

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені А. С. МАКАРЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра терапії та реабілітації

Кириченко Едуард Володимирович

**ПАЦІЄНТОЦЕНТРИЧНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ОРГАНІВ
ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРУ**

Спеціальність: 227 Терапія та реабілітація

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеню магістр

Науковий керівник

_____ Я. М. Копитіна

кандидат наук з фізичного виховання
і спорту, доцент кафедри терапії та
реабілітації

«___»_____ 2025 року

Виконавець

_____ Е. В. Кириченко

«___»_____ 2025 року

Суми – 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 НАПРЯМКИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ОРГАНІВ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРА.....	9
1.1. Реабілітаційний процес військовослужбовців після поранення органів зорового аналізатору	9
1.2. Особливості фізичної терапії для військовослужбовців з порушенням зору з метою підвищення рівня самостійності	10
Висновки до розділу 1.....	24
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	26
2.1. Методи дослідження	26
2.2. Організація дослідження	29
Висновки до розділу 2.....	32
РОЗДІЛ 3 ЕФЕКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТОЦЕНТРИЧНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ОРГАНІВ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРА.....	34
3.1. Результати первинного обстеження військовослужбовців з порушенням зору.....	34
3.2. Опис програми фізичної терапії для військовослужбовців з порушенням зору.....	41
3.3. Аналіз результатів вторинного обстеження військовослужбовців з порушенням зору.....	47
Висновки до розділу 3.....	53
ВИСНОВОК	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:	57
ДОДАТКИ.....	63

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

А – адаптаційні тренування;

В.п. – вихідне положення;

ЖЄЛ – життєва ємність легень;

Заг. – загальний;

ЗРСЦ НКСПУ – Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету спорту інвалідів України;

К-сть – кількість;

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я;

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб;

НО – незряча особа;

ОЗЗ – особа із залишковим зором;

ОПЗ – особи з порушенням зору;

РГГ – ранкова гігієнічна гімнастика;

ФТ – фізична терапія.

ВСТУП

Актуальність проблеми. Сучасна соціальна політика спрямована на підтримку осіб з інвалідністю та їхню інтеграцію в суспільне життя, зокрема через підходи пацієнтоцентрованої реабілітації. Сприйняття цієї соціальної групи поступово зміщується в бік визнання їх повноправними членами суспільства з рівними правами з іншими громадянами. Однак у багатьох країнах людей з інвалідністю досі розглядають переважно як пацієнтів, які потребують догляду, а не як особистостей, здатних активно брати участь у суспільному житті. Вони не сприяють включенню людей з інвалідністю до суспільного життя або не підтримують реалізацію їхніх прав як громадян [3].

Особливої уваги потребують військовослужбовці, які отримали поранення органів зорового аналізатора під час бойових дій. Втрата або значне порушення зору не лише обмежує фізичну активність і мобільність, а й негативно впливає на психологічний стан та соціальну адаптацію постраждалих.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 285 мільйонів людей у світі страждають від порушень зору, зокрема приблизно 45 мільйонів повністю сліпі, а решта мають частковий зір. В Україні немає точної офіційної статистики щодо кількості людей з порушеннями зорової системи, але неофіційні джерела оцінюють цю кількість приблизно в 100 000 осіб [20].

В останні роки поширеність патологічних змін зорової системи зростає, що привертає увагу дослідників. Ці проблеми включають як концептуальні питання щодо причин і наслідків для загального здоров'я, так і розробку профілактичних та реабілітаційних підходів [7].

Серед науковців, які активно переймаються цим питанням, можна виділити наступних: М. Бельє, 2017 [5], В.В. Войтко, 2021 [8], Т.Є. Єжова, 2016 [12], Я.М. Копитіна, 2020 [19], Л. Б. Харченко, О. І. Плиска, М. М. Груша, І. Д. Шкробанець, 2018 [36].

Питання фізичної терапії для військовослужбовців з травмами зору також

має правове підґрунтя. Українське законодавство гарантує соціальний захист та реабілітацію осіб з інвалідністю через кілька законів, зокрема: «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [25], «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [26, 27], положенням «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, переліків таких засобів» [28, 29].

Таким чином, дослідження пацієнтоцентрованого підходу до фізичної терапії військовослужбовців із пораненнями органів зорового аналізатора є актуальним як з наукової, так і з практичної точки зору. Його реалізація сприятиме покращенню якості життя цієї категорії осіб, підвищенню рівня їхньої незалежності та соціальної адаптації.

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити та апробувати програму пацієнтоцентричної фізичної терапії для військовослужбовців після поранення органів зорового аналізатора з метою покращення їхньої фізичної активності, підвищення рівня самостійності та соціальної адаптації.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та систематизувати дані наукових джерел щодо застосування фізичної терапії для реабілітації осіб із порушеннями зору, зокрема військовослужбовців після поранень органів зорового аналізатора;

2. На основі вивчення функціонального та психологічного стану військовослужбовців із порушеннями зору розробити та науково обґрунтувати програму фізичної терапії для підвищення рівня їхньої самостійності та адаптації до нових умов життя;

3. Апробувати та оцінити ефективність запропонованої програми фізичної терапії для військовослужбовців після поранень органів зорового аналізатора.

Об'єкт дослідження – реабілітаційний процес військовослужбовців із пораненнями органів зору, що включає фізичну терапію для покращення

їхньої самостійності та соціальної адаптації.

Предмет дослідження – вплив фізичної терапії на відновлення функціональних можливостей та психологічний стан військовослужбовців із порушеннями зору.

Практичне значення роботи полягає в науковому обґрунтуванні, розробці та апробації програми фізичної терапії для військовослужбовців після поранень органів зору, спрямованої на підвищення їхньої самостійності та адаптації до нових умов життя. Запропоновану програму можна використовувати у військових госпіталях, реабілітаційних центрах для ветеранів, санаторно-курортних закладах, а також у спеціалізованих медичних установах, що займаються відновленням осіб із порушеннями зору.

Розроблена комплексна програма фізичної терапії була впроваджена у практичну діяльність Громадської спілки «Сучасний погляд» (м. Київ) (Додаток А).

Методи дослідження: вивчення та аналіз наукових джерел; педагогічні методи (анкетування, експериментальна перевірка, спостереження); клінічні підходи («ADL/IDL профіль осіб із порушеннями зору», «Лист оцінювання за МКФ», «Категорійний профіль за МКФ»); функціональні методи (швидка оцінка рівня фізичної підготовленості, дихальні проби Штанге та Генча, вимірювання життєвої ємності легень); математико-статистичні методи аналізу.

Апробація результатів дослідження. Головні теоретично-практичні засади наукової роботи було обговорено на:

1. 3rd International Scientific Conference «Economic and Social-focused Issues Of Modern World», що відбулася у School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava (17–18 листопада 2020 р., м. Братислава, Словаччина) (Додаток Б);

2. VI Всеукраїнській дистанційній науково-практичній інтернет-конференції «Сучасні проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії» (4 грудня 2020 р., м. Суми) (Додаток В);

3. VI Всеукраїнській електронній науково-практичній конференції студентів та молодих учених «Здоров'язбережувальна компетентність у структурі безпеки життєдіяльності людини» (29 листопада 2021 р. м. Суми.) (Додаток Г);

4. XXI Міжнародній науково-практичній конференції «Фізична культура, спорт і здоров'я: стан, проблеми та перспективи» (16–17 грудня 2021 р., м. Харків) (Додаток Д).

5. XXII Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених «Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення» (17-18 листопада 2022 р., м. Суми) (Додаток Ж)

6. IX Miedzynarodowej Konferenci Naukowo-Praktycznej WSPÓŁCZESNE PROBLEMY PODNIESIENIA JAKOSCI LYCIA W GLOBALIZOWANYM SWIECIE (13–14 листопада 2024 р. м. Ополе, Польща) (Додаток З).

Публікації. Результати дослідження частково викладено у наукових статтях:

1) Копитіна Я.М., Кириченко Е.В. Ерготерапія як інструмент попередження падіння слабозорих та незрячих осіб. Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії : матеріали VI Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2020. С. 210–219.

2) Кириченко Е.В. Методи відновлення працездатності осіб із тотальною втратою зору. Здоров'язбережувальна компетентність у структурі безпеки життєдіяльності людини : Матеріали VI Всеукраїнської електронної науково-практичної конференції. Суми: ФОП Цьома, 2021. с. 39–41.

3) Копитіна Я. М., Перепеченко О. М., Кириченко Е. В. Особливості постановки цілей у SMART-форматі при роботі з військовослужбовцями, які мають поранення зорового аналізатора. Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення : матеріали XXII Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених : / відповід. ред.

Я. М. Копитіна, наук. ред. О. А Томенко. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2022. – 217 с.

Структура роботи: робота складається з переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, 12 додатків. Роботу проілюстровано 11-ма рисунками та 6-ма таблицями. Список використаних джерел включає 50 найменування з них 10 – іноземною мовою; загальний обсяг роботи складає 80 сторінок, з них основного тексту 56 сторінок.

РОЗДІЛ 1

НАПРЯМКИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ОРГАНІВ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРА

1.1. Реабілітаційний процес військовослужбовців після поранення органів зорового аналізатору

Зір є одним з основних сенсорних аналізаторів, що відіграє важливу роль у життєдіяльності людини, надаючи інформацію про навколишнє середовище. Він забезпечує отримання понад 80% інформації про навколишнє середовища, також відіграє важливу роль в орієнтації, самообслуговуванні, трудовій діяльності, навчанні, тощо. Порушення зору – як центрального, так і периферичного, а також порушення бінокулярного зору, світловідчуття та сприйняття кольору – мають значний вплив на фізичний, психологічний та соціальний стан людини, особливо після поранення органів зорового аналізатору. Порушення зору може суттєво змінювати якість життя військовослужбовців, впливаючи на їхню здатність виконувати повсякденні функції та інтегруватися в суспільство [7, 45].

Залежно від ступеня збереження залишкового зору, військовослужбовці після поранень можуть бути класифіковані за рівнем порушення зору: часткова сліпота (слабозорість) або тотальна сліпота [37]. Часткова сліпота (9D90.1–9D90.3) характеризується зниженням гостроти зору, при цьому зберігається певна функція зорового аналізатора. Тотальна сліпота (9D90.4–9D90.5) передбачає повну відсутність зору, що значно ускладнює реабілітаційний процес [41].

Для реабілітації військовослужбовців після поранення органів зорового аналізатору ми застосовували комплексну терапевтичну програму, що включала фізичну терапію, орієнтуючись на Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-11) та Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Реабілітаційне обстеження дозволяло

визначити ризик виникнення, наявність та ступінь порушень функцій та структур організму, обмежень активності, а також оцінити вплив факторів середовища та особистих факторів.

Зрештою, процес реабілітації спрямований не лише на усунення фізичних обмежень, але й на сприяння соціальній інтеграції, психічній стійкості та активній участі в повсякденному житті.

Метою нашого реабілітаційного процесу було максимальне відновлення здатності військовослужбовців до самостійного життя та участі у суспільному житті, враховуючи наявні функціональні порушення. У цьому процесі ми використовували біопсихосоціальну модель хвороби (Додаток Е), що є загальноприйнятою в міжнародній практиці реабілітації та враховує взаємодію фізичних, психологічних та соціальних аспектів здоров'я [4, 50].

1.2. Особливості фізичної терапії для військовослужбовців з порушенням зору з метою підвищення рівня самостійності

Процес фізичної терапії зосереджений на відновленні, підтримці та покращенні функціональних та рухових здібностей військовослужбовців з порушеннями зору. Його основна мета – підвищити рівень їхньої незалежності та полегшити адаптацію до нових умов життя.

Реабілітаційні заходи проводилися під керівництвом фізичного терапевта за підтримки асистентів та адаптувалися до наявних матеріально-технічних ресурсів бази. Усі втручання координувалися в рамках мультидисциплінарної команди, члени якої координували та доповнювали зусилля один одного. До складу команди входили фізичний терапевт, військовий психолог, спеціаліст з адаптивної фізичної активності та інші фахівці. Такий командний підхід забезпечував всебічну підтримку та сприяв більш ефективному процесу реабілітації [44, 46].

Блок фізичної терапії розроблений для розвитку, підтримки та, де це можливо, відновлення рухових та функціональних здібностей, які могли бути

порушені внаслідок травми. Він включає структурований набір втручань, персоналізованих на основі індивідуальних потреб та фізичних можливостей кожного реабілітанта. Для досягнення поставлених цілей реабілітації ми використовували наступні засоби фізичної реабілітації: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), туристичні походи, скандинавську ходьбу (весна, літо, осінь), заняття з фітболом, пересуванням на лижах (зима, початок весни), тренажерну залу (рис. 1.1).

