного лікування та необоротні зміни органа зору з гостротою зору з переносною корекцією 0,05–0,08 або концентричним звуженням поля зору до 20 град. від точки фіксації на обидва ока або на око, що краще бачить.

4. Параліч нижньої кінцівки, виражений верхній або нижній парапарез, виражений геміпарез.

5. Виражений верхній або нижній парепарез, виражений геміпарез.
6. Значні дефекти черепа (60 кв.см і більше), які не заміщені аутокісткою.
7. Екзартикуляція верхньої кінцівки в плечовому суглобі, екзартикуляція стегна.
8. Коротка кукса стегна при неможливості протезування.
9. Кукса обох гомілок.
10. Хибна кукса нижньої кінцівки або обох стоп на рівні суглоба Шопара при відсутності можливості реабілітації і протезування.
11. Анкілоз або різко виражена контрактура кульшового суглоба з помірним порушенням функції другого кульшового суглоба (ПФС II).
12. Калова (сечова) норичя, неприродний задній прохід при неефективності або наявності протипоказань до оперативного втручання.
13. Кукса стегна при помірному порушенні рухових чи статичних функцій іншої нижньої кінцівки (деформуючий артроз кульшового суглоба I–II ступенів, неправильно зрослий злам стегнової кістки зі скривленням осі, вкорочення кінцівки на 2–3 см, фіброзний анкілоз колінного суглоба, помірна контрактура колінного суглоба, помірна контрактура скокового суглоба, порушення функції суглоба II ступеня).
14. Кукса верхньої або нижньої кінцівки, поєднана або з глухотою на обидва вуха, або відсутністю зору на одне око, або помірною афазією.
15. Параліч або виражений парез однієї кінцівки, поєднаний або з глухотою на обидва вуха, або відсутністю зору на одне око, або помірною афазією, або помірними розладами функції тазових органів.
16. Після трансплантації внутрішніх органів при сприятливому перебігу після 5 років спостереження.
17. Стан після ендопротезування двох суглобів (кульшових, колінних) у різних поєднаннях.
18. Інвалідність внаслідок психічного захворювання, яка триває більше десяти років.

Група інвалідності III встановлюється при таких захворюваннях:

1. Відсутність одного ока.
2. Стійкий повний птоз на одному оці після проведення усіх видів відновного лікування.
3. Сліпота на одне око (гострота зору з переносною корекцією 0,05 і нижче або концентричне звуження поля зору до 10 град. від точки фіксації).

4. Двобічна глухота.
5. Стійка трахеостома.
6. Стеноз гортані II–III ступенів внаслідок травматичного або інфекційного ураження нервово-м'язового апарату гортані з одно- або двобічним парезом і стійкою дисфонією.
7. Стійка афонія органічного генезу.
8. Дефект щелепи чи твердого піднебіння, якщо протезування не забезпечує жування.
9. Спотворюючі обличчя рубці та дефекти, які не піддаються хірургічно-косметологічній корекції.
10. Гіпофізарний нанізм. Остеохондропатія, остеохондродистрофія при зрості менше 150 см.
11. Помірна сенсорна афазія.
12. Параліч китиці.
13. Параліч або виражений парез верхньої або нижньої кінцівки, що супроводжується значним обмеженням обсягу активних рухів в усіх суглобах і гіпотрофією м'язів: плеча – більше 4 см, передпліччя – більше 3 см, стегна – більше 8 см, гомілки – більше 6 см, а також гіпотрофією м'язів китиці чи стопи.
14. Чужорідне тіло в речовині головного мозку (внаслідок травми), якщо травма супроводжувалась абсцесом мозку або менінгоенцефалітом.
15. Значний дефект кісток черепа (3 кв.см і більше, крім випадків заміщення його аутокісткою) або при менших розмірах, якщо має місце пульсація мозку, або при відсутності пульсації у випадках, коли травма супроводжувалась ускладненням (інфекційно-гнійним процесом).
16. Відсутність китиці і вищий рівень ампутації верхньої кінцівки.
17. Хибний суглоб плеча або обох кісток передпліччя.
18. Відсутність усіх фаланг чотирьох пальців китиці, за винятком першого.
19. Відсутність трьох пальців китиці, включаючи перший; анкілоз чи виражена контрактура тих самих пальців у функціонально невігідному положенні.
20. Відсутність першого та другого пальців з відповідними п'ястковими кістками.
21. Відсутність перших пальців обох китиць.
22. Відсутність трьох пальців китиці з відповідними п'ястковими кістками.

23. Кукса стегна чи гомілки.
24. Кукса стопи на рівні суглоба Лісфранка або на вищому рівні.
25. Двобічна кукса стопи з резекцією голівок плюсневих кісток за Шарпом.
26. Різко виражена контрактура чи анкілоз двох скокових суглобів; різко виражена контрактура чи анкілоз скокового суглоба з розташуванням стопи у функціонально невідгідному положенні.
27. Різко виражена контрактура чи анкілоз кульшового або колінного суглоба.
28. Вроджений чи набутий вивих одного кульшового суглоба із значним порушенням функції.
29. Деформація грудної клітки внаслідок резекції чотирьох і більше ребер при наявності дихальної недостатності I ступеня і більше.
30. Хибний суглоб стегна чи обох кісток гомілки або великої гомілкової кістки при неефективності реабілітаційних заходів після п'яти років спостереження.
31. Нестійкий колінний чи кульшовий суглоб з вираженим порушенням функції кінцівки.
32. Укорочення нижньої кінцівки на 7 см і більше.
33. Ендопротез колінного чи кульшового суглоба або діафіза великих трубчастих кісток.
34. Сколіоз III ступеня, кіфосколіоз III ступеня з наявністю дихальної недостатності або сколіоз чи кіфосколіоз IV ступеня.
35. Анкілоз або різко виражена контрактура ліктьового суглоба у функціонально невідгідному положенні.
36. Контрактура передпліччя в положенні повної пронації.
37. Ішемічна контрактура передпліччя Фолькмана з вираженим функціональним порушенням китиці.
38. Екстирпація шлунка, тотальна колопроктектомія, панкреатоектомія з наявністю цукрового діабету.
39. Тотальна тиреоїдектомія з субкомпенсованим або некомпенсованим гіпотиреозом при адекватному лікуванні.
40. Чужорідне тіло в серцевому м'язі чи у перикарді внаслідок травми (поранення), штучний клапан серця, функціонуючий кардіостимулятор. Введення чужорідних тіл у судини серця, міокард, перикард з метою лікування або діагностики не є дефектом, і група інвалідності встановлюється залежно від порушень функції серцево-судинної системи та обмеження життєдіяльності хворого.

41. Відсутність однієї нирки.
42. Відсутність однієї легені.
43. Однобічна мастектомія внаслідок злоякісного новоутворення.

ДЛЯ ПОДАТК

ДЛЯ ПОДАТОК

Навчально-методичне видання

Андрійчук Ольга Ярославівна

**ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

Навчально-методичний посібник

Видання друкується в авторській редакції

Підписано до друку 20.01.22. Формат 60×841/16. Друк цифровий.
Гарнітура TimesNewRoman. 10,06 ум. друк. арк., 10,75 обл.-вид. арк.

Наклад 100 пр. Зам. № 11/01/22.

Видавець і виготовлювач: ПП «Волинська друкарня».

Свідоцтво серії ДК № 7154 від 23.09.2020 р.

м. Луцьк, просп. Волі, 27,

Тел. +38(0332) 71-03-01