

Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного господарства та природокористування
Навчально-науковий інститут охорони здоров'я
Кафедра фізичної терапії, ерготерапії

08-02-113М

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

до виконання лабораторних робіт із навчальної дисципліни
«Фізична терапія, ерготерапія військовослужбовців та членів їх сімей»
для здобувачів вищої освіти третього (освітньо-наукового) рівня
за освітньо-науковою програмою «Фізична терапія, ерготерапія»
спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
денної/вечірньої форм навчання

Рекомендовано
науково-методичною радою
з якості ННІОЗ
Протокол № 1 від «29» серпня 2023 р.

Методичні вказівки до виконання лабораторних робіт із навчальної дисципліни «Фізична терапія, ерготерапія військовослужбовців та членів їх сімей» для здобувачів вищої освіти третього (освітньо-наукового) рівня за освітньо-науковою програмою «Фізична терапія, ерготерапія» спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» денної/вечірньої форми навчання. [Електронне видання] / Нагорна О. Б. – Рівне : НУВГП, 2023. – 28 с.

Укладач: Нагорна О. Б., к.н.фіз.вих., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії.

Відповідальний за випуск:

Нестерчук Н. Є., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії.

Керівник групи забезпечення спеціальності:

Григус І. М., доктор медичних наук, професор, директор ННІОЗ.

© О. Б. Нагорна, 2023
© НУВГ, 2023

Зміст

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕМИ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ	4
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ЛАБОРАТОРНИХ ЗАВДАНЬ	6
Лабораторна робота № 1 Наслідки поранень під час військових дій: неврологічні, травматологічні, психологічні.	6
Лабораторна робота № 2 Реабілітаційне оцінювання військовослужбовців після бойових поранень у аспекті Міжнародної класифікації функціонування	8
Лабораторна робота № 3 Програма реабілітації пацієнтів з неврологічними ускладненнями після поранення.	9
Лабораторна робота № 4 Програма реабілітації пацієнтів з травматологічними ускладненнями після поранення.	11
Лабораторна робота № 5 Особливості застосування реабілітації пацієнтів після ампутацій внаслідок бойових дій	14
Лабораторна робота № 6 Особливості застосування гідрокінезотерапії в програмі реабілітації постраждалих внаслідок бойових дій.	16
Лабораторна робота № 7 Програма реабілітації пацієнтів з сенсорними ускладненнями після поранень.	16
Лабораторна робота № 8 Застосування засобів реабілітації для подолання посттравматичного синдрому внаслідок бойових дій.	18
Лабораторна робота № 9 Програма ерготерапії військовослужбовців з неврологічними, травматологічними, сенсорними ушкодженнями.	20
Лабораторна робота № 10 Психологічна допомога та реабілітація родин військових – учасників бойових дій.	23
РОЗДІЛ 3 РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СТУДЕНТИ	24
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	27

ВСТУП

Мета дисципліни «Фізична терапія, ерготерапія військовослужбовців та членів їх сімей» – дати необхідні знання здобувачам для проведення реабілітаційної діагностики та ефективної реабілітації військових після поранень внаслідок бойових дій; обґрунтувати необхідність систематичного реабілітаційного супроводу даної категорії пацієнтів для відновлення, компенсації, пристосування їх фізичних можливостей та адаптаційних резервів; розкрити потребу професійної реабілітації та соціальної інтеграції в контексті програми фізичної реабілітації.

У результаті виконання даних лабораторних робіт студенти повинні навчитися проводити обстеження поранених військових з неврологічними, травматологічними, сенсорними, посттравматичними ускладненнями (огляд, визначення мобільності та незалежності тощо); складати програми реабілітації для комплексного відновлення військових після пошкоджень та травм внаслідок бойових дій; здійснювати реабілітаційний супровід членів родин військовослужбовців.

Здобувачі вищої освіти оволодіють:

1. Вмінням здійснювати первинне, поточне, контрольне реабілітаційне оцінювання пацієнтів;
 2. Добирати інструменти оцінювання з урахуванням їх психометричних критеріїв;
 3. Проводити оцінювання в межах компонентів Міжнародної класифікації функціонування;
 4. Здійснювати документування в межах Міжнародної класифікації функціонування;
 5. Формувати мету програми терапії у SMART-форматі;
 6. Сприяти відновленню пацієнта у міждисциплінарній команді;
 7. Надавати рекомендації стосовно відновлення ментального здоров'я, застосовуючи форми арт-терапії;
 8. Здійснювати соціальний реабілітаційний менеджмент пацієнтів з урахуванням рівня відновлення;
- Добирати технічні допоміжні засоби переміщення, модифікувати побутовий, побутовий, виробничий простір пацієнта в залежності від його потреб.

РОЗДІЛ 1
ТЕМИ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ

№ з/п	Назва теми	Кількість год
1	Тема 1. Наслідки поранень під час військових дій – неврологічні, травматологічні, психологічні.	2
2	Тема 2. Реабілітаційне оцінювання військовослужбовців після бойових поранень у аспекті Міжнародної класифікації функціонування	2
3	Тема 3. Програма реабілітації пацієнтів з неврологічними ускладненнями після поранення	2
4	Тема 4. Програма реабілітації пацієнтів з травматологічними ускладненнями після поранення	2
5	Тема 5. Особливості застосування засобів реабілітації пацієнтів після ампутацій внаслідок бойових дій.	2
6	Тема 6. Особливості застосування гідрокінезотерапії в програмі реабілітації постраждалих внаслідок бойових дій	2
7	Тема 7. Програма реабілітації пацієнтів з сенсорними ускладненнями після поранень.	2
8	Тема 8. Застосування засобів реабілітації для подолання посттравматичного синдрому внаслідок бойових дій.	2
9	Тема 9. Програма ерготерапії військовослужбовців з неврологічними, травматологічними, сенсорними ушкодженнями.	2
10	Тема 10. Психологічна допомога та реабілітація родин військових – учасників бойових дій.	2
Разом		20

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ЛАБОРАТОРНИХ ЗАВДАНЬ

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ №1.

ТЕМА: Наслідки поранень під час військових дій – неврологічні, травматологічні, психологічні.

Мета: ознайомитися з характерними наслідками поранень під час бойових дій.

Завдання:

1. Розкрити проблему поранень під час проведення бойових дій військовослужбовців та цивільного населення.
2. Розглянути принципи і методи лікування вогнепальних поранень.
3. Навчитись аналізувати реабілітаційний прогноз при бойових пораненнях різної класифікації та тяжкості.
4. Розглянути основні принципи організації медичної допомоги пораненим під час військових дій.
5. Навчитись диференціювати характерні поранення під час бойових дій.
6. Навчитись розрізняти синдроми нервово-психічних розладів при невідкладних станах.
7. Навчитись проводити первинну реабілітаційну діагностику стану військовослужбовців після поранень під час бойових дій.

Короткий виклад теми.

Головними відмінними рисами вогнепальних переломів є наявність рани, пошкодження кісток на місці дії раничного снаряду, оскольчатий характер перелому, швидка зміна клінічних ознак з моменту поранення до поступлення травмованого в спеціалізовану лікувальну установу.

Завжди вогнепальні переломи більш важкі, ніж невогнепальні, хоча при першому огляді, наприклад, коли поранення сліпе, деколи можуть виглядати як незначні. Подібна недооцінка становить небезпечну для життя. Особливо уважним слід бути до сліпих поранень, а також до наскрізних поранень кулями і осколками.

Військовослужбовці, які отримали поранення, травму або контузію мають право на класифікацію таких поранень за ступенем тяжкості. Таку класифікацію здійснює військово-лікарська комісія (ВЛК) на основі критеріїв, які затверджені Міністерством охорони здоров'я. Класифікація поранення відіграє важливу роль в правах військовослужбовців. Наприклад військовослужбовці, які перебувають у відпустці по лікуванні та отримали тяжке поранення мають право на щомісячну додаткову винагороду у розмірі 100 тисяч гривень.