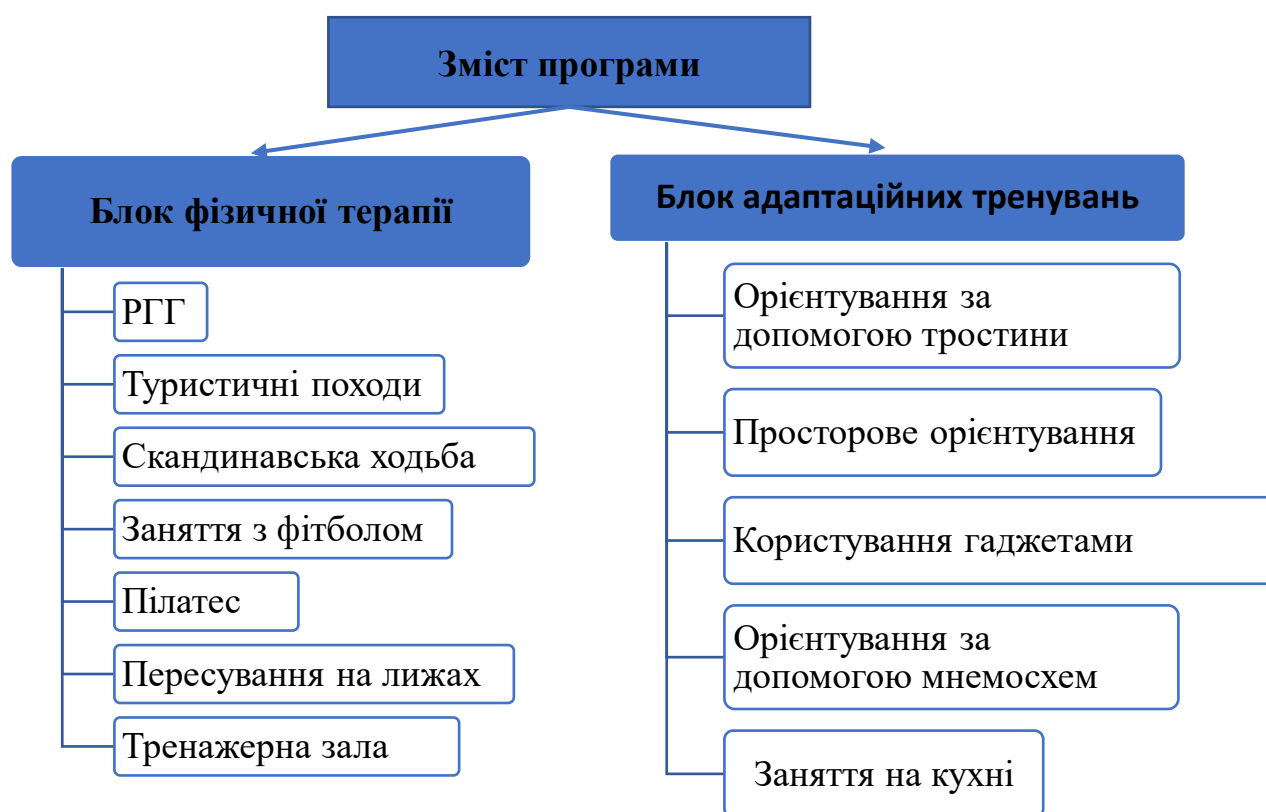


Рис. 1.1 Особливості наповнення розробленої програми фізичної терапії та адаптаційних тренувань

Ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ) є невід’ємною частиною щоденного режиму, особливо для осіб з порушеннями зору (рис. 1.2). Тривалість заняття становила 15-25 хвилин, причому складність вправ поступово зростала, що забезпечувало адаптацію організму до навантажень [41].



Рис. 1.2 Ранкова гігієнічна гімнастика

Особливим компонентом фізичної терапії для військовослужбовців з порушенням зору була кінезіотерапія в умовах тренажерного залу. Цей напрям є дуже важливим для даної нозології, адже він сприяє відновленню рухової активності, покращенню постави, відновленню патерну ходи, зміцненню м'язового корсету, координації та загального фізичного стану а також, допомагає попрацювати з поставленими індивідуальними цілями людини [41].

У процесі кінезіотерапії використовуються різноманітні кардіо- та силові тренажери: орбітрек, бігова доріжка, велотренажер, гантелі, тренажери для розведення та згинання ніг, кросовери тощо.

Значна увага приділялось тренуванням на нестабільних платформах (рис. 1.3), а також правильному розташуванню обладнання, безпечному пересуванню залом, а також навчанню розпізнавання змін у положенні тіла чи опору (наприклад, зміна кута нахилу бігової доріжки).

Кінезіотерапія, окрім фізичного впливу, позитивно впливає на психоемоційний стан: зменшує рівень тривожності, підвищує самооцінку, формує мотивацію до активного способу життя та сприяє соціальній інтеграції

Туристичні походи є ефективним засобом фізичної терапії, для розвитку витривалості, покращення просторового орієнтування та адаптації до різних



Рис. 1.3 Застосування балансувальної платформи

умов пересування. Для ОПЗ такі заняття допомагають розвинути навички безпечного пересування на відкритій місцевості, а також зміцнюють серцево-судинну систему та опорно-руховий апарат.

Походи не лише зміцнюють фізичне здоров'я, а й допомагали учасника краще адаптуватися до навколишнього середовища, підвищити рівень самостійності та розширити свої можливості в активному способі життя. Таким чином, вони позитивно впливали на психологічний стан учасників, покращуючи їхню мотивацію та впевненість у власних силах.

В теплі пори року, для ОПЗ додавались заняття зі скандинавської ходьби.

Скандинавська ходьба є одним із ефективних методів фізичної терапії, що дозволяє поєднувати аеробне навантаження з розвитком сили м'язів, координації та просторового орієнтування. Для ОПЗ цей вид активності особливо важливий, оскільки сприяє покращенню рівноваги, зменшенню ризику падінь та підвищенню загальної фізичної витривалості [13, 22].

Що до основних переваг скандинавської ходьби, то можна виділити наступні:

1. Розвиток координації та рівноваги – активне використання трекінгових палиць стабілізує положення тіла під час ходьби;
2. Зміцнення м'язів – працюють м'язи нижніх та верхніх кінцівок, плечового поясу, спини;

3. Покращення серцево-судинної витривалості – регулярне аеробне навантаження стимулює роботу серця та легенів [13].

Програма складається з 3 частин: розминки (рис. 1.4), основної частини та заминки.



Рис. 1.4 Фрагмент з розминки

Крім фізичного впливу, скандинавська ходьба позитивно позначилася на психоемоційному стані учасників. Відзначалося зниження рівня стресу, покращення настрою та зростання соціальної взаємодії серед учасників.

Тому, скандинавська ходьба – універсальний, безпечний та ефективний метод фізичної активності в рамках реабілітації людей з порушенням зору. Вона сприяє розвитку фізичних якостей, адаптації до середовища та покращенню якості життя.

До програми ФТ було включено спеціальні дихальні вправи, засновані на методиці Пілатеса. Вони сприяли покращенню оксигенації організму, зміцненню м'язів грудної клітки та черевного преса, що позитивно впливало на загальну витривалість і якість рухової активності [45].

Курс даних занять передбачав обов'язкове навчання правильному диханню, що забезпечує вищу ефективність реабілітаційних заходів. Використовувалась контрологія (метод Джозефа Пілатеса) – оздоровча система, яка розвиває силу, гнучкість і координацію рухів [8]. Однією з головних умов застосування елементів контрології у фізичній терапії є навчання

діафрагмальному диханню, при якому активізується черевна стінка та розширюється грудна клітка [9].

Таким чином, дихальне тренування за методом Пілатеса є важливою частиною реабілітаційного процесу. Воно позитивно впливає як на фізичний, так і на психоемоційний стан пацієнтів із порушенням зору, сприяючи кращому контролю над тілом, підвищенню витривалості та адаптації до повсякденних навантажень.

Одним із ефективних засобів ФТ стало навчання пересуванню на лижах. Лижний хід задіює майже всі основні групи м'язів людини, що сприяє розвитку сили, витривалості, координації та загальної працездатності [33]. Для осіб з порушеннями зорового аналізатору пересування на лижах забезпечують не лише фізичне відновлення, але й можливість розвитку просторового орієнтування на місцевості, відчуттю зміни опори, покращувати координацію та вестибулярний апарат [41].

Під час навчання пересування на лижах, перед реабілітантами відкривались певні фобії у вигляді страху падіння, швидкості, травмування, тощо. Проте ці проблеми поступово зникають, оскільки з кожним наступним заняттям набуваються необхідні навички та підвищується рівень фізичної витривалості.

Для даної категорії людей, під час всього реабілітаційного процесу велику увагу приділялось нестабільним платформам та нестабільним поверхням. Тому окремим засобом ФТ ми виносили тренування з фітболом (рис. 1.5).



Рис. 1.5 Вступне заняття на фітболах

Фітбол – це один із засобів ФТ, який активно використовується для розвитку фізичних якостей людини, а саме координації, гнучкості та сили. Використання даного інвентарю, допомагає пацієнтам покращити баланс та контроль над своїм тілом. Це важливий елемент терапії для людей, які мають порушення вестибулярного апарату, слабкість м'язів або проблеми з координацією рухів [1, 16].

Особлива увага в ході занять приділяється правильній техніці виконання вправ, щоб уникнути травматизації та досягти максимального ефекту від вправ. На першому занятті з фітболу учасники були ознайомлені із правильним підбором діаметра м'яча в залежності від зросту особи і довжини рук [21, 32].

Загалом, фізична терапія має глибокий вплив на функціональне відновлення та якість життя людей з порушеннями зору. Вона дає їм змогу відновити контроль над своїм тілом, покращити свою фізичну форму та реінтегруватися в повсякденне життя з більшою автономією та стійкістю.

1.3. Заняття з адаптації до повсякденного життя для відновлення функціональної незалежності

Заходи, спрямовані на адаптацію до повсякденного життя, є важливим компонентом реабілітації для осіб з порушеннями зору, особливо військовослужбовців, які відновлюються після травм зорового аналізатора. Ці заходи розроблені, щоб допомогти пацієнтам відновити незалежність та впевненість у виконанні повсякденних завдань шляхом навчання альтернативним стратегіям та зміцнення існуючих функціональних здібностей [41].

Головною метою цих сесій є відновлення або покращення здатності людини виконувати основні та інструментальні дії повсякденного життя (ADL та IADL), такі як особиста гігієна, одягання, харчування, мобільність, орієнтація в просторі, домашні справи та безпечна навігація в різних середовищах.

Щоб досягнути поставлених цілей, відштовхуючись від можливостей бази,

було реалізовано блок адаптаційних тренувань який включав: орієнтування з використанням тростин, просторове орієнтування, роботу з комп'ютерними та мобільними додатками, орієнтування за допомогою мнемосхем, адаптація середовища, заняття на кухні (рис. 1.1). Цей напрям реалізовувався спеціалістами з побутової адаптації, фахівцями з орієнтування за допомогою тростин та їхніми асистентами.

Оскільки цей блок спрямований на повернення людини до повсякденної діяльності та суспільного життя з урахуванням її особистих потреб і бажань, то у контексті зазначеного контингенту його елементи застосовувалися у всіх сферах щоденної активності реабілітантів [18].

При втраті зору, погіршується просторове орієнтування. Ця втрата може компенсуватися за рахунок діяльності інших аналізаторів – тактильного, нюхового, слухового, рухового, тощо. Під час наших занять ми покращували роботу збережених аналізаторів, а також активно задіявали залишковий зір в діяльності реабілітантів [41].

Орієнтування за допомогою тростини. Первинне оцінювання виявило типові помилки користування тростини для ОПЗ: неправильна фіксація тростини, складнощі з тактильними орієнтирами, підбір висоти тростини відносно власного зросту, неправильне поводження з тростиною за столом, порушення техніки ходьби під час переміщення сходами, та вулицею, тощо. Реабілітанти навчалися підбирати тростини відповідно до індивідуальних параметрів – зросту, ваги, типу пересування, матеріалу, з'єднань, наконечників [39].

Реабілітантів вчили правильному пошуку різних орієнтирів (сходи, паркани, бордюри, тощо), а також відрізняти поверхні, по яким рухались.

На заняттях відпрацьовували різні техніки переміщення з тростиною та доцільність їх застосування в різних ситуаціях та різних місцях. Також було зазначено, що орієнтування на одній і тій самій місцевості може суттєво змінюватися в залежності від пори року, стану покриття, погодних умов тощо [18].

Особливу увагу, на заняттях, які проходили на вулиці, приділяли увагу правильному переходу через проїжджу частину дороги, а в приміщенні – правильному, безпечному переміщенню по сходах.

Окремим напрямом було навчання супроводу осіб ОПЗ та правильній поведінці у випадках, коли особу супроводжують: як прийняти допомогу, як триматися за ліктьовий супровід, як передавати зворотний зв'язок супроводжуючому, тощо.

Орієнтування за звуками. Вивчали орієнтацію за допомогою звукових орієнтирів – метрономів, шуму транспорту, звуків світлофора. Корисним був звуковий маячок при центральному вході в сам центр. Також залучали сучасні Bluetooth-маячки, які через телефон повідомляли, де саме перебуває людина [35].

Орієнтування за допомогою мнемосхем проводилось тифлопедагогом. Для ознайомлення з планом будівлі, місцевості ми використовувати тактильні мнемосхеми з шрифтом Брайля. Вони допомагали дати повну картину ОПЗ про планування місцевості чи будівлі в якій вона знаходиться, а також вони давали змогу покращити просторове орієнтування на вказаній місцевості, адже в людини вже буде сформоване уявлення про місцевість яку вона тактильно оглянула. Усі схеми були доступні постійно [41].

Ми вивчали мнемосхеми планів приміщень ЗРСЦ, планів евакуації, а також особливості взаємо розташування лижних трас для того, щоб люди орієнтувалися в просторі і розуміли де вони знаходяться зараз, щоб потім розуміти куди їх рухатись далі [35].

Навчання користування різними допоміжними додатками та приладами. Після проведення первинного дослідження, у деяких осіб, було виявлено низький рівень інформованості про сучасні можливості електронних додатків та гаджетів, що полегшують побутове життя ОПЗ. Тому ми проводили навчання з користування наступних додатків: «Lazarillo GPS for Blind» [39], «Voice Over», «Be My Eyes» [38], «MCT Money Reader» [40], «Talkback» [19]. Також демонстрували спеціальні гаджети: навушники з кістковою провідністю Rombica

Fit X–01, електронну тростину RAY [11, 23], ультразвуковий ліхтар Сонар–5УФ–В4.

Заняття на кухні. Під час первинного обстеження було виявлено труднощі в осіб з порушенням зору під час сервірування столу, пошуку необхідних предметів та користування столовими приборами.

Для покращення просторового орієнтування під час прийому їжі ми використовували метод «годинникового циферблата» [39].

Цей метод є простим і водночас ефективним способом орієнтації як у макропросторі (кімната, коридор, тренажерний зал), так і в мікропросторі (стіл, ліжка, ванна кімната, підвіконня тощо). Це один із найпростіших та найдієвіших методів орієнтації в просторі. Його суть полягає у візуалізації предметів у просторі відповідно до положення годинникових позначок, що полегшує сприйняття розташування об'єктів для НО за умови систематичного практичного відпрацювання [17].

Спочатку ми перевіряли обізнаність ОПЗ щодо структури годинникового циферблата. Далі, ми поєднували години з кутами, таким чином:

1. Напрямок прямо перед людиною відповідає 12-й годині (кут – 0°);
2. Позаду неї, за спиною – 6-та година (кут – 180°);
3. Праворуч – 3-тя година (кут – 90°);
4. Ліворуч – 9-та година (кут – 90°);
5. Проміжні варіанти говоряться з урахуванням, що кожна година – це 30° .

Для закріплення отриманих знань, ми тренувалися наступним чином: давали їм команди, які вони виконували, наприклад: «Повернись на 3-тю годину», «Зроби п'ять кроків на 6-ту годину», За аналогією цей метод використовувався і під час сервірування столу, тобто ми говоримо: «Ложка знаходиться на 6-ту годину від тебе» або «Борщ стоїть на 3-тю від тебе, а друге – на першу годину від тебе». Такий підхід дозволяв НО краще уявляти просторове розташування предметів навколо себе.

Застосування цієї системи значно полегшувало комунікацію та сприяло

кращому розумінню оточення.

Крім того, учасників ознайомлювали з індикаторами рівня рідини для осіб з порушенням зору, та іншими різними кухонними приладами, які є адаптованими для використання ОЗЗ та НО. У форматі індивідуальних та малогрупових занять було проведено в середньому чотири заняття кімнаті бази, яка оснащена сучасною побутовою технікою та інклюзивною кухнею.

Реабілітантів навчали самостійно готувати різні страви із дотриманням безпечних та адаптованих методів (рис. 1.5) [18, 24].



Рис. 1.6 Фрагмент заняття на кухні

Навчання членів родини правилам супроводження ОПЗ є важливим етапом у процесі відновлення незалежності та безпеки таких осіб. Робота проводилась не лише безпосередньо з реабілітантами, а й з акцентом на те, щоб вони самі могли передати отримані знання своїм близьким, родичам, знайомим. Навчання полягало в тому, щоб люди розуміли як саме з ними правильно поводитися, щоб забезпечувати їм безпечне пересування та зробити все можливе, щоб людина почувала себе впевнено та захищено. Тому ми навчали їх переміщенню з тростиною та без неї на вулиці в приміщенні, сходами, ліфтом, пішохідним переходом, користування дверними проходами, світлофорами,

тощо.

Супроводження людей, які мають інвалідність по зору вимагає певних правил, яких не важко дотримуватись. Детально ми відпрацювали супроводження осіб з порушення зору на вулиці, в транспорті, в приміщенні, в магазинах та інших громадських місцях.

Аналізуючи літературні джерела, ми користувались правилами супроводження які представлені нижче [7, 39].

Правила супроводження незрячих осіб

Правила супроводження осіб з порушенням зору на вулиці:

1. Людина з порушенням зору може обирати зручний для себе спосіб супроводу: триматися за лікоть, плече або передпліччя супроводжуючого з урахуванням своєї провідної руки;

2. Супроводжуючий зобов'язаний заздалегідь давати попередження про повороти, нерівні поверхні, стовпи, підвищення, бордюри, тощо. Інформація має бути чіткою та конкретною, наприклад, «Через 3 кроки буде бордюр вниз!», «Обережно, через 4 кроки, буде глибока яма!», «Через 10 м буде поворот ліворуч!»);

3. Особливу увагу слід приділяти попередженню про гілки дерев, кущів або інші перешкоди, які можуть перебувати на рівні голови;

4. Супроводжуюча особа, під час руху, має враховувати не лише простір та поверхню опори на якій знаходиться вона, а й контролювати переміщення людини, яку вона супроводжує, з урахуванням особливостей рельєфу та архітектурних споруд;

5. Якщо неможливо йти поруч, рекомендується пересування у колоні: супроводжуючий йде попереду, а особа з порушенням зору тримається за його плече або верхню частину руки;

6. При спусках та підйомах потрібно попереджувати про перші та останні сходи, якщо немає поручнів, та пересуватися без швидких рухів;

7. Навчити ОПЗ орієнтуватися по тактильній плитці та інших тактильних орієнтирах на вулиці.

Правила супроводження осіб з порушенням зору в транспорті:

1. При час посадки чи виходу з транспорту супроводжуючий повинен йти першим, та оголошувати всі перешкоди на його дорозі, а також про наявні поручні посередині дверей. Не слід штовхати людину першою — важливо дати змогу сформуванню уявлення про простір;

2. У салоні транспорту необхідно провести людину безпечним маршрутом до вільного місця, оминаючи виступаючі частини сидінь та інші перешкоди;

3. При вході на ескалатор потрібно пройти першим та покласти руку людини з порушенням зору на поручень, який рухається, та завчасно попередити коли сходити з нього;

4. При вході до вагону, який не має сходів (електричка, метро), потрібно завчасно попередити про необхідність зробити широкий крок, щоб нога не потрапила в щілину між платформою та вагоном;

5. При користуванні вагоном, який має сходи (поїзд), потрібно завчасно попередити про їх наявність, кількість та висоту.

Правила супроводження осіб з порушенням зору в приміщенні:

1. При користуванні дверями/ліфтом, діє таке саме правило як і при вході в транспорт, спочатку супроводжуючий, потім незрячий;

2. Слід надавати короткий опис приміщення для кращого орієнтування незрячого в ньому, говорити що знаходиться ліворуч чи праворуч від особи з порушенням, та завчасно попереджувати про всі перешкоди;

3. Особливу небезпеку для ОПЗ несуть скляні двері з неправильно нанесеним візуальним орієнтиром або взагалі без нього, оскільки за умовності наявності залишкового зору людина може просто не роздивитися та травмуватися об поверхню дверей;

4. У разі необхідності сісти, не варто примусово усаджувати незрячого, ми повинні його підвести до стільця, дивану, крісла та описати що перед ним знаходиться та протягнути його руки до меблів, щоб той відчув куди саме сідати чи є спинка, тощо;

5. У місцях великого скупчення людей не можна залишати особу без попередження;

6. Необхідно навчити розпізнавати елементи інтер'єру, які виконують функцію тактильних орієнтирів.

Правила супроводження осіб з порушенням зору в інших громадських місцях:

1. У закладах харчування доцільно повідомити про розташування столових приладів, посуду та страв на столі. Зручно використовувати метод «годинникового циферблата», пояснюючи розташування предметів;

2. Якщо в тарілці великий шматок їжі, то потрібно запитати у людини з порушенням зору, чи хоче вона, щоб їй допомогли порізати їжу на менші шматочки. Також, доречно запитувати чи потрібна допомога, щоб налити напій чи щось подати, якщо воно знаходиться далеко від неї;

3. У магазині необхідно підвести особу до полиць або прилавків та дозволити їй тактильно ознайомитися з товарами;

4. Дозволяйте особі з порушенням зору самостійно розраховуватись за покупки. Ви можете назвати ціну товару, а також навчити незрячого розпізнавати номінали купюр. В цьому нам може допомогти мобільний додаток «Cash Reade», який розпізнає і повідомляє номінал купюри, коли ми направляємо її на камеру;

5. Під час відвідування вбиральні супроводжуючий однієї статі може зайти разом із людиною, пояснити розташування сантехнічного обладнання. Якщо це неможливо – слід залучити персонал або іншу людину.

Окремий напрям стосувався ознайомлення з принципами взаємодії із собакою–поводирем (рис. 1.7). Цих тварин, завчасно навчають допомагати ОПЗ в безпечному переміщенні поза межами будинку чи квартири, шукати найбільш безпечну траєкторію для пересування, попереджувати господаря про всі перешкоди, які виникають на шляху. Ці тварини здатні вести свого хазяїна через натовп, зупинятися біля бордюрів і сходів, а іноді навіть навчити знаходити обмежену кількість предметів, які перебувають у полі зору, коли

отримують такі накази, як «Знайди стілець», «Знайди двері». або «Знайди ліфт». У деяких випадках їх навчають знаходити і часті орієнтири, як—от автобусні зупинки чи поштові скриньки [18].

У нас була змога відпрацювати певні рухи з собаками, відчутти як це — мати собаку—поводиря, зрозуміти в чому саме полягає її допомога. Реабілітантів було ознайомлено правилам поводження із собакою та специфіки переміщення з нею в натовпі, на вулиці, в транспорті, вмагізинах, та інших приміщеннях.

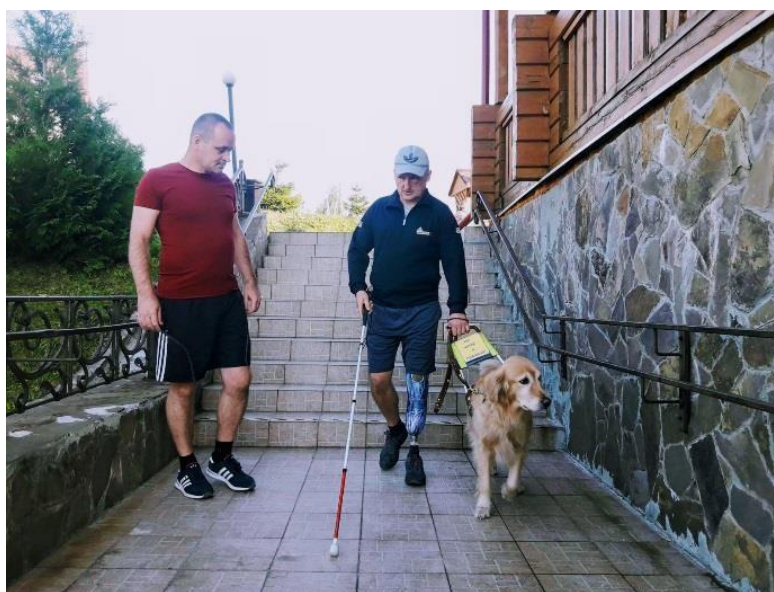


Рис. 1.7 Подолання бар'єрів за допомогою собаки—поводиря

Ці адаптивні життєві навички значно покращують функціональну незалежність людей з вадами зору, допомагаючи їм долати обмеження, зменшувати залежність від інших та повноцінно брати участь у повсякденному житті.

Висновки до розділу 1

Порушення зору у військовослужбовців, спричинені мінно—вибуховими пораненнями, є не лише медичною, а й соціальною проблемою, що вимагає комплексного та міждисциплінарного підходу в реабілітації.

Інтеграція фізичної терапії та заходів для адаптації до повсякденного

життя відіграє вирішальну роль у комплексній реабілітації військовослужбовців з порушеннями зору. Блок фізичної терапії був зосереджений на відновленні рухової функції, покращенні рівноваги та координації, підвищенні серцево-судинної витривалості та зміцненні загального фізичного стану. Ці результати були досягнуті за допомогою структурованих вправ, лікувальної гімнастики, аеробних тренувань та функціональних завдань, адаптованих до потреб та можливостей учасників.

Одночасно, заходи, спрямовані на адаптацію до повсякденного життя, сприяли розвитку функціональної незалежності, навчаючи людей орієнтуватися та виконувати важливі завдання в їхньому повсякденному середовищі. Навчання мобільності, орієнтації, самообслуговування та безпечної взаємодії з навколишнім середовищем дозволило пацієнтам подолати обмеження зору та відновити впевненість у своїх здібностях.

Разом ці два компоненти реабілітації сприяли реінтеграції військовослужбовців з вадами зору в активне повсякденне життя, сприяючи автономії, покращуючи якість життя та зменшуючи залежність від зовнішньої допомоги. Комбінований підхід, що керувався багатопрофільною командою, виявився ефективним у вирішенні як фізичних, так і практичних проблем, з якими стикається ця група населення.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Відповідно до обраної теми дослідження та для досягнення поставлених цілей було вивчено та проаналізовано 45 сучасних методологічних та наукових джерела.

Цикл реабілітації включав проведення початкової оцінки реабілітації шляхом інтерв'ю на основі оціночного листа за МКФ та категорійного профіля за МКФ. Після цього багатoproфільна команда визначала цілі, планувала та впроваджувала фізичну терапію та заняття з адаптації до повсякденного життя. Було проведено остаточну оцінку ефективності наданих реабілітаційних послуг [29].

Ці оцінки проводилися в перший день перебування команди у ЗРСЦ НКСІУ.

Педагогічний експеримент. Педагогічний експеримент було проведено для оцінки ефективності структурованої програми фізичної терапії та занять з адаптації до повсякденного життя, спеціально розробленої для осіб з порушеннями зору, зокрема поранених військовослужбовців. Його основною метою було оцінити покращення функціональної незалежності, зниження ризиків, пов'язаних з падіннями, та покращення якості життя за допомогою цілеспрямованих втручань. Експеримент було реалізовано в контрольованому реабілітаційному середовищі та включав систематичні фази планування, виконання та оцінки [39].

Педагогічне спостереження. Педагогічне спостереження слугувало якісним методом моніторингу залученості, адаптації, емоційної реакції та рухової активності учасників протягом усього процесу реабілітації. Воно надало цінну інформацію про динамічну взаємодію між людиною та реабілітаційним середовищем. Цей метод дозволив дослідникам та

терапевтам задокументувати зміни в поведінці, поставі, рухових стратегіях та процедурах самообслуговування учасників.

В вихідному тестуванні також користувались «ADL/IDL профілем осіб з інвалідністю по зору» (Додаток II). Цей інструмент включав шість основних функціональних областей (їжа, особиста гігієна, робота по дому, соціальна складова, здоров'я, фінанси).

Кожна область містила сім конкретних пунктів, оцінених за шкалою, що відображала рівень самостійності, складності або потреби в допомозі. Цей профіль допоміг визначити індивідуальні бар'єри та пріоритетні сфери для втручання. Примітно, що інструмент також сприяв відстеженню прогресу з часом та відповідному адаптуванню плану реабілітації.

Цікавим спостереженням було те, що учасники із залишковим зором показали значно кращі результати у фінансовій та соціальній сферах, тоді як ті, хто мав повну втрату зору, мали більше труднощів у виконанні домашніх завдань та завдань особистої гігієни. Однак обидві групи показали вимірний прогрес після втручання.

Методи математичної статистики. Для аналізу отриманих даних були застосовані методи математичної статистики. Були розраховані такі показники:

1. Середнє арифметичне ($\bar{x}$) – для визначення середньої результативності за вимірюваними змінними;
2. Стандартне відхилення (S) – для оцінки варіабельності результатів;
3. Рівень значущості (p -значення) – для перевірки статистичної достовірності змін, що спостерігалися до та після втручання

Для невеликих вибірок та непараметричних розподілів застосовувався знаковий ранговий тест Вілкоксона. У випадках з нормально розподіленими даними використовувався парний t -тест. Усі аналізи проводилися за допомогою статистичного програмного забезпечення, а поріг статистичної значущості було встановлено на рівні $p < 0,05$.