До тяжких травм відносяться:

1. За характером отриманих ушкоджень:

- відкрита проникаюча черепно-мозкова травма;
- перелом черепа;
- внутрішньочерепна травма важкого і середньо важкого ступеня тяжкості;
- поранення, проникаючі в просвіт глотки, гортані, трахеї, стравоходу, а також ушкодження щитоподібної і вилочкової залоз;
- проникаючі поранення хребта;
- ушкодження хребців шийного відділу хребта, у тому числі і без порушення функції спинного мозку;
- нестабільні ушкодження грудних або поперекових хребців;
- закриті ушкодження спинного мозку;
- поранення грудної клітки, що проникають в плевральну порожнину, порожнину перикарду або клітковину середостіння, зокрема без ушкодження внутрішніх органів;
- поранення живота, що проникають в порожнину очеревини;
- поранення, що проникають в порожнину сечового міхура або кишечника;

- відкриті поранення органів заочеревинного простору (нирок, наднирників, підшлункової залози);
- розрив внутрішнього органа грудної або черевної порожнини або порожнини таза, заочеревинного простору, розриви діафрагми, розриви передміхурової залози, розрив сечоводу, розрив перетинкової частини сечовипускального каналу;
 - переломи заднього півкільця таза з розривом клубово-крижового зчленування і порушенням безперервності тазового кільця або подвійні переломи тазового кільця в передній і задній частинах з порушенням його безперервності;
 - вивихи та переломи вивихи великих суглобів кінцівок;
 - закриті та відкриті переломи довгих кісток кінцівок;
 - множинні переломи п'ясних та плеснових кісток;
 - ушкодження крупної кровоносної судини: аорти, сонної (загальної, внутрішньої, зовнішньої), підключичної, плечової, стегнової, підколінної артерій або супроводжуваних їх вен;
 - термічні (хімічні) опіки IV ступеня з площею ураження, що перевищує 1% поверхні тіла;
 - опіки III ступеня з площею ураження, що перевищує 10% поверхні тіла; - опіки III ступеня кисті, стопи, ділянок великих суглобів, шиї, статевих органів з площею ураження, що перевищує 1% поверхні тіла;
 - опіки II ступеня з площею ураження, що перевищує 20% поверхні тіла;
 - опіки дихальних шляхів з опіками обличчя і волосистої частини голови;
 - електротермічні ураження (низько- та високовольтні) з ураженням шкіри та субфасціальних структур тіла;
 - відмороження III-IV ступеня, загальне охолодження організму;
 - радіаційні ураження середнього (12-20 Гр) і важкого (20 Гр і більше) ступеня тяжкості;
 - ушкодження периферичної нервової системи з функціональними порушеннями;
 - тривалі розлади здоров'я з тимчасовою втратою працездатності на 60 днів і більше;
 - стійка втрата працездатності (інвалідність);
 - травми органа зору, що супроводжуються порушенням зору.

2. Травми, що в гострий період супроводжуються:

- шоком будь-якого ступеня тяжкості і будь-якого генезу;
- комою різної етіології;
- гострою серцевою або судинною недостатністю, колапсом, важким ступенем порушення мозкового кровообігу;
 - гострою нирковою або печінковою недостатністю;
 - гострою дихальною недостатністю;
 - розладом регіонального і органного кровообігу, що призводить до інфаркту внутрішніх органів, гангрени кінцівок, емболії (газової і жирової) судин головного мозку, тромбоемболії;
- сепсисом.

3. Травми, які призвели до тяжких наслідків:

- втрата зору, слуху, мови;
- втрата якого-небудь органа або повна втрата його функції (при цьому втрата найважливішої у функціональному відношенні частини кінцівки (кисті або стопи) прирівнюють до втрати руки або ноги);
 - психічні розлади;
 - втрата репродуктивної здатності;
 - непоправне понівечення обличчя.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно характеристики класифікації категорій військових втрат, характерні поранення під час бойових дій, принципи організації медичної допомоги пораненим; необхідність використання науково-доказових джерел у практичній діяльності фізичного терапевта.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 2.

ТЕМА: Реабілітаційне оцінювання військовослужбовців після бойових поранень у аспекті Міжнародної класифікації функціонування

Мета: ознайомитися з поняттям «Міжнародна класифікація функціонування», її компонентами, принципами впровадження у професійну діяльність фізичного терапевта.

Завдання:

1. Ознайомитися з цілями, призначенням, характеристикою МКФ.
2. Розглянути основні реабілітаційні тести для оцінки моторних функцій, когнітивних властивостей пацієнтів після бойових поранень.
3. Ознайомитися з технікою проведення обстеження чутливості пацієнтів з неврологічними та травматологічними ускладненнями після поранення.
4. Навчитися складати протокол обстеження для формування прогнозу, мети, програми реабілітаційного втручання.

Короткий виклад теми: МКФ – це багатоцільова класифікація, розроблена для використання у різних дисциплінах та областях. Її специфічні цілі можуть бути визначені як такі:

- забезпечити наукову основу для розуміння та вивчення показників здоров'я та показників, пов'язаних зі здоров'ям, результатів втручань та визначальних їх факторів;
- сформулювати спільну мову для опису показників здоров'я та показників, пов'язаних зі здоров'ям, з метою покращення порозуміння між різними користувачами: працівниками охорони здоров'я, дослідниками, адміністраторами та суспільством, включаючи людей з обмеженнями життєдіяльності;
- зробити порівнянню інформацію у різних країнах, сферах охорони здоров'я, службах та у часі;
- забезпечити систематизовану схему кодування інформаційних систем здоров'я.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я базується на поєднанні двох моделей, які є взаємодоповнюючими: медичною та соціальною.

Щоб відобразити інтеграцію різних підходів до розуміння функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, використовується «біопсихосоціальний» підхід.

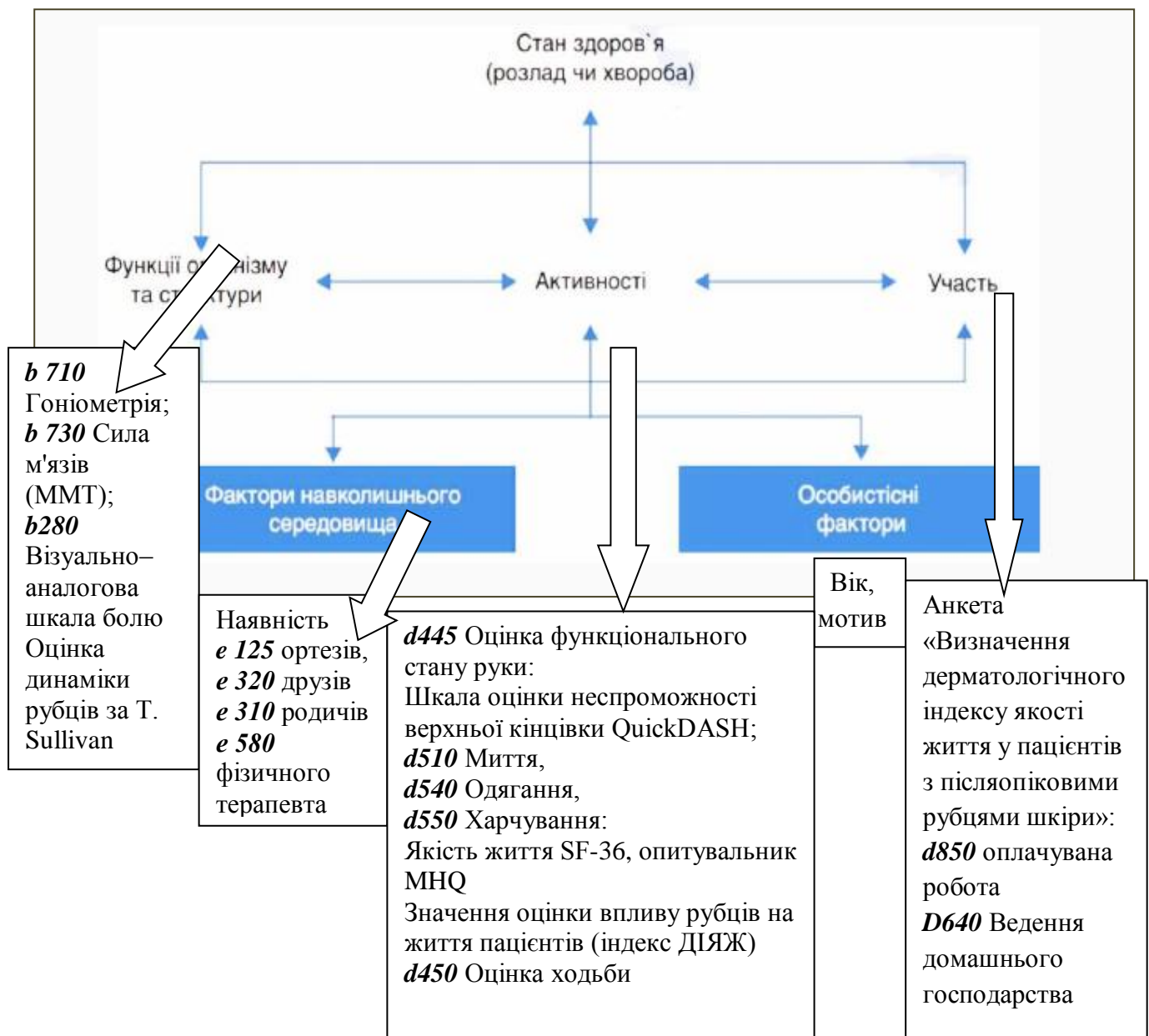
Біопсихосоціальна модель була вперше запропонована Джорджем Л. Енгелем і Джоном Романо з Університету Рочестера в 1977 році. Ця модель відображає розвиток хвороби через складну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів. Наприклад, серед біологічних можуть розглядатись генетична схильність, порушення у структурі та функціях органів і систем. Психологічні фактори можуть включати характер та поведінку особистості, її поточний настрій. До соціальних факторів відносять культурні традиції, сімейні обставини, соціально-економічні умови.