Варті уваги висновки – понад 80% учасників продемонстрували

статистично значущі покращення щонайменше у трьох із шести доменів ADL/IDL.

Емоційна залученість та мотивація, що спостерігалися якісно, сильно корелювали з функціональним прогресом.

Учасники, які нещодавно мали порушення зору, швидше адаптувалися до просторового навчання, ніж особи з вродженою сліпотою.

Ці висновки підтверджують актуальність інтегрованого підходу до фізичної терапії та важливість інструментів оцінки, орієнтованих на людину, в реабілітації військовослужбовців з вадами зору.

Тестування проілюстровано на прикладі двох учасників реабілітації: пацієнта А та пацієнта Б (див. таблицю 2.1). Пацієнт А (29 років) – це особа, яка втратила зір два роки тому через вибухові травми. У пацієнта Б (28 років) – особа із залишковим зором.

Таблиця 2.1

Реабілітаційні обстеження пацієнтів

Пацієнт А (тотально незрячий)		
Ціль	Вимірювання	Категорія МКФ
Оволодіти технікою переміщення за допомогою тростини	Дистанція від кімнати (4 поверх бази) до їдальні (1 поверх)	d465.3
Навчитися самостійно готувати прості страви	Приготування перекусу для своєї групи	d6300.3
Продовження таблиці 2.1		
Навчитися користуватися телефоном та ноутбуком	Написати СМС повідомлення с телефона на ноутбук, та відредагувати його на ноутбучі	e1301.3
Пацієнта Б (із залишковим зором)		
Ціль	Вимірювання	Категорія МКФ
Самостійне орієнтування на вулиці, в незнайомій місцевості	Педагогічне спостереження	d4602.3
Пересування на лижах	Педагогічне спостереження	d4650.3
Покращити стан дихальної системи	Проба Штанге та Генчі, перевірка ЖЄЛ	b4409.2

2.2. Організація дослідження

Дослідження проходило у Західного реабілітаційно–спортивного центру Національного комітету спорту інвалідів України (ЗРСЦ НКСІУ) розташованому в селі Яворів Турківського району Львівської області).

Цей заклад офіційно уповноважений на законодавчому рівні надавати реабілітаційні послуги особам з вадами зору. Він також має законне право здійснювати фізкультурно–спортивну реабілітацію, а саме: навчання осіб з інвалідністю заняттям з фізичної культури, оздоровлення у таборах фізкультурно–спортивної реабілітації осіб з інвалідністю, навчально–тренувальні заняття з фізичної культури і спорту та заняття спортом [26].

Дослідження проводилося у три основні етапи:

I етап: (листопад 2020 р. – січень 2021 р.) З метою визначення актуальності досліджуваної проблеми було проведено ретельний аналіз сучасної науково–методичної літератури вітчизняних та зарубіжних дослідників. Було визначено наукову мету, уточнено дослідницькі завдання та сформовано вибірку досліджуваних для подальшого проведення експерименту. Крім того, було обрано найбільш доцільні методи дослідження та встановлено часові рамки виконання всіх етапів наукової роботи.

II Етап (2020–2025, крім першого року початку повномасштабної війни в Україні): Під час цього етапу впроваджена програма реабілітації проводилася протягом 16 заїздів (4 літніх, 4 осінніх, 4 зимових та 4 весняних). Через повномасштабну війну в Україні, у 2022 році реабілітаційні заїзди не проводилися з міркувань безпеки та логістичних обмежень.

III етап (лютий 2025 р. – травень 2025 р.): У цей період було здійснено визначення ефективності розробленої програми реабілітації. Узагальнено та проаналізовано отримані дані, здійснено остаточне оформлення результатів наукової роботи.

У всіх заїздах кількість реабілітантів варіювалась від 8 до 12 осіб, що дозволяло забезпечити індивідуалізований підхід, якісне супроводження та

безпечну терапевтичну взаємодію. Загалом протягом цього етапу програму пройшли 150 ветеранів з порушеннями зору (всього незрячі особи (повна втрата зору) – 123 учасники (приблизно 82%), а особи із залишковим зором – 27 учасників (приблизно 18%), I групи інвалідності – 124 особи, II групи – 26 осіб). Віковий діапазон можна подивитись на рис. 2.1.

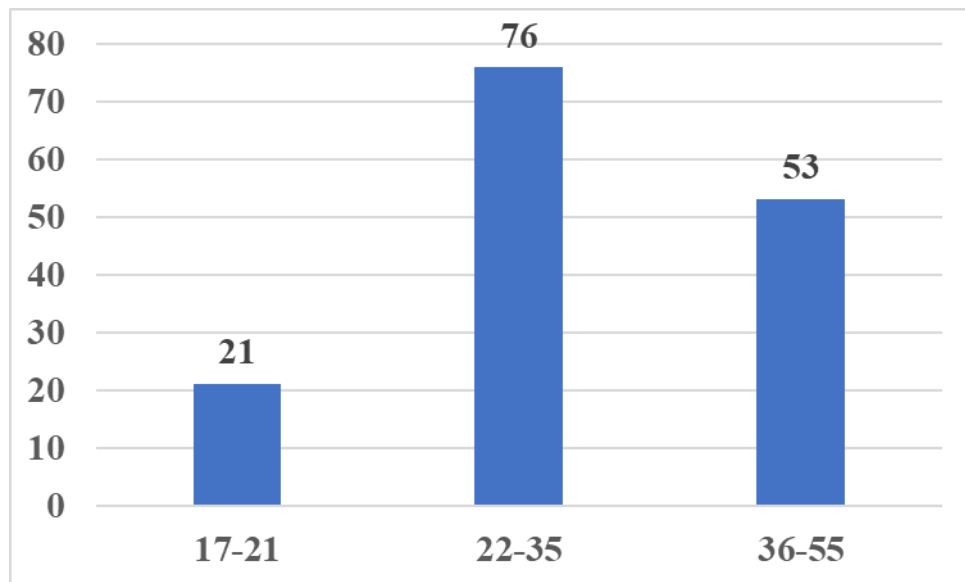


Рис. 2.1 Віковий діапазон учасників

У програмі взяли участь 150 чоловіків з порушеннями зору з 23 адміністративно-територіальних одиниць України, включаючи тимчасово окуповані або прифронтові регіони (в межах, контрольованих Україною). Детально з кількістю учасників з різних областей можна ознайомитись в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Географічне охоплення учасників

№	Область	К-сть
1	Львівська	34
2	Київська	28
3	Одеська	17
4	Дніпропетровська	9

5	Сумська	7
6	Черкаська	6
7	Запорізька	6
8	Житомирська	5
9	Контрольована територія Луганської області	4
10	Полтавська	4
11	Волинська	4
12	Чернігівська	3
13	Чернігівська	3
14	Кіровоградська	3
15	Хмельницька	3
16	Івано–Франківська область	3
17	Контрольована територія Донецької області	2
18	Харківська область	2
19	Херсонська	2
20	Миколаївська область	1
21	Рівненська область	1
22	Тернопільська область	1
23	Чернівецька область	1
24	Закарпатська область	1

Західний регіон був найбільш представленим, у тому числі завдяки географічній близькості до місця проведення реабілітації – Західного реабілітаційно–спортивного центру в с. Яворів.

Центральна Україна (13 особи). Високе залучення з центрального регіону зумовлене зручністю логістики та наявністю організацій, які направляють учасників.

Південна Україна (35 осіб). Загалом південний регіон був добре представлений, завдяки особливо активним громадським об’єднанням незрячих в Одесі.

Східна Україна (18 осіб). З огляду на війну, участь цього регіону була обмеженою, однак важливою для психосоціальної підтримки осіб із прифронтової громади.

Північна Україна (36 осіб). Учасники з північного регіону, зокрема з прикордонних територій, продемонстрували високу мотивацію до участі в програмі.

Робота з цими людьми дозволила сформувати та апробувати в практичній діяльності певний алгоритм дій усіх членів мультидисциплінарної команди та підготувати усю необхідну супровідну документацію для подальшого використання у клінічній роботі з ОЗЗ та НО.

Кожен учасник був проінформований щодо мети і завдань даного дослідження та надав згоду на участь у ньому.

Переважна більшість учасників пройшла один повноцінний курс реабілітації, а близько третини з них — два заїзди у різні пори року, що дозволило оцінити рівень адаптації до різних кліматичних та побутових умов.

Усі послуги — включно з доїздом, проживанням, харчуванням і реабілітаційними процедурами — надавалися безкоштовно.

Висновки до розділу 2

Метою цього дослідження було оцінити ефективність структурованої програми фізичної терапії та адаптації до повсякденного життя для військовослужбовців з порушеннями зору. Для досягнення цієї мети було проаналізовано сучасні науково-методологічні джерела, а також розроблено програму реабілітації, що включає початкову та кінцеву оцінки на основі.

У процесі реабілітації працювала мультидисциплінарна команда, яка встановлювала персоналізовані цілі, планувала та впроваджувала фізичну терапію разом із заходами, що сприяють самостійності в повсякденному житті. Програма була апробована на базі Західного реабілітаційно—

спортивного центру Національного комітету спорту інвалідів України (ЗРС НСІУ) протягом 16 заїздів між 2020 та 2025 роками, загалом в дослідженні прийняло участь 150 учасників з різних областей України.

Переважна більшість учасників пройшла один повноцінний курс реабілітації, а близько третини з них – два заїзди у різні пори року, що дозволило оцінити рівень адаптації до різних кліматичних та побутових умов.

Кожен учасник був проінформований щодо мети і завдань даного дослідження та надав згоду на участь у ньому.

Дослідження продемонструвало, що багатoproфільна, персоналізована програма фізичної терапії та адаптації до повсякденного життя значно покращує функціональну незалежність та якість життя людей з порушеннями зору.

РОЗДІЛ 3

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТОЦЕНТРИЧНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ОРГАНІВ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРА

3.1. Результати первинного обстеження військовослужбовців з порушенням зору

Під час початкової оцінки учасників було виявлено такі супутні захворювання: черепно–мозкова травма, посттравматична епілепсія, захворювання опорно–рухового апарату, контрактури суглобів, порушення постави, серцево–судинні захворювання, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, метаболічний синдром, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади, безсоння, когнітивні порушення, травми внутрішніх органів, інфекційні ускладнення, нейропатія, спастичність.

Перед початком кожного заїзду, ми проводили первинні обстеження які включали роботу з листом оцінювання за МКФ (Додаток К) та категорійним профілем за МКФ (Додаток Л).

Лист оцінювання за МКФ. Цей інструмент застосовувався у формі напівструктурованого інтерв'ю між членами мультидисциплінарної команди та пацієнтом. Метою оцінювання було зібрати вичерпну базову інформацію про стан здоров'я пацієнта, його особисті цілі, функціональні здібності та фактори навколишнього середовища відповідно до Міжнародної класифікації функціонування (МКФ).

Інтерв'ю починалося зі збору загальної інформації, такої як повне ім'я пацієнта, вік, місце проживання та група інвалідності. Були зафіксовані первинний та вторинний діагнози, а також глобальна мета пацієнта та конкретні цілі програми реабілітації. Форма була розділена на кілька областей: структури та функції тіла, активність та участь, фактори

навколишнього середовища та особисті фактори.

Пацієнта заохочували висловити свої цілі та труднощі у повсякденному житті з власної точки зору. Тим часом інтерв'юер оцінював ситуацію на основі клінічних знань та спостережень. Також обговорювалися фактори зовнішнього середовища та особисті фактори, такі як підтримка сім'ї, доступ до допоміжних технологій та мотивація до реабілітації. Це інтерв'ю, орієнтоване на пацієнта, допомогло побудувати терапевтичний альянс та забезпечило чіткий напрямок для розробки індивідуального плану реабілітації.

Категоричний профіль за МКФ. Цей профіль був використаний для подальшого структурування та кількісної оцінки результатів оцінювання. Цей інструмент забезпечив детальну класифікацію функціонування пацієнта за ключовими сферами на основі кодів МКФ. Він був складений спільно всією мультидисциплінарною командою, використовуючи інформацію, отриману під час початкового інтерв'ю та спостереження.

Кожній сфері функціонування (наприклад, зір, увага, пам'ять, мобільність, самообслуговування, комунікація, робота та дозвілля) було присвоєно код (наприклад, b210 – Функції зору або d510 – Миття) та оцінено за допомогою числової шкали кваліфікаторів від 0 (без проблем) до 4 (повна проблема). Як початкові, так і цільові значення були визначені для відображення початкової точки пацієнта та цілей щодо покращення.

Фактори навколишнього середовища (наприклад, підтримка сім'ї, наявність допоміжних пристроїв) оцінювалися як сприяючі або перешкоди за шкалою від +4 (повне сприяння) до -4 (повне перешкода). Також були задокументовані особистісні фактори, такі як мотивація.

Категоричний профіль за МКФ слугував візуальним та структурованим представленням функціонального стану пацієнта та потреб у реабілітації. Він допомагав у постановці реалістичних цілей, виборі цільових втручань та моніторингу прогресу протягом усього процесу реабілітації. Ця стандартизована структура забезпечувала узгодженість, ясність та

багатовимірне розуміння випадку кожного пацієнта.

На основі яких були поставлені цілі та індивідуально підібрану реабілітаційну програму, яка базувалась на засобах ФТ та А (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Зміст програми ФТ та Е на основі індивідуально поставлених цілей

Завдання/Ціль	Код за МКФ	Зміст програми	Примітка
Оволодіти технікою переміщення за допомогою тростини	d465.3	Орієнтування за допомогою тростини, мнемосхем; Навички просторового орієнтування; Користування гаджетами	Реабілітант самостійно зможе пересуватись, різними маршрутами до їдальні за допомогою тростини
Навчитись переміщенню на лижах	d4650.3	Пересування на лижах; Тренажерна зала; Пілатес; Заняття з фітболом.	Реабілітант зможе пересуватися на лижах з супроводженням гайда
Покращити стан дихальної системи	b4409.2	Індивідуальні заняття з фізичним терапевтом; Пересування на лижах / Скандинавська ходьба; Пілатес; Заняття з фітболом; Туристичні походи; РГГ	У реабілітанта зменшиться задишка під час виконання фізичного навантаження, покращиться стан дихальної системи
Навчитися самостійно готувати прості страви	d6300.3	Заняття на кухні	Реабілітант самостійно приготує перекус для своєї групи (5 осіб), який складається з простих страв.
Навчитися користуватися телефоном та ноутбуком	e1301.3	Заняття з електрогаджеами	Реабілітант самостійно користуватиметься телефонним додатком «Voice Over» та текстовим редактором, який вбудований, в ноутбук.