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

Реабілітаційно-діагностична діяльність починається з клінічного огляду. В результаті огляду формулюється попередній діагноз. Огляд фізичного терапевта проводиться за загальноклінічним принципом, за формою і змістом не відрізняється від лікарського дослідження.

Фізичний терапевт в першу чергу оцінює ступінь випадіння (порушення) будь-яких функцій, на підставі чого формулює реабілітаційний діагноз та міждисциплінарну команду для відновного лікування.

На рис. 1 представлено зразкове оцінювання військових після опіку в межах МКФ.



Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно поняття Міжнародної класифікації функціонування, характеристики компонентів Міжнародної класифікації функціонування, завдань фізичного терапевта під час оцінки пацієнта в контексті МКФ; демонстрація застосування МКФ для оцінювання проблем здоров'я та проблем функціонування військовослужбовців після поранення.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 3.

ТЕМА: Програма реабілітації пацієнтів з неврологічними ускладненнями після поранення.

Мета: ознайомитися з принципами обстеження та терапії пацієнтів з неврологічними ураженнями спинного мозку після поранення.

Завдання:

1. Розглянути класифікацію бойових ушкоджень хребта.
2. Ознайомитися з клінічними ознаками спинномозкової травми.
3. Обстеження рухових та чутливих розладів при спинномозкової травми.
4. Розглянути ускладнення спинномозкової травми та навчитися проводити профілактичні заходи засобами фізичної терапії.

5. Навчитися складати комплексну програму фізичної реабілітації хворих з спинномозкової травми.

6. Навчитись застосовувати реабілітаційне обладнання: ортези, фіксатори, бруси, милиці, ходунки, тростини.

Короткий виклад теми.

Ураження спинного мозку є важко інвалідизуючим ушкодженням, яке призводить до повної чи часткової залежності пацієнта від оточуючих. Реабілітаційне дослідження моторики спінальних хворих не може обмежуватися вивченням тільки активних довільних рухів, так як пристосувальний результат може досягатися і за рахунок інших видів рухової активності. Відповідно до стандарту ISCSCI, досить тестувати тактильну і больову чутливість в ключових точках і оцінити за наступною шкалою:

• 0 балів – немає чутливості; • 1 бал – чутливість змінена; • 2 бали – нормальна чутливість.

Класифікація ISCSCI за ступенем пошкодження спинного мозку. Всі хворі класифікуються на 5 груп:

A – повне пошкодження: ні рухових, ні чутливих функцій не виявляється в S4 – S5 сегментах, немає ніяких ознак анальної чутливості;

B – неповне ушкодження: рухові функції відсутні нижче рівня ушкодження, але збережені елементи чутливості в сегментах S4 – S5;

C – неповне ушкодження: рухові функції збережені нижче рівня ушкодження і в більшості контрольних груп сила менше 3 балів;

D – неповне ушкодження: рухові функції збережені нижче рівня ушкодження і в більшості контрольних груп сила більш або дорівнює 3 балам;

E – норма: рухові і чутливі функції не порушені.

Ключовими факторами, що сприяють ефективній реабілітації військовослужбовців є: ранній початок реабілітаційних заходів, систематичність і тривалість реабілітаційної терапії, комплексний, мультидисциплінарний підхід і адекватність реабілітаційних заходів, активна участь в реабілітації самого хворого, його близьких і рідних.

Полісистемні і поліорганні ушкодження при хребетно-спинномозковій травмі (ХСМТ), які послідовно розвиваються в часі, обумовлюють необхідність проведення медичної реабілітації протягом тривалого часу, а іноді й усього життя.

Завданням програми реабілітації є: послідовне проведення комплексу реабілітаційних заходів з метою максимально можливого відновлення функцій спинного мозку; розвиток адаптаційних та компенсаторних механізмів; профілактика та ліквідація ускладнень, які виникають при ХСМТ.

Етапи програми фізичної реабілітації: 1-ий етап. Діагностичний. 2-ий етап. Адаптаційний. 3-ий етап. Контрольно-корекційний. 4-ий етап. Стабілізаційний етап. 5-ий етап. Підсумковий етап.

Міждисциплінарна команда процесу реабілітації: невролог, фахівці з фізкультурно-спортивної реабілітації (кінезіотерапевт і ерготерапевт), спеціалісти з відновлення мови (логопеди), фізіотерапевти, масажисти, нейропсихологи, дієтологи і спеціально навчений середній медичний персонал.

На рис. 2 зображена загальна схема оцінювання ISNCSCI та Шкала оцінки порушень ASIA (AIS).

ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISNCSCI) ISCOS

Patient Name _____ Date/Time of Exam _____
 Examiner Name _____ Signature _____

RIGHT **MOTOR** **SENSORY** **SENSORY** **MOTOR** **LEFT**
 KEY MUSCLES KEY SENSORY POINTS KEY SENSORY POINTS KEY MUSCLES

Light Touch (LTR) Pin Prick (PPR) Light Touch (LTL) Pin Prick (PPL)

UER (Upper Extremity Right) C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, T1 T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, L1 T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, L1

LER (Lower Extremity Right) L2, L3, L4, L5, S1 S2, S3, S4-5 L2, L3, L4, L5, S1 S2, S3, S4-5

(NAC) Voluntary Anal Contraction (Yes/No) (DAP) Deep Anal Pressure (Yes/No)

RIGHT TOTALS (MAXIMUM) (50) (56) (56) **LEFT TOTALS** (MAXIMUM) (50) (56) (56)

MOTOR SUBSCORES **SENSORY SUBSCORES**

UER + UEL = UEMS TOTAL (50) LER + LEL = LEMS TOTAL (50) LTR + LTL = LT TOTAL (112) PPR + PPL = PP TOTAL (112)

NEUROLOGICAL LEVELS 1. SENSORY R L 2. MOTOR R L

3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI) 4. COMPLETE OR INCOMPLETE? 5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION Sensory R L Motor R L

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. NY 10118

Рис. 2. Загальна схема оцінювання ISNCSCI та Шкала оцінки порушень ASIA (AIS).

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно класифікації ушкоджень спинного мозку за ступенем пошкодження спинного мозку; аргументація принципів менеджменту нейрогенного сечового міхура; обґрунтування вибору інструментів оцінювання з межох МКФ та психометричних критеріїв; демонстрація програми терапії після ушкодження спинного мозку (рівень ушкодження – за вибором лектора).

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 4.

ТЕМА: Програма реабілітації пацієнтів з травматологічними ускладненнями після поранення.

Мета: ознайомитися з засобами реабілітації пацієнтів після травматичних пошкоджень внаслідок бойових дій.

Завдання:

1. Розглянути класифікацію множинних травм.
2. Розкрити принципи реабілітації множинних травм внаслідок бойових поранень.
3. Ознайомитися з ускладненнями політравми.
4. Розкрити методологію ЛФК, масажу, фізіотерапії в залежності від тяжкості травми, періоду реабілітації.
5. Навчитись застосовувати реабілітаційне обладнання: ортези, фіксатори, бруси, милиці, ходунки, тростини

Короткий виклад теми. Внаслідок бойових дій досить частим наслідком поранення є множинна травма.

Політравма передбачає одночасне пошкодження двох і більше анатомічних областей тіла (голова, шия, груди, живіт, кінцівки, таз, хребет), хоча б одне з яких є тяжким.

Політравми поділяються на 3 великі групи: поєднані травми, до яких відносяться ушкодження внутрішніх органів, опорно-рухового апарату, поранення, відшарування шкіри і клітковини, синдром тривалого роздавлювання кінцівок; множинні травми - кілька пошкоджень в межах однієї порожнини людського тіла (наприклад, розрив печінки та селезінки) або в межах опорно-рухової системи (множинні переломи кінцівок, таза, хребта); комбіновані травми – пошкодження наносяться декількома раними знаряддями – механічними, термічними, радіаційними. Летальність при політравмі – 15-40%.

Поняття про травму. Види та класифікація травм.

На тіло людини впливають різні негативні чинники, що пошкоджують його. їхня дія здебільшого є раптовою та швидкою. Насильне пошкодження організму, зумовлене зовнішніми впливами, у результаті чого порушується здоров'я, називають травмою, а її наслідки – пораненнями.

Травма (пошкодження) – це раптовий вплив чинників зовнішнього середовища на тканини й органи людського тіла або на організм в цілому, що призводить до анатомофізіологічних змін, які супроводжуються місцевою і загальною реакцією організму. До поняття «травма» також входять патологічні емоційні впливи – так звані психічні травми. Протягом життя кожна людина зазнає різних травм, причинами яких можуть стати необережність чи неухважність, нехтування правилами безпеки, нещасні випадки, небезпечні ситуації та події. Саме тому, щоб уміти попереджувати негативні (а іноді й загрозливі) наслідки травмування постраждалого, необхідно визначити види травм, їх класифікацію та способи лікування. Під впливом травмуючих чинників у людини порушуються цілісність та функції органів і життєво важливих систем організму, у результаті відбувається його захисноприспосувальна реакція. Розрізняють кілька чинників зовнішнього середовища, під впливом яких відбуваються раптові порушення здоров'я людини, тобто поранення: механічні, динамічні, фізичні, біологічні та психічні (або стресові).

Зовнішні чинники порушення здоров'я людини.

Механічні: обумовлені дією тупого або гострого предмета, а також при падінні.

Динамічні: обумовлені надмірним тиском під час дії ударної хвилі вибуху.

Фізичні: обумовлені дією тепла або холоду (термічні), ультрафіолетового та радіаційного опромінення (променеві), електричного струму.

Хімічні: обумовлені дією небезпечних хімічних речовин (кислотних та лужних).

Біологічні: обумовлені дією бактерій, вірусів і токсинів.

Психічні: обумовлені психічним тиском на нервову систему (погрози, виклик почуття страху).

Усі механічні пошкодження залежно від їх кількості пошкоджень поділяють на дві групи: *монотравми та політравми.*

Монотравма – це ізольоване пошкодження в межах одного анатомо-функціонального сегмента (кістки, суглоба) або травма одного органа в будь-якій області тіла.

Політравма – це збірне поняття, що визначає численні травматичні пошкодження органів або тканин в одного постраждалого. Воно включає такі види пошкоджень, як *множинні, поєднані та комбіновані.*

У порівнянні з монотравмою політравма являє собою надзвичайно більшу небезпеку для здоров'я та життя постраждалого, оскільки, крім механічних пошкоджень, організм людини зазнає впливу інфекційних ускладнень.

Політравми відрізняються особливою тяжкістю клінічних проявів, що супроводжуються розладом життєво важливих функцій організму, складністю діагностики та лікування. Крім цього, вони значно підвищують імовірність того, що людина ніколи не повернеться до повноцінного життя, а у найтяжчих випадках становлять серйозну загрозу життю. Численні пошкодження зазвичай супроводжуються травматичним шоком, великою крововтратою, розладом кровообігу й дихання, інколи термінальним станом.

До множинних механічних травм відносять пошкодження двох і більше внутрішніх органів в одній порожнині (поранення тонкої і товстої кишок; розрив печінки і селезінки; пошкодження обох нирок), травми в межах двох і більше анатомофункціональних утворень опорно-рухової системи (перелом стегна, перелом обох п'яткових кісток).

Поєднані травми – це дія одного травмуючого чинника, в результаті якого відбуваються пошкодження внутрішніх органів в різних порожнинах (травма легені та печінки; струс головного мозку і травма нирки) або пошкодження внутрішніх органів та опорно-рухового апарату (пошкодження органів грудної порожнини і перелом кісток кінцівок; черепно-мозкова травма і пошкодження кульшових кісток).

Комбіновані травми – це одночасна дія на потерпілого двох і більше травмуючих чинників (перелом і опік стегна; гостра променева хвороба і перелом хребта). Інакше кажучи, механічні травми можуть входити до складу комбінованих пошкоджень як один із складових компонентів.

Класифікація травм за обставинами виникнення

За обставинами виникнення розрізняють кілька видів травм, кожен з яких має свої особливості, пов'язані з умовами та характером отриманих пошкоджень: виробничі, транспортні, вуличні, побутові, воєнні, спортивні.

Воєнна травма пов'язана із несенням військової служби або пошкодженнями, отриманими в результаті бойових дій.

Класифікація травм за тяжкістю впливу на організм

За тяжкістю впливу на організм та клінічними показниками пошкодження, викликані зовнішніми чинниками, поділяють на три ступені: легкі травми, травми середньої тяжкості та тяжкі травми. Легкі травми не спричиняють ускладнень та не позбавляють людину працездатності. До таких травм належать синці, розтягнення м'язів, легкі забої тіла, незначні подряпини, поверхневі поранення та ін. Зазвичай людина в такому стані потребує надання домедичної допомоги та проведення курсу лікування до 10 діб у домашніх умовах. Травми середньої тяжкості призводять до виражених змін в організмі, що тимчасово позбавляють людину працездатності, зокрема вивихи, переломи пальців. У такому випадку постраждалий потребує кваліфікованої медичної допомоги та уникнення фізичних навантажень, а термін лікування складає від 10 до 30 діб.

Тяжкі травми, а саме: струс мозку, перелом стегна, хребта, сильна кровотеча, завдають вагомої шкоди здоров'ю та можуть становити загрозу для життя людини. Постраждалого у такому стані обов'язково госпіталізують і надають медичну допомогу в умовах стаціонару. Курс лікування після отримання тяжкої травми триває понад 30 діб.

Поняття про тупу та проникаючу травми

Відповідно до наявності або відсутності порушень цілісності зовнішніх покривів тіла вирізняють закриті (тупі) та відкриті (проникаючі) травми. Закритою (тупою) травмою називають пошкодження, отримані в результаті впливу зовнішніх чинників та предметів, що не призвели до порушення зовнішніх покривів тіла.

Для того щоб визначити, де розташовується травма, потрібно знати її ознаки:

- в області пошкодженої ділянки тіла утворюється набряклість, що супроводжується больовими відчуттями

Загальні симптоми:

- больові відчуття в місці травми (зазвичай виникають одразу після пошкодження);
- порушення функцій травмованого органа;
- кровотеча в області пошкодження (залежно від характеру травми може бути відкритою або закритою).

Одразу після пошкодження помітне порушення функцій життєво важливих органів та систем (центральної нервової, серцево-судинної, дихальної, ендокринної та ін.). Іноді спочатку слабо виражена реакція організму (прихована форма) надалі розвивається. У більшості випадків загальні симптоми не проявляються або слабо виражені: блідість, непритомність, нудота, больові відчуття в місці травми.

Порушення функцій життєво важливих органів та систем супроводжується глибокою втратою свідомості, шоком, швидкою втратою великого об'єму крові, інфікуванням організму через пошкоджені органи (травматична токсемія).

Як визначити ступінь тяжкості травми:

- на шкірі утворюється гематома червоного кольору, що за кілька днів змінює забарвлення на синьо-багряне;
- в області травмованої ділянки можуть бути подряпини епідермісу.

До закритих травм відносять стискання, розтягнення, забої, струси, вивихи, закриті переломи, розриви зв'язок.

У деяких випадках тупі травми становлять серйозну небезпеку для організму постраждалого та можуть призвести до значних негативних наслідків.

Проникаючою травмою називають пошкодження, що супроводжується порушенням шкірних покривів тіла, слизових оболонок, м'язів та внутрішніх органів.

Явними ознаками такого пошкодження є:

- відкрита кровотеча (капілярна, венозна або артеріальна);
- зяяння в місці пошкодження шкірного покриву;
- вихід назовні кісток (у складних випадках).

До відкритих травм належать різного характеру рани, відкриті переломи, термічні та хімічні опіки, обмороження. Небезпека таких пошкоджень полягає у високому ризику мікробного зараження організму постраждалого та імовірному ускладненні у вигляді нагноєння.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно характеристики класифікацій травмування, ранній та пізній ускладнень тривалої іммобілізації; аргументування та демонстрування терапевтичних вправ у різні періоди іммобілізації; демонстрування вміння застосувати реабілітаційне обладнання: ортези, фіксатори, бруси, милиці, ходуни, тростини.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 5.

ТЕМА: Особливості застосування засобів реабілітації пацієнтів після ампутацій внаслідок бойових дій.

Мета: ознайомитися з засобами реабілітації пацієнтів після ампутацій внаслідок бойових дій.

Завдання:

1. Розглянути класифікацію ампутацій, принципи реабілітації після ампутацій внаслідок бойових поранень.
2. Розглянути завдання реабілітації у післяопераційний період після ампутацій внаслідок бойових поранень.
3. Розкрити методологію терапевтичних вправ, масажу, гідрокінезотерапії в залежності від висоти ампутації, періоду реабілітації.
4. Розглянути правила фізіотерапевтичного супроводу пацієнтів у процесі підготовки до протезування.
5. Розглянути принципи та правила експлуатації протезу.
6. Навчитись застосовувати реабілітаційне обладнання: бруси, милиці, ходуни, тростини.
7. Розглянути правила фізіотерапевтичного супроводу пацієнтів після протезування.

Короткий виклад теми.

Ампутація це операція відсікання дистальної частини органу або кінцівки. Ампутація на рівні суглоба носить назву екзартикуляції.

Виділяють ампутації за первинними показаннями (первинні), по вторинним показаннями (вторинні) і повторні, або реампутації. Завдання реабілітації ампутуваних хворих передбачає ряд заходів, які проводяться задовго до протезування.

Схема періоду адаптації до протезу та перехід у вертикальне положення.

Цілі: захист післяопераційного рубця, профілактика контрактури колінного суглоба. Тренування рівноваги, перенесення ваги з однієї ноги на іншу, виконання кроків вперед і в бік, хода між брусами, хода за допомогою милиць або ходунків, подолання перешкод: все це входить у процес навчання правильної ходи на протезі.