На сьогоднішній день існує дуже багато різних методів постановки цілей. SMART формат – є одним із найпоширеніших серед них у фізичній реабілітації [42]. Довгострокові та короткострокові реабілітанти формулювали самі, ми лише корегували їх.

У сучасній реабілітаційній практиці цілепокладання відіграє вирішальну роль у мотивації пацієнтів, спрямуванні втручань та оцінці прогресу. Серед численних підходів формат SMART виявився одним із найефективніших та найширше використовуваних у фізичній реабілітації. SMART – це аббревіатура, що розшифровується як «Конкретний», «Вимірний», «Досяжний», «Релевантний» та «Обмежений у часі». Ця структурована структура підтримує розробку чітких, реалістичних та персоналізованих цілей реабілітації [34].

Для військовослужбовців з вадами зору, особливо тих, хто частково або повністю втратив зір через травму під час військової служби, цілепокладання у SMART форматі є не тільки практичним, але й розширює можливості. Воно забезпечує структуру, за допомогою якої пацієнти можуть відновити відчуття контролю над своїми функціональними здібностями та загальною якістю життя. У нашому реабілітаційному середовищі як довгострокові, так і короткострокові цілі формулювалися переважно самими військовослужбовцями. Роль реабілітаційної команди полягала в тому, щоб спрямовувати та уточнювати ці цілі за допомогою критеріїв SMART, забезпечуючи їх терапевтичність, досяжність та відповідність складності [47].

1. Конкретність.

Мета повинна чітко описувати, чого хоче досягти пацієнт. Для військовослужбовців з вадами зору конкретність є ключовою для досягнення значущих сфер щоденного функціонування та незалежності.

Приклад: «Самостійно пересуватися з гуртожитку до їдальні, використовуючи білу тростину без сторонньої допомоги».

Ця мета є точною та зосередженою на одному функціональному завданні, що полегшує планування втручань та відстеження покращення.

2. Вимірність.

Мета повинна включати критерії для вимірювання прогресу та результату. У реабілітації осіб з вадами зору це часто включає оцінювання певних критеріїв, час виконання завдання або рівень необхідної допомоги.

Приклад: «Розпізнати та правильно ідентифікувати п'ять різних тактильних предметів домашнього вжитку без візуальних підказок протягом двох тижнів».

Це дозволяє як пацієнту, так і терапевту об'єктивно оцінити покращення.

3. Досяжність.

Мета має бути реалістичною, враховуючи поточний стан, здібності та оточення пацієнта. Нереалістичні цілі можуть призвести до розчарування та демотивації, особливо у людей, які стикаються з інвалідністю.

Приклад: «Запам'ятати та успішно дотримуватися внутрішнього планування реабілітаційного закладу протягом п'яти днів, використовуючи методи просторової орієнтації».

4. Релевантність.

Мета повинна відповідати цінностям, потребам та довгостроковим цілям пацієнта. Для військовослужбовців це може включати відновлення автономії, реінтеграцію в суспільство або підготовку до професійної перепідготовки.

Приклад: «Вміти приготувати просту страву, використовуючи адаптивні кухонні інструменти, підтримуючи довгострокову мету самостійного життя».

Такий вид мети має безпосереднє значення для майбутнього самостійного повсякденного життя пацієнта.

5. Обмеженість у часі.

Мета повинна мати конкретний термін або часові рамки для досягнення. Це підвищує відповідальність та сприяє періодичному перегляду та коригуванню.

Приклад: «Покращити навички пересування з використанням білої тростини до середнього рівня, оціненого інструктором з пересування, протягом чотирьох тижнів».

Обмежені в часі цілі створюють структуру в рамках програми реабілітації та дозволяють команді переоцінювати та адаптуватися за потреби.

Під час початкового етапу оцінювання військовослужбовців заохочували висловити свої прагнення та функціональні пріоритети. Потім вони були організовані в довгострокові та короткострокові цілі за допомогою рамки SMART.

Довгострокова мета (приклад):

«Самостійно виконувати щоденні процедури самообслуговування та дотримуватися особистої гігієни без сторонньої допомоги через три місяці».

Короткострокові цілі (що підтримують довгострокову мету):

«Самостійно знаходити та використовувати туалетні приналежності у ванній кімнаті за допомогою тактильних маркерів протягом одного тижня».

«Виконати ранкову гігієнічну процедуру менш ніж за 30 хвилин з мінімальним словесним керівництвом протягом двох тижнів».

Розбивши довгострокову мету на керовані короткострокові кроки, ми забезпечили структурований та поступовий шлях до успіху реабілітації. Кожна мета контролювалася та коригувалася щотижня під час зустрічей терапевтичної команди.

Метод постановки цілей SMART виявився ефективним підходом до фізичної реабілітації військовослужбовців з вадами зору. Він не лише забезпечує чіткість та структуру процесу реабілітації, але й сприяє активній участі, самовизначенню та мотивації пацієнтів. Пристосовуючи цілі до контексту, здібностей і прагнень кожної людини, ми підтримуємо більш значущий та успішний реабілітаційний процес [48].

В постановці цілей ми користувалися алгоритмом представленим в Додатку М. Для прикладу наводимо цілі Пацієнта А у Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Постановка цілей у SMART форматі Пацієнта А

№	Код	Ціль	Вимірювання	Обмеження у часі	Примітка
1	d465.3	Оволодіти технікою переміщення за допомогою тростини	Дистанція від кімнати (4 поверх бази) до їдальні (1 поверх)	1 тиждень	Реабілітант самостійно зможе пересуватись, різними маршрутами до їдальні за допомогою тростини
2	d6300.3	Навчитися самостійно готувати прості страви	Педагогічне спостереження	2 тижні	Реабілітант самостійно приготує перекус для своєї групи (5 осіб), який складається з простих страв.
3	e1301.3	Навчитися користуватися телефоном та ноутбуком	Педагогічне спостереження	2 тижні	Реабілітант самостійно з легкістю користуватиметься телефонним додатком «Voice Over» та текстовим редактором, який вбудований, в ноутбук.

3.2. Опис програми фізичної терапії для військовослужбовців з порушенням зору

Для досягнення поставлених цілей реабілітації ми використовували наступні засоби фізичної реабілітації: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), туристичні походи, скандинавську ходьбу (весна, літо, осінь), заняття з фітболом, пересуванням на лижах (зима, початок весни), тренажерну залу.

РГГ сприяла активації організму після сну, покращувала кровообіг, підвищувала м'язовий тонус та готувала людей до активного дня. Комплекс вправ включав:

1. Дихальні вправи: для покращення вентиляції легень та заспокоєння нервової системи;
2. Мобілізація великих суглобів для покращення рухливості (плечових, тазостегнових, колінних);
3. Пропріорецептивна стимуляція: орієнтація в просторі, баланс, координація;
4. Розвиток рівноваги: вправи у положенні стоячи з опорою на одну ногу, зміни положення тіла;
5. Загальне зміцнення м'язів: особливо тулуба, ніг, рук;
6. Вправи на релаксацію: нормалізація дихання, зниження напруги. нахилу бігової доріжки).

План занять в тренажерному залі включало в себе:

1. Підготовча частина. Вона представлена розминкою. Говорять, що краще провести розминку без тренування, чим тренування без розминки. Тому цей компонент ми обов'язково включаємо в тренування. Під час розминки ми робили розігрівальні вправи для всіх груп м'язів та суглобів аби підготувати все тіло до тренування.

2. Основна частина. В цій частині переходили безпосередньо до тренажерів. Тренування полягало в досягненні поставлених задач за планом, який було розроблено на основі первинного функціонального тестування, з урахуванням

діагнозу реабілітантів.

3. Заключна частина. Вона була представлена заминкою. Вона включала в себе комплекс вправ на розтягнення всіх груп м'язів, особливу увагу приділяли м'язам, які були найбільше задіяні під час тренування.

Основні завдання кінезіотерапії включали:

1. розвиток кардіореспіраторної витривалості (аеробно-циклічні вправи);
2. збільшення сили та витривалості м'язів (робота з обтяженням та силовими тренажерами);
3. покращення постави, стабільності й довжини кроку;
4. адаптація до просторового середовища за умов сенсорного дефіциту.

Тренування тривали у середньому 90 хвилин, проводилися в малогруповим методом або індивідуально, з урахуванням фізичних можливостей кожного учасника.

Туристичні походи є ефективним засобом фізичної терапії, для розвитку витривалості, покращення просторового орієнтування та адаптації до різних умов пересування.

Якщо узагальнювати, то основними фізіологічними перевагами туристичних походів є:

1. Зміцнення серцево-судинної системи – активна ходьба впливає на покращення кровообігу, сприяє нормалізації артеріального тиску та зниженню ризику серцево-судинних захворювань.
2. Розвиток м'язової сили та витривалості – під час таких аеробно-циклічних навантажень активно задіюються м'язи ніг, спини та черевного преса, що сприяє покращенню фізичної форми та розвитку м'язової сили та витривалості.
3. Поліпшення просторового орієнтування – люди з порушеннями зору навчаються адаптуватися до змін рельєфу, різних типів покриття та інших зовнішніх факторів.

Під час туристичних походів особливу увагу приділяють:

1. навчальним тренуванням щодо безпечного пересування в умовах природного середовища;
2. адаптації маршруту відповідно до можливостей реабілітантів (наприклад, зміна кута нахилу, покриття, перепадів висоти);
3. супроводу гідів та використанню допоміжних засобів для орієнтації, таких як тактильна тростина.

Туристичні походи стали важливою складовою програми ФТ. Маршрути прокладалися так, щоб включати різні рівні складності та зміну рельєфу. Середня дистанція становила 5 км із перепадом висоти 110–120 м. Здійснювалися виходи, в середньому відстань сягала 5000 м, з перепадом висоти 110–120 м. В середньому, за один заїзд, було здійснено 3 походи, тривалістю понад 3,5 години.

Скандинавська ходьба є одним із ефективних методів фізичної терапії, що дозволяє поєднувати аеробне навантаження з розвитком сили м'язів, координації та просторового орієнтування [14].

Перед початком тренувального процесу всі учасники проходили навчання техніки скандинавської ходьби, яке проводив сертифікований тренер. Основна увага на перших заняттях приділялася освоєнню правильної техніки пересування з палицями, а також виправленню типових помилок.

Тренування проходили за програмою аеробного тренування, яка включала рівномірний та інтервальний методи, з використанням циклічних вправ – кроків скандинавської ходьби. Тривалість одного заняття – 60 хвилин, всього за період реабілітації було проведено в середньому 10 занять.

План занять зі скандинавськими палками:

- 1) Перед початком тренування здійснювалась розминка, яка передбачала розігрів віх груп м'язів, та суглобів, та підготовку до подальшого навантаження.
- 2) Основна частина складається з двох частин:
 - а. Перша частина: застосовуємо інтервальний метод циклічного тренування (Проходимо 2 хв. в повільному темпі, потім 1 хв. в швидкому темпі (1 круг). Повторюємо таке тренування 4–5 кругів.);

б. Друга частина: в ній застосовуємо рівномірний та безперервний метод циклічного тренування (Йдемо 30 хв. стандартною технікою скандинавської ходьби, в середньому темпі);

3) Заминка (вона включає в себе комплекс вправ на розтягнення всіх груп м'язів, особливу увагу приділяли м'язам, які були найбільше задіяні під час тренування).

Заняття дозувались за рахунок поступового збільшення навантаження: маршрути проходили поверхнями з різним кутом нахилу, що вимагало адаптації до умов навколишнього середовища.

До програми ФТ було включено спеціальні дихальні вправи, засновані на методиці Пілатеса.

Ці заняття мали велике значення, адже правильна техніка дихання є ключовою складовою фізичної терапії, оскільки вона переслідує наступні цілі:

1. Покращення оксигенації тканин – наші органи отримують більше кисню завдяки правильному диханню;
2. Зміцнення дихальної мускулатури – йде підвищення витривалості, зменшення втомлюваності під час фізичних навантажень;
3. Контроль стресу – дихальні техніки сприяють емоційній стабільності та концентрації уваги [43].

Основні методики якими ми користувались:

1. Діафрагмальне дихання – активна участь діафрагмального м'язу у вентиляції легень. Реабілітант навчається керувати рухами черевної стінки та розширенням грудної клітки. Як виявлялось, не всі учасники могли з перших занять включати діафрагму в роботу, для деяких треба було індивідуально попрацювати над цим.

2. Дихальні вправи за методом Пілатеса (контрологія) – контроль вдиху і видиху під час фізичних вправ активізує глибокі м'язи і покращує координацію [8].

3. Техніка затриманого дихання (методи Штанге та Генча) – тренує

витривалість та адаптацію до фізичних навантажень, але з цими методами були дуже обережними, оскільки багатьом учасникам вони були протипоказані, тому ми виконували їх у щадному режимі [45].

Дослідження підтвердило, що регулярне виконання дихальних вправ покращує загальне самопочуття, знижує стрес і підвищує працездатність. Це особливо важливо для осіб із супутніми захворюваннями дихальної системи або обмеженнями рухової активності [49].

Одним із ефективних засобів ФТ стало навчання пересуванню на лижах.

Важливим аспектом тренувального процесу є навчання та розуміння будови лиж, правильної техніки самостійного взування–роззування, особливостей кріплення чобіт до лиж, із правильним розташуванням лиж та палиць [39].

На перших заняттях проводились інструктажі та відпрацювання технік ходьби та способів гальмування, правильні варіанти падіння для зменшення ризику травматизації (рис. 3.1)



Рис. 3.1 Вступне заняття на лижах

Наступні заняття відбувалися вже з подоланням певної дистанції, що відповідав фізичній підготовці реабілітантів та їх навичок пересування на лижах (рис. 3.2).



Рис. 3.2 Фрагмент тренування на лижах

Для осіб з тотальною втратою зору чи незначним залишком зору в допомогу ставились гайди, які допомагали орієнтуватися та давали чіткі вказівки щодо пересування. Гайди також навчали реабілітантів різним технікам пересування на лижах [10].