Адаптація після оперативного втручання на нижній кінцівці проходить швидше якщо застосовується комплексна реабілітація. До програми входить лікувальний, лімфодренажний масаж для зниження набряклості кукси і підготовка до первинного протезування, фізична реабілітація після ампутації для збільшення рухливості в усіх суглобах кінцівок; виробити опірність кукси; розвинути витривалість, м'язово-суглобової чутливості, рівноваги і координації рухів, робота з фізичним терапевтом, ерготерапевтом допомагає відновити втрачені навички самообслуговування і діяльності в повсякденному житті і в роботі, одночасно ерготерапевт стежить за забезпеченням сну і відпочинку для пацієнта, допомагає освоювати дії, необхідні в роботі, навчання, іграх і різних видах дозвілля.

Також в реабілітаційну команду входить підготовка кукси до тимчасового протезу, виготовлення постійного протезу, оцінка рівноваги, навчання користування постійним протезом, оцінка результатів реабілітації.

Крім участі і підтримки сім'ї та родичів не слід нехтувати допомогою професійних психологів, тому його участь в реабілітаційній команді дуже необхідна, наведена на (рис.3).



Рис 3. Реабілітаційний цикл програми фізичної реабілітації для осіб працездатного віку після ампутації нижчої кінцівки

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно характеристики класифікацій ампутацій, ранній та пізній післяопераційних ускладнень, характеристики протезів; аргументування та демонстрування терапевтичних вправ у різні періоди реабілітації після ампутації; демонстрування вміння застосувати реабілітаційне обладнання: ортези, фіксатори, бруси, милиці, ходуни, тростини.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 6.

ТЕМА: Особливості застосування гідрокінезотерапії в програмі реабілітації постраждалих внаслідок бойових дій.

Мета: розглянути вплив гідротерапії на відновлення військовослужбовців після ушкоджень внаслідок бойових дій.

Завдання:

1. Ознайомитися з механізмом лікувальної дії гідротерапії.
2. Розкрити ускладнення після поранення, що характеризуються моторними розладами.
3. Скласти та обґрунтувати програму гідротерапії у гострий та після гострий періоди реабілітації військовослужбовців з руховими порушеннями.

Короткий виклад теми.

Гідрокінезотерапія – спосіб фізичної реабілітації, який полягає у виконанні фізичної терапії у водному середовищі. Її особливістю є виконання фізичних вправ в антигравітаційних умовах під впливом температурних властивостей води з метою лікування.

Гідротерапія в комплексному лікуванні рухових порушень відіграє взаємопідсилюючу та взаємозамінну роль.

Загальні задачі гідротерапії:

- формування первинних навичок плавання й уміння триматися на воді;
- сприяння оздоровленню і загартовуванню, гармонічному фізичному розвитку;
- сприяння всебічному розвитку і вихованню таких позитивних рис особистості, як самостійність, наполегливість, рішучість, взаємодопомога;
- виховання стійкого інтересу до систематичних занять плаванням, потреби в регулярному користуванні водою в оздоровчих цілях. Під час цих занять надається перевага цілісно-роздільному методу навчання, який передбачає ознайомлення із способами плавання, розучування окремих елементів різних стилів. Перспективний план занять з плавання складено з урахуванням індивідуальних психофізичних можливостей пацієнтів, та їх діагнозу.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно завдань та методики занять з гідротерапії для пацієнтів різних нозологічних груп (за вибором лектора); демонстрування вміння складати перспективне планування занять з гідротерапії для пацієнтів різних нозологічних груп (за вибором лектора); представлення комплексу терапевтичних вправ для заняття з гідрокінезотерапії пацієнтів різних нозологічних груп (за вибором лектора).

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 7.

ТЕМА: Програма реабілітації пацієнтів з сенсорними ускладненнями після поранень.

Мета: ознайомитися з особливостями побудови програми реабілітації військовослужбовців із сенсорними ускладненнями після поранень на прикладі ураження зорового аналізатора та контузії.

Завдання:

1. Розглянути ураження сенсорних аналізаторів, що виникають після поранень.
2. Ознайомитися з класифікацією бойових уражень ока.
3. Розкрити мету, завдання реабілітації на прикладі ураження зорового аналізатора.
4. Опрацювати методику реабілітації військовослужбовців з ураженнями сенсорних аналізаторів, що виникають після поранень на прикладі ушкодження зорового аналізатора.
5. Розглянути стан контузії, що виникає після поранень.
6. Розкрити мету, завдання реабілітації військовослужбовців після контузії.
7. Розглянути методику програми реабілітації військовослужбовців після контузії.

Короткий виклад теми.

Ушкодження органа зору досі залишаються однією з основних причин сліпоти й професійної інвалідності. Збереження очей і зору військовослужбовців – надзвичайно важливе завдання.

Бойові ураження очей характеризуються значними ушкодженнями тканин ока та очної ямки, множинним проникненням осколків (нерідко амагнітних), частим поєднанням із травмами обличчя та інших частин тіла.

У зв'язку з неоднаковістю травм ока їх розрізняють за такими ознаками: за локалізацією: травми додатків ока; травми очного яблука; за характером травми: механічні: контузії; поранення: непроникаючі; проникаючі; наскрізні. термічні; хімічні; променевою енергією; вібраційні; токсичні; за важкістю ушкодження: легкі; середньої важкості; важкі; особливо важкі.

Контузія це патологічний стан, що виникає внаслідок удару всієї поверхні тіла або більшої його частини при впливі ударної повітряної хвилі вибуху.

Контузія – найпоширеніша травма на війні, яка виникає внаслідок різкого механічного впливу – повітряної, водяної чи звукової хвилі (наприклад, вибуху), удару об землю чи воду тощо. Це загальне ураження головного мозку чи інших частин організму, за якого не обов'язково повинні бути механічні пошкодження органів і тканин. Друга назва контузії – акубаротравма. До речі, в міжнародній класифікації хвороб діагнозу "контузія" немає, натомість під нею зазвичай мають на увазі закриту черепно-мозкову травму.

Існують три ступені контузії:

- легка контузія – заїкання, тремтіння або поколювання у руках та ногах, погіршення слуху;
- контузія середньої тяжкості – немає реакції зіниць на світло, повна глухота, частковий параліч кінцівок;
- важка контузія – непритомність, переривчасте дихання, судоми чи мимовільні рухи кінцівками, з рота і вух може витікати кров. Контузія можлива і при завалах великими масами сипучих тіл – піску, дрібних каменів (при обвалах) або ударах водою (при підводному вибуху). Для контузії характерні генералізовані розлади, перш за все втрата свідомості, тривалість якої залежить від тяжкості контузії: в легких випадках свідомість втрачається лише на кілька хвилин, при контузії середньої тяжкості – на 1-4 години, при тяжкій - на добу і більше. При цьому можуть виникати небезпечні для життя розлади кровообігу і дихання, аж до коми з мимовільним відходженням сечі і калу. Місцеві ознаки ударів нерідко зовсім відсутні або незначні. Одночасно з контузією можливі і важкі місцеві пошкодження – переломи кінцівок, ребер, розриви внутрішніх органів, черепно-мозкова травма.

Контузія може мати такі симптоми:

- непритомність (від кількох хвилин до годин),
- головний біль, що розпирає,
- часті запаморочення,
- нудота та блювання,
- струс та розриви внутрішніх органів,
- забудькуватість, втрата пам'яті,
- заїкання, втрата мовлення,
- підвищений артеріальний тиск,
- часті серцебиття та пульс,
- погіршення зору та проблеми, пов'язані з роботою органів зору,
- будь-яка зміна психо-емоційного стану (наприклад, імпульсивність, агресивність, депресія, тривога, апатія, почуття провини, патологічна пильність, байдужості до себе чи оточення, соціальна самоізоляція),
- дезорієнтація в просторі,
- швидка втомлюваність, що довго зберігається,
- порушення сну, нічні жахи.

У разі контузії людина не обов'язково відчуватиме усі згадані симптоми. Однак, якщо в особи чи когось поряд є принаймні три із симптомів контузії, слід звернутися по допомогу до лікаря.

Контузія, яка виникла від вибухової хвилі, не є смертельною. І за суворого дотримання рекомендацій лікаря людина зазвичай швидко відновлюється. Але в разі відсутності лікування чи неправильного лікування в гострий період, повторних вибухових хвиль, особливостей здоров'я потерпілого, травм у минулому, контузія може мати віддалені наслідки у вигляді постконтузійного синдрому.

У разі *постконтузійного синдрому* людина може тривалий час відчувати слабкість, головний біль, різкі перепади настрою. Можуть бути проблеми зі слухом, координацією, розлади пам'яті, зниження концентрації. Лікування постконтузійного синдрому відбувається під наглядом медиків. Вони підбирають спеціальне лікування – це медикаментозні та інші методи.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно порушень внаслідок втрати зору після поранення, ранніх та пізніх наслідків контузії; обґрунтування методики терапевтичних вправ, масажу військовослужбовців з втратою зору, обґрунтування методики терапевтичних вправ, масажу військовослужбовців після контузії; демонстрація вміння складати програму реабілітації військовослужбовців з втратою зору, демонстрація вміння складати програму реабілітації військовослужбовців після контузії.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 8.