В середньому, за зимовий заїзд проводиться 8 занять по 90 хв, що залежали від погодних умов.

Також, заняття на лижах, має позитивний вплив на зміцнення серцево–судинної системи, оскільки забезпечує значне навантаження на серце та судини, покращує обіг крові та сприяє нормалізації метаболічних процесів. Крім того, пересування на лижах допомагає розвивати загальну витривалість, що в свою чергу позитивно впливає на загальний стан реабілітантів, сприяючи їх соціалізації та покращенню якості життя [15].

Тренування з фітболом.

Кожне заняття складалось з трьох частин: підготовчої (15-20% від загального часу заняття) основної (75-80%), заключної (5-10%) [31].

Підготовча частина мала на меті розігріти м'язи перед основним тренуванням, також активізувати серцево–судинну систему та підготувати суглоби до навантаження.

Мета основної частини включала вже в себе розвиток конкретних фізичних якостей, таких як сила, витривалість, координація, гнучкість. Ця

частина включала в себе вправи для м'язів тулуба та спини, для м'язів ніг та рук, для м'язів живота.

Заключна частина ж мала на меті відновити дихання після основної частини, стабілізувати ЧСС, особливо після занять де був акцент на силові вправи, а також вправи на витривалість, загально розслабити весь організм. Ця частина включала в себе дихальні вправи та вправи на релаксацію.

Заняття з фітболами є ефективним методом ФТ, він забезпечує комплексний вплив на організм людини, а саме – активізує глибокі м'язи, покращує координацію, рівновагу, силу, гнучкість та витривалість. Окрім фізичного відновлення, заняття позитивно впливають на психоемоційний стан, підвищують впевненість у власних силах та знижують рівень тривожності. Також, вправи можна адаптувати під індивідуальні потреби та можливості кожного пацієнта, що робить фітбол важливим засобом у процесі реабілітації та покращення якості життя.

3.3. Аналіз результатів вторинного обстеження військовослужбовців з порушенням зору

Подальші оцінки проводилися в останній день перебування в реабілітаційному центрі. Алгоритм втручань ФТ та А для осіб з вадами зору базувався на пацієнтоорієнтованому підході, інтегруючи елементи різних терапевтичних методів для досягнення як короткострокових, так і довгострокових цілей [43].

Принцип пацієнтоцентричності передбачає планування та проведення реабілітації відповідно до індивідуальних потреб, можливостей та уподобань кожного учасника, а також заохочення їхньої активної участі в розробці, впровадженні та коригуванні індивідуального плану реабілітації [30].

Принцип пацієнтоцентричності лежить в основі сучасної реабілітації та слугує основою для ефективної взаємодії між мультидисциплінарною командою та пацієнтами. У контексті фізичної терапії для людей з вадами

зору цей принцип гарантує, що всі аспекти реабілітації адаптовані до унікальних потреб, цілей та життєвих обставин людини. Він відходить від універсального підходу та наголошує на тому, що кожне втручання має бути змістовним та актуальним для людини, яка його отримує.

Орієнтована на пацієнта допомога передбачає врахування голосу пацієнта, повагу до його уподобань та врахування його особистого досвіду, цінностей та психосоціального походження. Наприклад, у нашій програмі учасників заохочували формулювати власні довгострокові та короткострокові цілі, які потім обговорювалися та уточнювалися спільно з командою реабілітації. Такий підхід сприяв формуванню почуття відповідальності та мотивації, що є вирішальними факторами успішних результатів реабілітації.

Крім того, реабілітація, орієнтована на пацієнта, робить акцент на спільному прийнятті рішень. Терапевти, інструктори та інші спеціалісти активно взаємодіяли з кожною людиною, щоб спільно створити план, який відображає не лише медичні пріоритети, але й функціональні, емоційні та соціальні цілі, важливі для пацієнта. Цей метод визнає людину експертом у власному житті та досвіді, тоді як команда охорони здоров'я надає інструменти та керівництво для підтримки її шляху до незалежності та покращення якості життя.

У нашій роботі з людьми, які відносно недавно втратили зір, цей підхід виявився особливо цінним. Багато з них зіткнулися з раптовим порушенням своїх звичок, ідентичності та здатності орієнтуватися у світі. Завдяки реабілітації, орієнтованій на пацієнта, ми допомогли їм знову відкрити свої можливості, розвинути нові навички та відновити відчуття контролю та мети, що зрештою дало їм змогу більш повно брати участь у власній реабілітації та реінтеграції в повсякденне життя.

Однією з основних цілей фізичної терапії було навчання набору вправ, які учасник міг би легко виконувати вдома. У випадках, коли використовувались тренажери, фізичний терапевт, за необхідності,

демонстрував під час індивідуальних сеансів, як адаптувати або замінити такі вправи, використовуючи вагу власного тіла або предмети домашнього вжитку.

Основним результатом впровадженої програми ФТ та А стало значне підвищення незалежності серед учасників, які нещодавно втратили зір (приблизно 1,5–2 роки тому). Крім того, спостерігалось покращення показників фізичної працездатності, дихальної функції та загального самопочуття.

В категорійному профілі ми визначали початкове, цільове та кінцеве. Для прикладу, надаю динаміку вимірюваних показників Пацієнта Б (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Динаміка вимірюваних показників Пацієнта Б

Показники	Вихідні показники	Цільове значення	Контрольні показники	Відносна різниця, %	<i>p</i>
Проба Штанге, сек	31	45	46	32,6	$\leq 0,01$
Проба Генча, сек	15	34	32	53,1	$\leq 0,001$
ADL/IDL профіль, бали					
Їжа, бали	19	20	20	5	$\geq 0,05$
Особиста гігієна, бали	21	—	21	—	—
Робота по дому, бали	18	—	18	—	—
Соціальна складова, бали	15	16	16	6,25	$\geq 0,05$
Здоров'я, бали	20	—	20	—	—
Фінанси, бали	21	—	21	—	—

Кількість реабілітаційних дисциплін визначалася індивідуально для кожного учасника, виходячи з його персоналізованих цілей. Як наслідок, загальна кількість годин, виділених на ФТ та А для кожної особи. У табл.

3.4. наведено приклад навантаження яке було взимку та влітку для Пацієнта А і Пацієнта Б. Тобто, відсоткове співвідношення сумарної кількості занять ФТ до А, у кожного реабілітанта, було різне (рис. 3.3). Більше того, навіть у однієї особи співвідношення втручань ФТ до А варіювалося між циклами реабілітації. На це впливали численні фактори, включаючи зміни погоди, модифікацію цілей, варіації фізичного чи емоційного стану учасника, зміну пріоритетів та інші обставини.

Після завершення реабілітаційної програми кожен учасник отримував індивідуальні рекомендації щодо майбутньої діяльності, в яких виділялися ключові аспекти, на яких слід зосередитися, а також можливості для подальшого розвитку та просування до досягнення своїх довгострокових цілей.

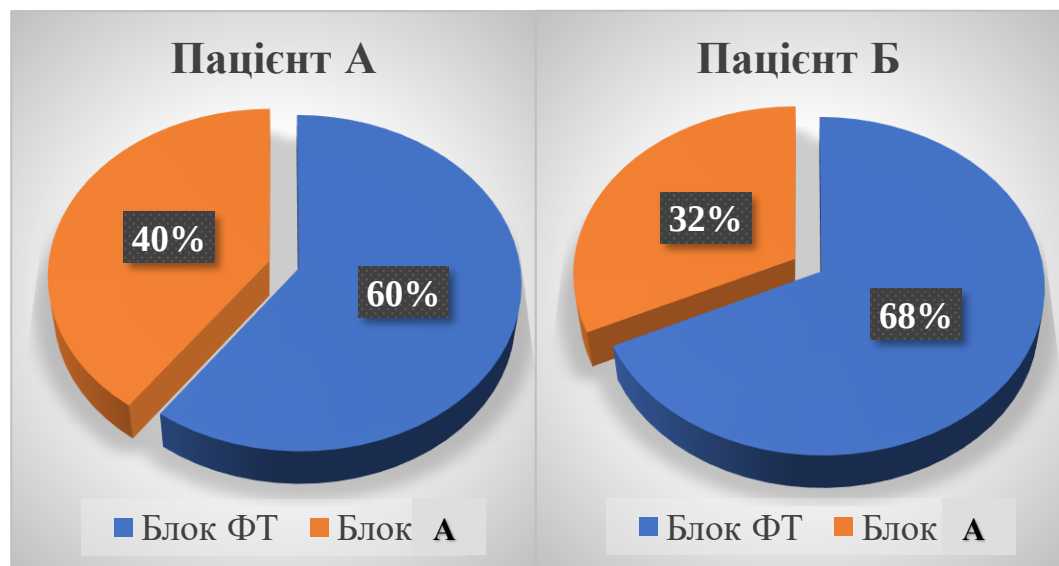


Рис. 3.3 Відсоткове співвідношення засобів ФТ до А між Пацієнтом А та Пацієнтом Б які були надані в літній заїзд

Таблиця 3.4

Обсяг реабілітаційного навантаження Пацієнта А та Б

	Літо						Зима					
	К–сть занять (П. А)	К–сть годин (П. А)	Заг. % (П. А)	К–сть занять (П. Б)	К–сть годин (П. Б)	Заг. % (П. Б)	К–сть занять (П. А)	К–сть год (П. А)	Заг. % (П. А)	К–сть занять (П. Б)	К–сть год (П. Б)	Заг. % (П. Б)
Блок фізичної терапії												
РГГ	12	3	5	12	3	5	12	3	5	12	3	5
Туристичні походи	3	10,5	18	3	10,5	18	3	9	15	3	9	15
Заняття з фітболом	4	4	7	4	4	7	5	5	8	4	4	6
Пілатес	4	4	7	5	5	9	5	5	8	6	6	10
Тренажерна зала	4	6	10	5	7,5	13	4	6	10	4	6	10
Скандинавська ходьба	5	7,5	13	5	7,5	13						
Пересування на лижах							4	6	10	6	9	15
Індивідуальні заняття	–	–	–	2	2	3	–	–		2	3	5
<i>Всього</i>	32	35	60	36	39,5	68	33	34	56	37	40	66
Блок адаптаційних тренувань												
Орієнтування за допомогою тростини	5	5	8	6	6	10	5	5	8	5	5	9
Просторове орієнтування	4	1	2	2	0,5	1	2	0,5	1	1	0,25	1
Користування гаджетами	5	7,5	13	4	4	7	5	7,5	12	4	4	6
Орієнтування за допомогою мнемосхем	3	1,5	2	–	–	–	1	0,5	1	–	–	–
Кухня	3	4,5	8	4	6	10	5	7,5	12	5	7,5	12
Індивідуальні заняття	4	4	7	2	2	4	6	6	10	4	4	6
<i>Всього</i>	24	23,5	40	18	18,5	32	24	27	44	19	20,75	34
<i>Всього ФТ+А</i>	56	58,5	100	54	58	100	57	61	100	56	60,75	100

Щодо обсягу реабілітаційних послуг, то, згідно з Постановою Кабінету Міністрів України «Про організацію реабілітації в галузі охорони здоров'я», рекомендована тижнева тривалість реабілітаційних послуг повинна становити не менше 15 годин [30]. В нашому випадку, Пацієнт А, на тиждень отримав: влітку – 29,25 год реабілітації, а взимку – 30,5 год (рис. 3.4)

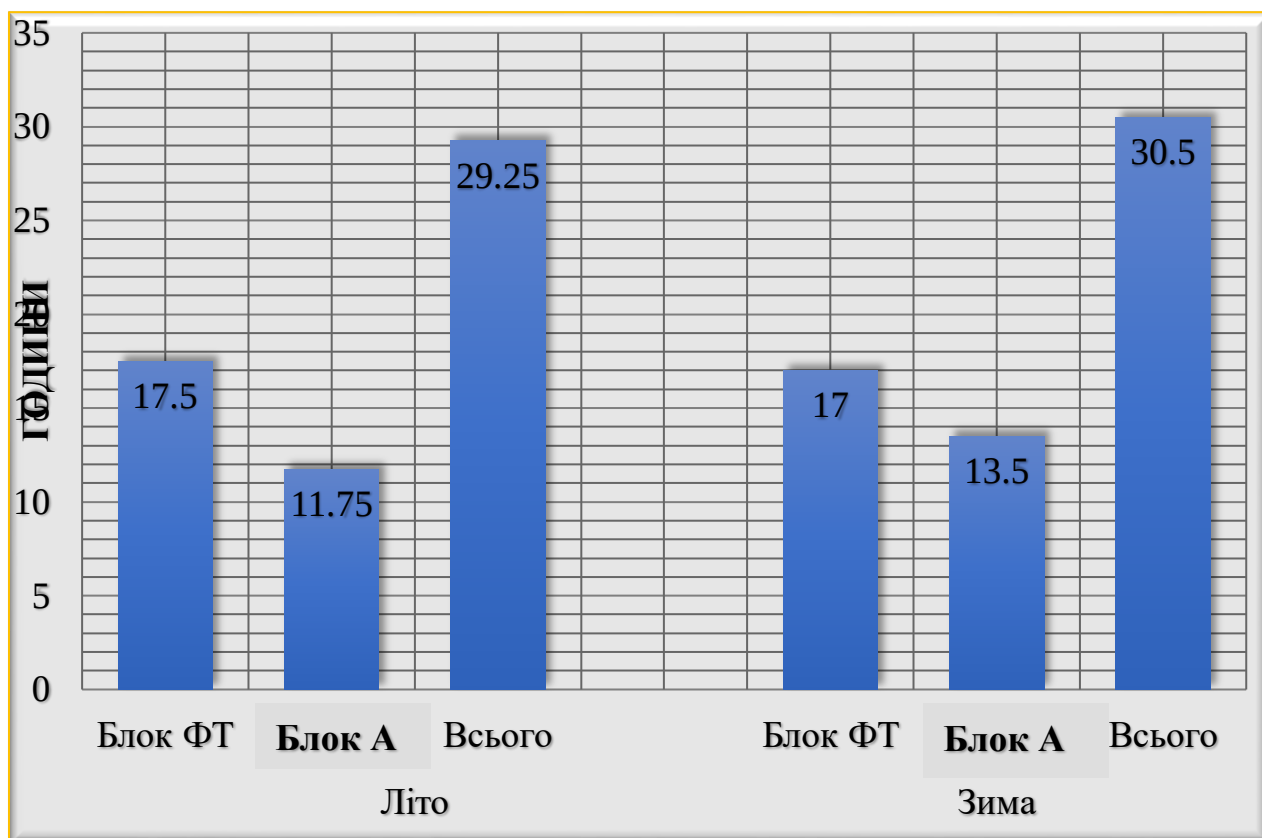


Рис. 3.4 Обсяг реабілітаційної допомоги Пацієнту А на тиждень

Висновки до розділу 3

На основі початкової оцінки функціонального та психологічного стану ветеранів з вадами зору та нещодавно осліплених осіб було розроблено та впроваджено комплексну та науково обґрунтовану програму фізичної терапії та адаптивної реабілітації з основною метою підвищення незалежності. Програма була апробована, і її ефективність була оцінена.