ТЕМА: Застосування засобів реабілітації для подолання посттравматичного синдрому внаслідок бойових дій.

Мета: Розглянути основні засоби реабілітації посттравматичного синдрому військовослужбовців та членів їх родин внаслідок бойових дій.

Завдання:

1. Розглянути проблему індивідуальної вразливості і психологічних наслідків травми.
2. Розкрити роль захисних механізмів психіки в подоланні стресу.
3. Ознайомитися з напрямками консультування та терапії учасників військових дій.
4. Обґрунтувати танцювально-рухову терапію як засіб відновлення військовослужбовців з посттравматичним синдромом.
5. Скласти програму реабілітації подолання посттравматичного синдрому внаслідок бойових дій.

Короткий виклад теми.

В даний час центральне місце у вченні психічних розладів, викликаних факторами бойової обстановки, виникають як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі. Ситуація бойових дій призводить до виражених змін функціонального стану психічної діяльності, що характеризуються розвитком надзвичайно сильних негативних емоцій, таких як страх, тривога, важке розумова і фізична перевтома.

Розвиваються у військовослужбовців в умовах бойових дій психічні розлади визначають збірним терміном посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Тривалість перебування в зоні бойових дій пов'язана з більшим ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР), на розвиток якого впливає:

- застосування військовослужбовцем зброї з летальними наслідками навіть для ворога;
- якщо військовослужбовець був свідком загибелі побратимів та мирного населення.

Симптоми бойової травми у військовослужбовців

У багатьох військовослужбовців після першого перебування в зоні бойових дій можуть спостерігатися *симптоми депресії, тривоги або гострої реакції на бойовий стрес або бойову травму, депресивні реакції, генералізований тривожний розлад*. Багато з них потребують допомоги фахівців – психологів, психіатрів, психотерапевтів, оскільки мають більший ризик розвитку ПТСР.

Встановлено, що від 20% до 40% військовослужбовців потребують психологічної допомоги. Симптоми гострої травми виявляють у 60-80% військовослужбовців, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих. Ризик появи симптомів порушення психіки стосується більш молодих військовослужбовців, віком 18-24 років, у яких виявлено симптоми депресії або у яких були проблеми з алкоголем.

Симптоми ПТСР розвиваються приблизно у 12-20% військовослужбовців, які перенесли бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою через побоювання зневаги за прояви слабкості, боягузтва, загрозу військовій кар'єрі.

Деякі важливі типові симптоми розвитку ПТСР:

- надмірний контроль: компульсивне перевіряння дверей, вікон, транспортних засобів, з метою переконатися, що вони в безпеці. Цей симптом може бути пов'язаний з більшим ризиком розвитку ПТСР;
- надмірні та домінуючі переживання військовослужбовців за своїх близьких – батьків або дітей, подружжя.
- військовослужбовці, найбільш уразливі до розвитку ПТСР:
- за наявності перенесених психічних травм у минулому, зокрема пов'язаних із насильницькими діями;
- ризик удвічі вищий, якщо проміжок між попередньою травмою і бойовою менший за 5 років.

Практичні рекомендації:

1. Потреба у більшій увазі до відновлення позитивних стосунків військовослужбовців із соціальним оточенням – близькими, батьками, друзями, а не замикання в колі побратимів.
2. Своєчасне виявлення і адекватна оцінка компульсивної поведінки.
- Фахівцям сфери психічного здоров'я при наданні невідкладної допомоги варто наголошувати на тому, що ці симптоми – прояви нормальної реакції на бойову ситуацію, що сприятиме більшій довірі військовослужбовців до психологів та психотерапевтів.
3. Надання відповідної інформації командирам, рідним, друзям, що сприятиме кращій підтримці і заохоченню отримати психологічну допомогу.
4. Обґрунтування ранніх втручань з метою попередження розвитку ПТСР.
5. Звернення уваги на порушення пам'яті (проблеми із формуванням послідовності подій, пригадування, відділення першочергового від другорядного тощо).
6. Профілактика повторного переживання симптомів травми, застрягання у них.
7. Опрацювання інтенсивних емоційних реакцій, які супроводжуються інтенсивними фізіологічними реакціями.
8. Увага до проявів дисоціації або відстороненості, як до важливого предиктора ПТСР.
9. Надання сенсу травматичним переживанням, з метою більш повної інтеграції цих спогадів в існуючу пам'ять.

Потенційні профілактичні заходи:

Психологічні та фармакологічні заходи, як у поєднанні, так і окремо.

Психологічні заходи, які запобігають розвитку ПТСР, включають базові підходи:

1. Інтервенції психологічного дебрифінгу – уважне слухання опису суб'єктивних переживань військовослужбовців під час травматичних подій, включно з описом критичного стресу і кризового керування стресом.
2. Психологічна невідкладна допомога.
3. Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія.
4. Покращення навичок керування стресом.
5. Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR).
6. Психосвіта.
7. Фізичні вправи, рухливий спосіб життя, йога, керована уява.

Мета заходів психологічного дебрифінгу – навчання потерпілих щодо формування поділитися своїми переживаннями та емоційними реакціями на бойові події.

Дебрифінг адекватних реакцій на травму і сприяння зменшенню сорому і страху у разі необхідності проводять у вигляді однієї сесії безпосередньо після травматичної події з усіма, хто перебував під впливом такої ситуації. Мета – сприяння нормалізації реакції на стрес і сприяння бажанню розповідати про свої переживання і реакції. Мультидисциплінарна команда навчає потерпілих навичкам подолання стресу і пропонує додаткові види допомоги тим, хто цього може потребувати. Процедура дебрифінгу гнучка і не жорстко структурована.

Кризова підтримка, з метою сприяння зниженню первинного посттравматичного стресу і підтримка в формуванні навичок адаптації до перебування в умовах стресу:

Система запобігання реакціям на травму складається з 8 кроків:

1. Контакт
2. Безпека
3. Стабілізація
4. Збір та надання інформації
5. Практична допомога
6. Відновлення зв'язків і соціальна підтримка
7. Інформування щодо способів опанування стресу.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно поняття «посттравматичний синдром», причин виникнення посттравматичного синдрому, симптоматиці посттравматичного синдрому; аргументування змісту, завдань, мети комплексної реабілітації військовослужбовців з посттравматичним синдромом; демонстрування вміння складати програму реабілітації військовослужбовців з посттравматичним синдромом.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 9.

ТЕМА: Програма ерготерапії військовослужбовців з неврологічними, травматологічними, сенсорними ушкодженнями.

Мета: опрацювати програму ерготерапевтичного менеджменту військовослужбовців після бойового поранення.

Завдання:

1. Розглянути проблеми обмеження персональних та інструментальних активностей після поранення військовослужбовців різних нозологій.
2. Проаналізувати інструменти ерготерапевтичного оцінювання в рамках компонентів МКФ.
3. Скласти програму ерготерапії військовослужбовців з неврологічними, травматологічними, сенсорними ушкодженнями внаслідок бойових дій.
4. Обґрунтувати танцювально-рухову терапію як засіб занятцевої активності у відновленні військовослужбовців з неврологічними, травматологічними, сенсорними ушкодженнями.

Короткий виклад теми.

Унаслідок ведення бойових дій в Україні велика кількість військовослужбовців Збройних Сил України отримали поранення (травми). Усі вони потребують відновлення виконання повсякденних функцій, створення комфортних умов життя, забезпечення можливості відновлення професійних навичок та соціальної адаптації. Ерготерапія є одним з важливих етапів відновлення поранених (травмованих) військовослужбовців.

Ерготерапія є міждисциплінарною галуззю, що включає у себе знання із багатьох спеціальностей – медицини, педагогіки, психології, соціальної педагогіки, біомеханіки та фізичної терапії. У більшості країн світу ерготерапію проводять спеціалісти – ерготерапевти. Вони переважно працюють у команді фахівців, які займаються реабілітацією хворих, і до цієї команди входять лікарі, психологи, фізичні терапевти, логопеди та фахівці з інших спеціальностей. Ерготерапевт – фахівець, який навчає новим способам виконання повсякденних завдань, допомагає повернути втрачені навички, адаптує середовище

проживання, роботи, навчання та спілкування, виготовляє та підбирає адаптивне обладнання. Для кожного пацієнта ерготерапевт розробляє індивідуальну програму. Її головною метою є сприяння повноцінному функціонуванню пацієнта, що збільшує його незалежність та самооцінку. Окрім відновлення фізичних навичок, ерготерапевт сприяє покращенню емоційного та психосоціального благополуччя пацієнта, допомагає людині повернутися до нормального укладу життя, знайти роботу, повернутися в соціум, незважаючи на ті обмеження, які накладає на неї хвороба.