Результати продемонстрували позитивний вплив втручання. Наприклад, у пацієнта В спостерігалися вимірювані покращення: результати тесту Штанге на затримку дихання збільшилися на 32,6% ($p \leq 0,01$), а тест Генчі покращився на 53,1% ($p \leq 0,01$). Також спостерігалися помітні покращення в профілі ADL/IADL, зокрема в сферах «Їжа», який збільшився на 5% (до 20 балів, $p \geq 0,05$), та «Соціальна активність», яка зросла на 6,25% ($p \geq 0,05$). Крім того, пацієнт В продемонстрував значний прогрес в орієнтації в незнайомому середовищі та зміг впевненіше кататися на лижах.

Щодо пацієнта А, то також було досягнуто значного прогресу. У пацієнта покращилася просторова орієнтація та скоротився час, необхідний для переходу з кімнати до їдальні, з 5 хвилин до 1 хвилини. Крім того, пацієнт навчився самостійно готувати прості страви та використовувати функцію «Закадровий голос» на смартфоні, а також вбудований текстовий редактор на ноутбукі.

Загалом, розроблена програма реабілітації сприяла підвищенню автономії, покращенню фізичної працездатності та покращенню повсякденних навичок у людей з набутими порушеннями зору.

ВИСНОВОК

Було проаналізовано та систематизовано дані наукових джерел щодо застосування фізичної терапії для реабілітації осіб із порушеннями зору, зокрема військовослужбовців після поранень органів зорового аналізатора. Проведений огляд літератури виявив зростаючу кількість доказів, що підтверджують важливість фізичної терапії у відновленні функціональних можливостей та психологічного благополуччя цієї групи населення. Порушення зору, спричинені вибухами та мінними травмами, є не лише клінічною проблемою, але й значною соціальною проблемою, яка впливає на автономію, реінтеграцію в цивільне життя та загальну якість життя. Завдяки систематизації міжнародних та вітчизняних джерел стало очевидним, що реабілітація ветеранів з вадами зору повинна виходити за рамки традиційних моделей та включати комплексний підхід, що інтегрує рухові, когнітивні та адаптивні компоненти. Це стало теоретичною основою цього дослідження та підкреслило необхідність міждисциплінарної співпраці. Крім того, у літературі підкреслюється важливість планування, орієнтованого на людину, індивідуалізованих втручань та постійної оцінки, що послужило основою для наступних етапів дослідження.

Також, було розроблено та науково обґрунтовано програму реабілітації, адаптовану до унікальних потреб військовослужбовців з порушеннями зору. На основі оцінки функціонального та психологічного стану програма була розроблена для вирішення як фізичних обмежень, так і проблем адаптації до втрати зору. Компонент фізичної терапії зосереджений на покращенні рухової функції, рівноваги, координації, серцево-судинної витривалості та загального фізичного стану. Одночасно адаптивні втручання спрямовані на підвищення самостійності шляхом навчання мобільності, орієнтації, самообслуговування та взаємодії з навколишнім середовищем. Не менш важливими були адаптивні компоненти, спрямовані на сприяння автономії. Вони включали навчання орієнтації та мобільності, активності

повсякденного життя (ADL), комунікаційні стратегії та використання допоміжних технологій. Програма також включала елементи психологічної підтримки для підвищення впевненості, мотивації та навичок подолання стресу. Усі втручання були адаптовані на основі початкових оцінок та постійно коригувалися відповідно до прогресу пацієнта, сезонних факторів та стану здоров'я. Програма була розроблена з чітким акцентом на реінтеграцію в повсякденне життя та зменшення залежності.

Третє завдання полягало у впровадженні запропонованої програми фізичної терапії та оцінці її ефективності в реальних умовах. Втручання проводилося в Західному реабілітаційно-спортивному центрі за участю 150 ветеранів з різних регіонів України. Усі учасники пройшли персоналізоване обстеження, а індивідуальні цілі були розроблені у співпраці з багатопрофільною командою. Протягом програми було задокументовано вимірювані покращення в кількох ключових областях. Було зафіксовано статистично значуще підвищення фізичної витривалості, що підтверджується покращенням результатів у тестах Штанге та Генчі. Наприклад, пацієнт Б показав покращення на 32,6% у тесті Штанге та на 53,1% у тесті Генчі ($p \leq 0,01$), що свідчить про покращення дихальної та серцево-судинної діяльності. Крім того, спостерігався помітний прогрес у просторовій орієнтації, функціональній мобільності та самостійності в діяльності активних та неактивних дітей. Пацієнт А, наприклад, розвинув кращі навички навігації в закладі, скоротив час, необхідний для виконання основних рухів, та набув корисних цифрових та кулінарних компетенцій.

Підсумовуючи, дослідження підтвердило, що комплексна, індивідуалізована програма фізичної терапії значно покращує функціональні та психосоціальні результати військовослужбовців з набутими порушеннями зору. Позитивні результати підтверджують необхідність багатопрофільного, орієнтованого на людину підходу до реабілітації та підкреслюють роль фізичної терапії як життєво важливого компонента у відновленні незалежності, мобільності та якості життя для цієї групи. Майбутні програми

реабілітації повинні продовжувати спиратися на ці висновки для подальшої підтримки довгострокового благополуччя та соціальної реінтеграції ветеранів з втратою зору.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Андреев СМ, Смирнов ОГ. Психоемоційний вплив тренувань з футболу на осіб з неврологічними порушеннями. Реабілітаційні практики в медицині. 2021;2(1):12–7.
2. Андреев СМ, Смирнов ОГ. Психофізіологічні ефекти футбол-терапії у фізичній реабілітації. Наука і здоров'я. 2021;(2):47–50.
3. Байда ЛЮ, Красюкова-Еннс ОВ, Буров СЮ, Азін ВО, Грибальський ЯВ, Найда ЮМ. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник. Київ; 2012 [цитовано 13 червн. 2021]. Доступно на: https://ud.org.ua/images/pdf/Invalidnist_ta_suspilstvo.pdf
4. Бакалюк ТГ, Голяченко АО, Стельмах ГО, Голяченко ОА. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в управлінні реабілітацією. Тернопіль; 2019 [цитовано 26 берез. 2021]. Доступно на: <file:///C:/Users/Едурд/Downloads/10946-Текст%20статті-40508-1-10-20200323.pdf>
5. Белень М. Пошук нових технологій фізичної реабілітації дітей шкільного віку з порушеннями зору. Фізична культура, спорт та фізична реабілітація в сучасному суспільстві: зб. наук. пр. Всеукр. студент. наук.-практ. конф. Вінниця: ТОВ Фірма «Планер»; 2017. р. 187–90.
6. Бермудес ДВ. Теорія і методика викладання аеробіки: навчально-методичний комплекс: навчально-методичний посібник. Суми: ФОП Цьома СП; 2016. р. 143–50.
7. Бурдейна НО. Фізична терапія для підлітків 15–16 років з глибокими порушеннями зору: кваліф. робота. Суми: СумДПУ ім. А.С. Макаренка; 2021. 99 р.
8. Войтко ВВ. Корекційно-розвиткова робота з учнями з порушеннями зору в умовах інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник. За заг. ред. Жосана ОЕ. Кропивницький: КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського»; 2021. 104 р.

9. Градусова НВ. Використання методу Пілатеса для розвитку фізичних якостей студентів. Актуальні наукові дослідження у сучасному світі. 2020;(5)61(6):25–7.
10. Давиденко ЛВ, Палецький ЮІ. Застосування лижної підготовки в системі реабілітації осіб з інвалідністю по зору. Наук часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 15: Науково–педагогічні проблеми фізичної культури. 2021;3K(132):45–9.
11. Електронні прилади для орієнтування сліпих та слабозорих людей [Internet]. [цитовано 26 берез. 2021] Доступно на: <http://www.trostri.com.ua/ua/electronic-devices/>
12. Єжова ТЄ. Фізичне виховання дітей з порушеннями зору як засіб реалізації їх права на охорону здоров'я: історико–педагогічне дослідження. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2016;(8) [цитовано 26 вер. 2024]. Доступно на: <https://aqce.com.ua/vipusk-n8-2017/jezhova-tje-fizichne-vihovannja-ditej-z-porushennjami-zoru.html>
13. Івасик Р, Томіч ЛМ. Скандинавська ходьба як сучасний засіб оздоровчої фізичної культури. У: Інтеграція науки і освіти: розвиток культурних і креативних індустрій [цитовано 26 берез. 2021]; Київ, Україна. Київ: КНУТД; 2022. С. 137–40.
14. Ільницька ГС, Таможанська ГВ, Мятига ОМ, Невелика АВ, Зелененко НО. Скандинавська ходьба як терапевтична вправа з метою оздоровлення та реабілітації населення. У: Матеріали XX ювілейної міжнар. наук.-практ. конф.; 2020 верес. 24–25; Одеса. Одеса: ПОЛІГРАФ; 2020. С. 126–30.
15. Козлов АВ, Цимбал СІ. Особливості лижної підготовки у фізичній реабілітації осіб з порушеннями зору. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2020;1(49):153–7.
16. Козлова МІ, Петров ВА. Фітбол–аеробіка як засіб фізичної реабілітації у посттравматичний період. Фізичне виховання і спорт. 2023;(4):88–92.

17. Кондратенко СВ. Організація корекційних занять з просторового орієнтування в початковій школі для дітей з глибокими порушеннями зору: методичні рекомендації. Київ; 2017. 80 р.
18. Копитіна Я., Єрмолаєва А. Ерготерапія як засіб розвитку незалежності осіб із тяжкими порушеннями зору та сліпоту в санаторно-курортних умовах. Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія. 2021;(1):73–78.
19. Копитіна ЯМ. Особливості застосування електронних засобів комунікації у системі ерготерапії слабозорих та незрячих осіб. Україна. Здоров'я нації. 2020;2(3) [цитовано 26 берез. 2021]. Доступно на: <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/article/view/213719>
20. Костенко ТМ. Психологічний супровід сімей осіб з інвалідністю по зору. Педагогіка та психологія. 2020;(63). Доступно на: <http://journals.hnpu.edu.ua/index.php/pedagogy/article/view/3279>
21. Котик Т.І. Використання фітбол-гімнастики у фізичній терапії дітей з порушеннями постави. Молодий вчений. 2021;(2):98–101.
22. Ліндберг О. Скандинавська ходьба і джоггінг проти хвороб. Практичний курс природного руху. 2014. 160 с.
23. Магазин для незрячих [Internet]. Харків. Білі тростини. [цитовано 20 берез. 2020] Доступно на: <https://trosti.com.ua/SGS50>.
24. Магазин для незрячих [Інтернет] Харків. Звуковий датчик рівня води для сліпих та слабозорих. [цитовано 20 берез. 2020] Доступно на: <https://trosti.com.ua/datchik>.
25. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 р. №1268. Офіц. вісн. України. 2021(97):212.
26. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю: постанова КМУ від 08.12.2006 р. №1686. Офіц. вісн. України. 2006(50):44.

27. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю: постанова КМУ від 05.04.2012 р. №321. Офіц. вісн. України. 2012(31):163.
28. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 01.01.2022 р. №875–ХІІ. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875–12#Text>
29. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 12.01.2022 р. №2961–IV. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961–15#Text>
30. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 15.12.2021 р. №1962–IX. Офіц. вісн. України. 2021(3):39.
31. Семенов ІІ, Тарасенко ВВ, Литвинова ЛВ. Використання фітболу у фізичній терапії пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату. Фізична реабілітація та здоров'я людини. 2022;(3):35–40.
32. Синяговська К.І. Фітбол-гімнастика як ефективний засіб реабілітації пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2020;(9):224–8.
33. Сокрута ВМ. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина: підручник для студентів і лікарів. Краматорськ: Каштан; 2019. 480 с.
34. Судорук Н, Черненко О. Постановка реабілітаційних цілей за критеріями SMART в умовах мультидисциплінарної команди. Збірник наукових праць молодих учених. 2020;(12):97–100.
35. Український стартап розробив «Розумне місто» для сліпих. Igate. 2016. Доступно на: <https://igate.com.ua/news/15141-ukrainskij-startap-razrabotal-umnyj-gorod-dlya-20slepyh>
36. Харченко ЛБ, Плиска ОІ, Груша ММ, Шкробанець ІД. Визначення гостроти зору та контрастної чутливості в різних вікових групах школярів. Український журнал медицини, біології та спорту. 2018:230–4.

37. Яримбаш КС, Доровєєва ОЄ, Афанасьєва ОС. Фізична реабілітація осіб з особливими потребами: підручник. Дніпро: Журфонд; 2017. 215 с.
38. Be My Eyes [Internet]. [цитовано 20 берез. 2020] Доступно на: <https://www.bemyeyes.com/language/russian>.
39. FREEDOM. Менеджмент падіння слабозорих та незрячих осіб засобами фізичної терапії та ерготерапії: наук. робота. Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка; 2021. 45 с.
40. MCT Money [Internet]. [цитовано 20 берез. 2020] Доступно на: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mctdata.ParaTanima&hl=en>.
41. Brown K, Smith L, Davis R. Breathing therapy in rehabilitation: a practical guide. London: Routledge; 2021. 198 p.
42. Hertsyk A. Smart Goal Setting in Physical Therapy [Internet]. Lviv: Lviv State University of Physical Culture; [date unknown]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/229327147.pdf> [Accessed 2021 May 25].
43. Jones A, White M. The role of controlled breathing in reducing stress. J Physiother. 2022;68(3):210–5.
44. Krause A, Kabashi S. Application of SMART criteria in physiotherapy: a pilot study. J Rehabil Sci. 2020;7(2):45–9.
45. Miller T, Novak R, Chan A. Breath retention techniques in physical performance. Rehabil Res Pract. 2023;12(4):147–53.
46. Mining Man. How to Assign Tasks Using a Simple Tool – CPQQRT [Internet]. 2010 Sep 30. Available from: <https://miningman.typepad.com/mining-man/2010/09/how-to-use-cpqqrt-to-completely-describe-a-task.html> [Accessed 2021 May 28].
47. Morrison M. History of SMART Objectives [Internet]. 2010 Jun 22. Available from: <https://rapidbi.com/history-of-smart-objectives/> [Accessed 2021 May 25].

48. Nykanen A, Hägglund M. Using SMART goals in patient-centered rehabilitation planning: challenges and opportunities. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(3):781–9.

49. Walker G, Thompson N, Lee D. Respiratory exercises and quality of life. *Clin Rehabil.* 2020;34(7):611–9.

50. Walz D. How To Correctly Ask An Employee To Do A Task [Internet]. LinkedIn. 2015 Apr 6. Available from: <https://www.linkedin.com/pulse/how-correctly-ask-employee-do-task-danielle-walz> [Accessed 2021 May 25]. MCT Money [Internet]. Available from: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mctdata.ParaTanima&hl=en> [Accessed 2020 Nov 20].

ДОДАТКИ

Додаток А

**Громадська спілка
„Всеукраїнська ліга організацій
осіб з інвалідністю по зору
„СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД”**

04215 м. Київ, пр-т. Г. Гонгадзе 20-3, кв. 61.
тел. (066) 443-43-36
e-mail: gssp2013@ukr.net
ЄДРПУ 38928469



p/p UA563052990000026009026808138 в АТ КБ "ПриватБанк" МФО 380269

№

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

наукових досліджень у практику
Громадської спілки «Всеукраїнська ліга організацій осіб з інвалідністю по зору
«Сучасний погляд».

Ми, ті що нижче підписалися, склали цей акт про те, що результати наукової роботи, виконані за темою **«Підвищення рівня самостійності осіб з інвалідністю по зору засобами фізичної терапії та ерготерапії на основі пацієнтоцентричної реабілітації»**, здійснена студентом III курсу спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія **Кириченком Едуардом Володимировичем** у 2020-2021 рр..

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Програма фізичної терапії та ерготерапії для слабозорих та незрячих осіб передбачає комплекс застосування взаємопов'язаних заходів: ранкової гігієнічної гімнастики, пішохідного туризму, скандинавської ходьби, їзди на лижах, тренувань у тренажерному залі, навчання просторовому орієнтуванню, переміщенню з різними спеціальними технічними засобами для даної нозології, користуванню електронними гаджетами та спеціальними	Уперше розроблено пацієнтоцентричну реабілітаційну програму фізичної терапії та ерготерапії як інструмент підвищення рівня самостійності серед незрячих та слабозорих осіб. Під час побудови програми фізичної терапії було враховано індивідуальні цілі реабілітантів, ступені порушення функцій та структури організму, індивідуальні обмеження активності та можливості участі реабілітантів. Також, до уваги брали вплив факторів навколишнього середовища та особистісні фактори відповідно до Міжнародної	Результатом впровадження розробленої програми фізичної терапії та ерготерапії є: підвищення рівня самостійності слабозорих та незрячих осіб, покращення функціонального стану, поліпшення психо-емоційного стану та якості життя в цілому.

програмами, мнемосхемами, адаптація навколишнього середовища, психологічна робота з особою. Передбачено проведення попереднього та поточного обстеження з метою визначення рівня самостійності, контролю фізичного стану, динаміки отримання показників у реабілітаційному процесі. Всього у дослідженні взяли участь: 157 осіб.	класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Вся програма побудована на поєднанні доступних та необхідних засобів рухової активності з урахуванням SMART – цілей. Засоби фізичної терапії та ерготерапії поєднані з елементами педагогічної та психологічної корекції. Рекомендовано проводити роботу з пацієнтом разом з його найближчим оточенням (батьками, опікунами).	
---	---	--



Директор Навчально-наукового інституту фізичної культури:

кандидат педагогічних наук, професор

Михайло Лянної

Науковий керівник:

доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту

Яна Копитіна

Завідувач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії:

доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту

Олександр Звіряка

Автор розробки: студент III курсу,

спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Едуард Кириченко

Представник установи впровадження:

Виконавчий директор Громадської спілки

«Всеукраїнська ліга організацій осіб з інвалідністю по зору

«Сучасний погляд»

Олеся Перепеченко



Сертифікат учасника конференції



Сертифікат учасника конференції





ГРАМОТА

ПЕРЕМОЖЦЮ
 КОНКУРСУ НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЙ
 кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури
 Навчально-наукового інституту фізичної культури
 Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка

У НОМІНАЦІЇ
 «Гігієнічні, фізичні, медико-біологічні та психологічні методи
 відновлення працездатності в системі «людина-людина»»

Кириченко Е.В.

VI Всеукраїнська електронна науково-практична конференція
 студентів та молодих учених
 «Здоров'язберезувальна компетентність у структурі безпеки життєдіяльності людини»

29 листопада 2021 року

Директор
 Навчально-наукового інституту
 фізичної культури



професор М.О. Лянной



Грамота з конкурсу наукових публікацій

Сертифікат учасника конференції

 ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА
АКАДЕМІЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

  МІНІСТЕРСТВО
ОСВІТИ І НАУКИ
УКРАЇНИ

Сертифікат
засвідчує, що

Едуард Кириченко

взяв (ла) участь у
XXI Міжнародній науково-практичній конференції
«Фізична культура, спорт і здоров'я: стан,
проблеми та перспективи»

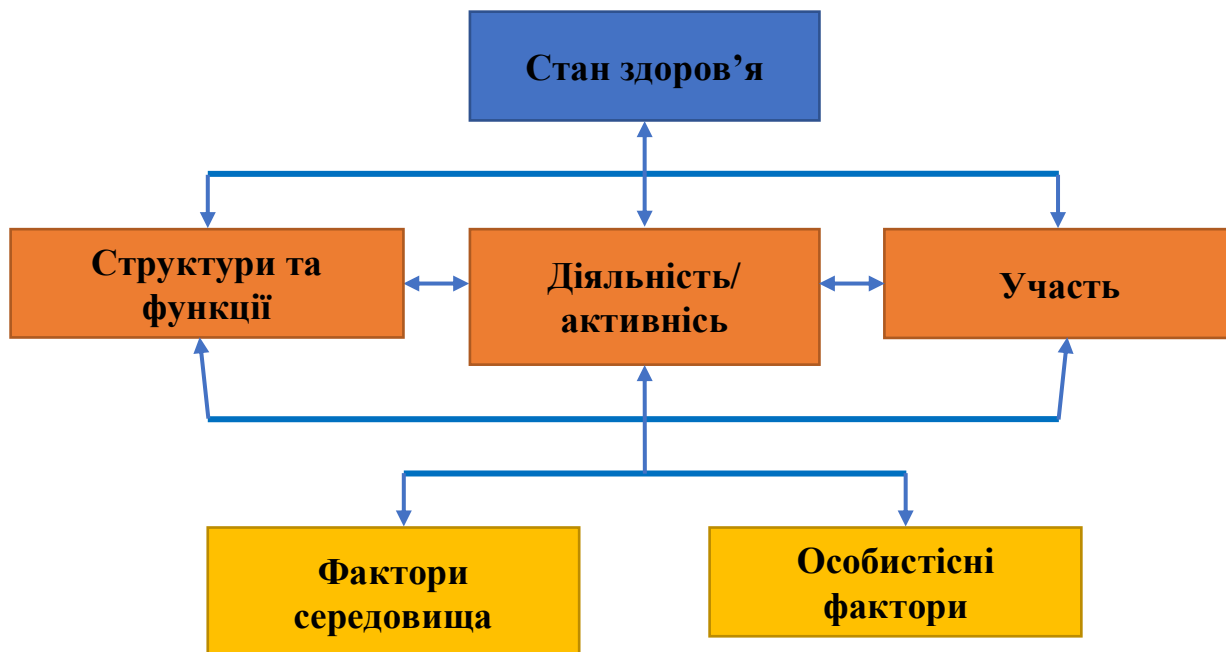
Проректор з науково-педагогічної
роботи

 Марина КОРОЛЬОВА

 МНПК-1617122021/172

16-17 грудня 2021 року

**Інтегрована біопсихосоціальна модель функціонування та
обмеження життєдіяльності**



Додаток Е

Додаток Ж

Сертифікат учасника конференції



Сертифікат учасника конференції



*Akademia Nauk Stosowanych
Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu*

CERTYFIKAT

zaświadcza, że

Eduard Kyrychenko

uczestniczył/-ła

w 9. Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Praktycznej

***WSPÓŁCZESNE PROBLEMY PODNIESIENIA
JAKOŚCI ŻYCIA W ZGLOBALIZOWANYM ŚWIECIE
(12 godzin)***

13-14 listopada 2024r.

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
WYŻSZA SZKOŁA
ZARZĄDZANIA I ADMINISTRACJI
W OPOLU
45-055 Opolu, ul. Niezłaskowskiego 18
Skrytka pocztowa 526

PROREKTOR
dr Tadeusz Pokusa prof. ANS-WSZIA

ADL/IADL профіль осіб з інвалідністю по зору

н/п	Види діяльності	Варіанти відповідей			
		Здійснюю без сторонньої допомоги (3 бали)	Є складнощі, але справляюся самостійно (2 бали)	Справляюся із невеликою допомогою сторонніх (1 бал)	Не здійснюю без сторонньої допомоги (0 балів)
1.	Їжа:				
	1. Заготовка продуктів харчування				
	2. Приготування напоїв				
	3. Приготування їжі				
	4. Сервірування столу				
	5. Вживання рідкої їжі				
	6. Вживання твердої їжі				
	7. Вживання їжі «на винос»; поза межами власного житла.				
2.	Особиста гігієна:				
	1. Прийом ванни/душу				
	2. Користування туалетом вдома				
	3. Користування громадськими туалетами				
	4. Гігієна ротової порожнини				
	5. Гігієна нігтів				
	6. Здійснення одягання/роздягання				
	7. Змога вибору одягу/взуття				

Продовження додатку II

3.	Робота по дому:				
	1. Сухе прибирання				
	2. Вологе прибирання				
	3. Користування механічними побутовими засобами (щітка, віник, ганчірка, губка, совок тощо)				
	4. Користування автоматизованою домашньою технікою (пральна машина, посудомийна машина, праска, пиросос тощо)				
	5. Робота у саду/городі				
	6. Догляд за іншими членами родини (діти, особи похилого віку)				
	7. Догляд за свійськими тваринами				
4.	Соціальна складова:				
	1. Прийом/відвідування гостей				
	2. Відвідування релігійних установ та участь у релігійних ритуалах				
	3. Участь у громадських зборах				
	4. Участь у культурних заходах				
	5. Здійснення подорожей у своєму населеному пункті				
	6. Здійснення подорожей у інші міста				
	7. Користування телефоном				

Продовження додатку II

5.	Здоров'я:				
	1. Слідування за власним здоров'ям				
	2. Користуватися домашніми засобами контролю здоров'я (термометри, тонометри, глюкометри, ваги)				
	3. Ознайомлення із інструкціями щодо застосування ліків.				
	4. Прийом необхідних ліків у потрібних разових та добових дозах				
	5. Здійснення візитів до потрібного лікаря				
	6. Здійснення планового лікування				
	7. Відвідування спортивних залів, клубів, секцій				
6.	Фінанси:				
	1. Розрахунок готівкою				
	2. Розрахунок через термінал				
	3. Розрахунок через телефон				
	4. Розрахунок через годинник				
	5. Користування мобільними додатками банків				
	6. Контроль за платіжними квитанціями по комунальних витратах (паперовий чи електронний формат)				
	7. Користування послугами банків				

Їжа: ____ з 21 бала; Особиста гігієна: ____ з 21 бала; Робота по дому: ____ з 21 бала; Соціальна складова: ____ з 21 бала;

Здоров'я: ____ з 21 бала; Фінанси: ____ з 21 бала;

Інші складові: _____; Соціальна ситуація _____; Особисті цілі _____.

Лист оцінювання за МКФ

ПІБ: _____			Вік: _____	
Місце проживання: _____				
Група інвалідності:				
Діагноз: – Основний: – Супутні:			Глобальна мета: Мета програми:	
З точки зору пацієнта:	Структура та функції організму		Діяльність та участь:	
фахівця з реабілітації:				
Фактори зовнішнього середовища			Особистісні фактори:	

Категорійний профіль за МКФ

	Об'єкт втручання		Втручання	ФТ	ЕТ	Психолог	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
Функції/Структури тіла	b114	Функції орієнтованості							
	b130	Вольові та спонукальні функції							
	b210	Зорові функції							
	b215	Функції структур, що примикають до ока							
	b220	Відчуття, пов'язані з оком та структурами, що до нього примикають							
	b140	Функції уваги							
	b144	Функції пам'яті							
	b156	Функції сприйняття							
	b235	Вестибулярні функції							
	b280	Відчуття болю							
	s220	Структура очного яблука							
Діяльність/участь	d110	Використання зору							
	d115	Використання слуху							
	d120	Цілеспрямоване використання інших органів чуттів							
	d166	Читання							
	d170	Письмо							
	d325	Спілкування і сприйняття письмових повідомлень							

	d465	Переміщення з використанням технічних засобів							
	d470	Використання транспортних засобів							
	d510	Миття							
	d530	Особиста гігієна							
	d540	Одягання							
	d550	Харчування							
	d620	Придбання товарів та послуг							
	d630	Приготування їжі							
	d640	Ведення домашнього господарства							
	d859	Робота і зайнятість, інші уточнені та не уточнені							
	d920	Відпочинок і дозвілля							
Фактори середовища	e130	Вироби та технології для навчання							
	e125	Вироби та технології для комунікації							
	e140	Вироби та технології для культури, відпочинку та спорту							
	e310	Найближчі родичі							
	e320	Друзі							
	e355	Професійні працівники сфери охорони здоров'я							
Особистісні фактори	pf	Мотивація до реабілітації							

Алгоритмі визначення мети в SMART форматі