Але на відміну від цивільних, військові ерготерапевти краще пристосовані для того, щоб забезпечити успішну адаптацію військовослужбовців до переліку потреб та ситуацій щодо бойової готовності та безпечного повернення до виконання службових обов'язків. Саме військові ерготерапевти можуть запропонувати широкий спектр втручань для задоволення потреб постраждалих військових, адже, на відміну від цивільних, вони розуміються не тільки на загальних військових обов'язках, що вимагає військова служба, а і на обов'язках дотичних до кожного військового фаху, що особливо важливо при відновленні професійних навичок військовослужбовця.

Наприклад, військовий ерготерапевт, оцінюючи функціональні здібності пораненого (травмованого, хворого) військовослужбовця з огляду на його військовий фах, особливу увагу може приділяти таким навичкам як піднімання, штовхання, підтягування, окрім того оцінюватиме фізичні якості (витривалість, силу, спритність), пізнавальні функції (концентрація уваги, пам'ять, можливості критичного мислення) та емоційне саморегулювання, що може бути значно погіршене внаслідок бойових стресових травм (БСТ), в тому числі ПТСР.

У разі важких травм або поранень, внаслідок яких військовослужбовець надовго втрачає здатність до виконання військових обов'язків, до специфічних завдань військового ерготерапевта додається психологічна підтримка пораненого та членів його сім'ї впродовж всього етапу лікування та відновлення. Пріоритетним також стає раннє навчання таких пацієнтів навичкам самообслуговування (туалет, купання, одягання) та правильного поводження з допоміжними технічними засобами, що робить пацієнтів незалежними, а отже піднімає їх самооцінку, віру в себе і в позитивний результат лікування та відновлення.

Після досягнення пацієнтом певного функціонального рівня метою ерготерапії, для поранених військових, стає відновлення професійних навичок та повернення до виконання професійних обов'язків. У разі неповного відновлення, саме військовий ерготерапевт займається підготовкою військовослужбовця до альтернативної служби, що полягає уперенавчанні чи полегшенні обов'язків, що виконувалися військовим до моменту травмування. У випадку ж, коли втрачені функції відновити неможливо, основною метою роботи військового ерготерапевта стає створення сприятливих умов для переходу військовослужбовця до повноцінного активного цивільного життя.

Власне, після того, як військові за станом здоров'я повністю залишають збройні сили, військові ерготерапевти продовжують з ними співпрацювати, надаючи їм так звані «перехідні послуги», метою яких є перш за все попередження дезадаптивної поведінки (вживання наркотиків, зловживання алкоголем) внаслідок, як бойового стресу від отриманих поранень, так і від власної неповносправності.

Саме ці «перехідні послуги» допомагають справитися з тривогою, депресією, безсонням, страхом і гнівом, вчать розв'язувати конфлікти, планувати цілі, підбирати способи вирішення конкретних проблем. До прикладу, ерготерапевти вирішують проблеми соціальної допомоги сім'ям звільнених неповносправних військовослужбовців, встановлюючи контакти з відповідними службами.

А головне, у перехідні послуги військових ерготерапевтів входить оцінка здібностей, інтересів та професійних навичок військовослужбовців, що дозволяє визначити їх потенційні можливості в освоєні нової цивільної професії. Закордонні фахівці для оцінки працездатності звільнених військовослужбовців використовують стандартизовані опитувальники та тести з реальними та імітованими робочими місцями, що дозволяє оцінити розумові, психічні та

функціональні здібності такі як, дрібна і велика моторика, дотягування до предметів, присідання, носіння, ходьба, координація і рівновага, швидкість, гнучкість, витривалість і т.ін. Результати оцінки допомагають військовим ерготерапевтам розставити пріоритети у підборі цивільної роботи для звільненого військовослужбовця та визначити необхідність його перекваліфікації та додаткової освіти.

Військовослужбовці часто зацікавлені у перепідготовці та додатковій освіті, однак на заваді можуть стати фізичні обмеження, прояви БСТ та ПТСР, та труднощі у навчанні пов'язані з отриманням черепно-мозкових травм різного ступеня важкості, і тут також буде необхідна допомога ерготерапевта, спрямована на подолання зазначених проблем.

Отже, саме військові ерготерапевти, що працюють з військовослужбовцями, які мають травми і ушкодження різного характеру і ступеня важкості (тимчасові зворотні, важкі зворотні, важкі незворотні) сприяють швидкому відновленню не тільки функціональних можливостей своїх пацієнтів, а й їх професійному відновленню та швидкому поверненню до виконання службових обов'язків, а у разівідсутності повного відновлення, вони надають різнобічну допомогу, належну підтримку та забезпечують гідне повернення звільнених поранених (травмованих, хворих) військовослужбовців до повноцінного цивільного життя.

Ерготерапевтичне забезпечення потреб людини має на меті досягнення здоров'я, благополуччя та інтеграції в соціальне життя через залучення до діяльності (праці). Це узагальнення розкриває усі сфери впливу ерготерапевтичної спеціальності: вид зайнятості (рівень активного способу життя: відпочинок і сон, освіта, робота, задоволення, участь у соціальному житті), особливості клієнта (цінності, віра, сила духу; функціональність, тілобудова), виконання навичок (моторних, соціально необхідних), патернів (звички, ритуали, ролі), навколишнє середовище (культурне, особисте, фізичне, соціальне, віртуальне).

Ерготерапія військовослужбовців має свої особливості. Специфіка полягає в тому, що учасники з воєнним минулим потребують постійного моніторингу та супроводу. Такі особи схильні до суїцидальних дій. Саме тому ерготерапевт у роботі з військовослужбовцями не повинен чекати їх самозвернення. Активного залучення до співпраці потребує і оточення пацієнта, особливо члени його родини. Найбільш адаптованими до українських реалій є практичний досвід колег із Канадської асоціації ерготерапевтів «Working for the Canadian Armed Forces and Veterans Affairs Canada» та настанови «A Guidance Document for Occupational Therapists 2017».

Початком циклічного ерготерапевтичного процесу є оцінка потреб людини за визначеною базовою функціональною неспроможністю.

В Україні визнаний і запроваджений аналог «International Classification of Functioning, Disability and Health» (наказ МОЗ України від 23.05.2018 № 981), що дозволяє провести комплексну функціональну оцінку та продовжити кроки планування, контролю за дотриманням плану, оцінки результативності ерготерапевтичного процесу. Суттєво полегшує проведення первинного скринінгу розроблена колегами з різних країн тестова система, що потребує перекладу українською та запровадження. Доречним є використання єдиної бази військовослужбовців для їх розподілу за пріоритетністю надання допомоги, що оптимізувало б початок ерготерапевтичної допомоги. Багаторічний досвід і практичні напрацювання розвинених країн слід детально вивчати та інтегрувати у військову ерготерапію в Україні, що має шанс стати однією з перспективних спеціальностей з високим рівнем обслуговування воїнів.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно поняття ерготерапія; обґрунтування вибору оціночних ерготерапевтичних тестувань для виявлення проблем обмеження персональних та інструментальних активностей після поренення військовослужбовців різних нозологій; продемонструвати вміння складати програму ерготерапії військовослужбовців з неврологічними, травматологічними, сенсорними ушкодженнями внаслідок бойових дій (за вибором викладача).

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 10.

ТЕМА: Психологічна допомога та реабілітація родин військових – учасників бойових дій.

Мета: навчитися надавати психологічну допомогу та проводити реабілітацію родинам військових – учасників бойових дій .

Завдання:

1. Ознайомитися з психологічними проблемами членів родин військових.
2. Розглянути методи самопомоги для членів родин в умовах травматичної кризи.
3. Вивчити тренінгові вправи та форми реабілітації, які можуть бути використані для профілактики та подолання стресу.
4. Розкрити зміст реабілітаційної роботи з членами родини та дітьми в умовах травматичної кризи.
5. Скласти програму індивідуальної та групової роботи з членами родин військових (сім'ями та дітьми-переселенцями).
6. Добрати заходи для вирішення завдань соціальної реабілітації та інтеграції пацієнтів-військовослужбовців.
7. Розглянути можливості спортивних залучень для даної категорії пацієнтів.

Короткий виклад теми.

Будь-яка криза приховує в собі як приховані можливості, так і небезпеку. З одного боку, криза може стимулювати оволодіння новими стратегіями вирішення конфліктів, розвивати впевненість завдяки новим установкам, новим способам поведінки і стратегіям рішення, забезпечувати особистісне зростання і розвиток самості, посилення ідентичності. З іншого боку, реальними небезпеками кризи стають: агресивні, непродумані дії, психічні захворювання, соматизація, хроніфікація через заперечення, відчай і замкнутість.

При роботі з дітьми-переселенцями рекомендується використовувати методи індивідуальної та групової роботи.

Україна стикнулася з проблемою реабілітації цивільного населення задовго до лютого 2022 року, оскільки воєнні дії у певних регіонах країни йдуть із 2014 року. Відповідно маємо саме з цього часу постраждалих від агресивних дій ворога, внутрішньо переміщених осіб, осіб, що постраждали на тимчасово окупованій території. Нині до них додалися біженці, які рятувалися від воєнних дій за межами країни, а також особи, які опинилися в окупації і нині знаходяться на звільненій території. Проте завдання реабілітації постраждалих від російської агресії ускладнено не стільки масштабністю, кількістю постраждалих і потребуючих реабілітації, а тим, що цю складну, багатоаспектну і коштовну роботу доводиться організовувати і втілювати у повсякденні практики в умовах дії воєнного стану.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно психологічні проблеми членів родин військових та психологічних проблем членів родин військових; обґрунтування методів самопомоги для членів родин в умовах травматичної кризи; представлення та обґрунтування вибору; демонстрування вміння складати програму терапії членам родини військовослужбовця та дітей в умовах травматичної кризи.

РОЗДІЛ 3
РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СТУДЕНТИ

Вид контролю: 3 семестр – залік.

Методи контролю:

1. Поточний контроль
2. Модульний контроль
3. Залік.

Розподіл балів, які отримують студенти

Поточне тестування та самостійна робота										Підсумкови й тест (залік)		Сума
										МК 1	МК 2	
Т 1	Т 2	Т 3	Т 4	Т 5	Т 6	Т 7	Т 8	Т 9	Т 10	20	20	100
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	40		

Складові оцінювання поточної складової

Теми	Короткий зміст завдання	За якісне оформлення висвітлення та виконання завдання	За відповіді на запитання	Всього балів
Тема 1	Продемонструвати рівень знань висвітлення знань стосовно характеристики класифікації категорій військових втрат, характерні поранення під час бойових дій.	5	1	6
Тема 2	Продемонструвати знання стосовно поняття Міжнародної класифікації функціонування, характеристики компонентів Міжнародної класифікації функціонування, завдань фізичного терапевта під час оцінки пацієнта в контексті МКФ; представити вміння застосовувати МКФ у оцінюванні проблем і потреб пацієнтів (ситуаційні задачі).	5	1	6
Тема 3	Висвітлення знань стосовно класифікації ушкоджень спинного мозку за ступенем пошкодження спинного мозку; аргументація принципів менеджменту нейрогенного сечового міхура; обґрунтування вибору інструментів оцінювання з меж МКФ та психометричних критеріїв; демонстрація програми терапії після ушкодження спинного мозку (рівень ушкодження – за вибором лектора).	5	1	6
Тема 4	Висвітлення знань стосовно характеристики класифікацій травмування, ранній та пізніх ускладнень тривалої іммобілізації; аргументування та демонстрування терапевтичних вправ у різні періоди	5	1	6

	іmobilізації; демонстрування вміння застосувати реабілітаційне обладнання: ортези, фіксатори, бруси, милиці, ходуни, тростини.			
Тема 5	Висвітлення знань стосовно характеристики класифікацій ампутацій, ранній та пізній післяопераційних ускладнень, характеристики протезів; аргументування та демонстрування терапевтичних вправ у різні періоди реабілітації після ампутації; демонстрування вміння застосувати реабілітаційне обладнання: ортези, фіксатори, бруси, милиці, ходуни, тростини.	5	1	6
Тема 6	Висвітлення знань стосовно завдань та методики занять з гідротерапії для пацієнтів різних нозологічних груп (за вибором лектора); демонстрування вміння складати перспективне планування занять з гідротерапії для пацієнтів різних нозологічних груп (за вибором лектора); представлення комплексу терапевтичних вправ для заняття з гідрокінезотерапії пацієнтів різних нозологічних груп (за вибором лектора).	5	1	6
Тема 7	Висвітлення знань стосовно порушень внаслідок втрати зору після поранення, ранніх та пізніх наслідків контузії; обґрунтування методики терапевтичних вправ, масажу військовослужбовців з втратою зору, обґрунтування методики терапевтичних вправ, масажу військовослужбовців після контузії; демонстрація вміння складати програму реабілітації військовослужбовців з втратою зору, демонстрація вміння складати програму реабілітації військовослужбовців після контузії.	5	1	6
Тема 8	Висвітлення знань стосовно поняття «посттравматичний синдром», причин виникнення посттравматичного синдрому, симптоматиці посттравматичного синдрому; аргументування змісту, завдань, мети комплексної реабілітації військовослужбовців з посттравматичним синдромом; демонстрування вміння складати програму реабілітації військовослужбовців з посттравматичним синдромом.	5	1	6
Тема 9	Висвітлення знань стосовно поняття ерготерапія; обґрунтування вибору оціночних ерготерапевтичних тестувань для виявлення проблем обмеження персональних та інструментальних активностей після поренення військовослужбовців різних нозологій; продемонструвати вміння складати програму ерготерапії військовослужбовців з неврологічними, травматологічними, сенсорними ушкодженнями внаслідок бойових дій (за вибором викладача).	5	1	6

Тема 10	Висвітлення знань стосовно психологічні проблеми членів родин військових та психологічних проблем членів родин військових; обґрунтування методів самопомоги для членів родин в умовах травматичної кризи; представлення та обґрунтування вибору; демонстрування вміння складати програму терапії членам родини військовослужбовця та дітей в умовах травматичної кризи.	5	1	6
Всього за аудиторні заняття				60

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для екзамену, курсового проекту (роботи), практики	для заліку
90-100	A	відмінно	зараховано
82-89	B	добре	
74-81	C		
64-73	D	задовільно	
60-63	E		
35-59	FX	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
0-34	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні питання організації надання медичної допомоги, діагностики та лікування бойової хребетної та хребетно-спинномозкової травми. URL: https://repo.dma.dp.ua/1448/1/Unkhj_2015_1_6.pdf
2. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05 / Хмельницький нац. ун-т ; Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Хмельницький ; Тернопіль, 2018. 559 с.
3. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна*. 2018. С. 106–110.
4. Васильківський Д. В. Фізична терапія військовослужбовців з черепно-мозковими травмами. *Проблеми здоров'я людини та фізичної реабілітації* : матеріали V Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 30–33. URL: <http://repository.sspu.edu.ua/handle/123456789/10287>
5. Ільницька Г. С., Гончарук Н. В. Терапевтичні вправи : навч. посібник для викладачів. Харків : Вид-во НФаУ, 2021. С. 198.
6. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
7. Закон України «Про фізичну культуру і спорт» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text>.
8. Кожокар, М., Палагнюк, Т., & Короляничук, А. Оптимізація фізичної реабілітації військовослужбовців збройних сил України. *Молодий вчений*, 11 (123). 2023. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-11-123-13>.
9. Крук І. М., Григус І. М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation and Recreation)*. 2022. 12. С. 44–51.
10. Куртвелієва В. А. Вогнепальні поранення військовослужбовців як сучасна проблема фізичної терапії. *Здоров'я людини в сучасному культурно-освітньому просторі* : матеріали II Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2019. С. 39–42.
11. Національна стратегія розвитку системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/342/2020/print>
12. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: МКФ. URL: https://physrehab.org.ua/wp-content/uploads/docs/5210-preklad_mkf_dorosla_v_docx.pdf
13. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / Загальна редакція: К. Возніцина, Л. Литвиненко. К., 2020. 192 с. Електронний ресурс. URL: <https://legal100.org.ua/wp-content/uploads/2020/09/Nevidimi-naslidki-vii--ni.pdf>
14. Стандартизація в нейрохірургії. Частина 1. Травматичні ушкодження центральної та периферичної нервової системи. За ред. академіка НАМН України, проф. Є. Г. Педаченка. Київ : ДУ ІНХ НАМНУ. 2019. 152 с. URL: https://neuro.kiev.ua/wp-content/uploads/Book_01.pdf
15. Приступа Є. Н. Фізкультурно-спортивна реабілітація у системі галузевих соціальних практик. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2022. Т. 7, № 4. С. 163–169.
16. Реабілітація внутрішньо переміщених осіб, біженців за межі країни, інших цивільних осіб, постраждалих від російської агресії в Україні. Правові, соціальні, економічні, медичні аспекти особливості організації під час воєнного стану Київ. ВД «Професіонал», 2022. 482 с.

17. Указ Президента України №342/2020 від 23 серпня 2020 року Питання розвитку національної системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/342/2020/print>

18. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: <http://www.dec.gov.ua/mtd>

19. Ястребова Ю. В. Ефективність фізичних вправ у воді в системі фізичної терапії військовослужбовців з вогнепальними пораненнями нижніх. *Сучасні проблеми фізичного виховання, спорту та здоров'я людини* : матеріали VII інтернет-конференції. м. Одеса, 17-18 жовтня 2023 р. Одеса. : видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2023. С. 189–191. URL: dspace.pdpu.edu.ua/jspui/handle/123456789/18053

20. Ярмолюк Ю. О. Система відновного лікування постраждалих із множинними переломами довгих кісток. Дис. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Харків, 2017.