МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ
«КИЇВСЬКИЙ ПОЛІТЕХНІЧНИЙ ІНСТИТУТ
імені ІГОРЯ СІКОРСЬКОГО»

ПЕДАГОГІЧНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА МАЙСТЕРНІСТЬ У ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Навчальний посібник

Рекомендовано Методичною радою КПІ ім. Ігоря Сікорського
як навчальний посібник для здобувачів ступеня магістра
за освітньою програмою «Фізична терапія»
спеціальності І7 «Терапія та реабілітація»

Електронне мережне навчальне видання

Київ
КПІ ім. Ігоря Сікорського
2026

УДК 615.825:004.9:617.57/.58

Укладачі *Глоба Олександр Петрович, д-р пед. наук., проф.*
Гарник Тетяна Петрівна, д-р мед. наук., проф.
Антонова-Рафі Юлія Валеріївна, канд. техн. наук, доц.
Чемеріс Альона Миколаївна

Рецензенти *Гладуш Віктор Антонович,* д-р пед. наук, проф., професор кафедри психології, логопедії та інклюзивної освіти, Житомирський державний університет імені Івана Франка

Соломін Андрій В'ячеславович, канд. ф-м. наук, доц., доцент кафедри біомедичної інженерії ФБМІ Київського політехнічного інституту імені Ігоря Сікорського.

Відповідальний редактор *Худецький Ігор Юліанович*, професор, д-р мед. наук, в.о. зав. кафедрою біобезпеки і здоров'я людини Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського

Гриф надано Методичною радою КПІ ім. Ігоря Сікорського
(протокол № 6 від 03.04.2026 р.)
за поданням Вченої ради Факультету Біомедичної інженерії
(протокол № 9 від 30.03.2026)

«Педагогічна та психологічна майстерність у терапії та реабілітації» [Електронний ресурс] : навч. посіб. для здобувачів ступеня магістра за освіт. Програмою «Фізична терапія» спец. І7 «Терапія та реабілітація» / О. П. Глоба та ін. ; КПІ ім.Ігоря Сікорського. – Електрон. Текст. Дані (1 файл). – Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2026. – 269 с.

Посібник розроблено відповідно до вимог силлабусу дисципліни з урахуванням сучасних освітніх стандартів підготовки фахівців у сфері фізичної терапії. Має на меті систематизувати фундаментальні знання та практичні навички, що становлять основу професійної майстерності спеціаліста у терапії та реабілітації.

Матеріали посібника включають структуроване викладення ключових понять, базових методів, технологій та підходів, які забезпечують ефективну організацію реабілітаційного процесу. Особлива увага приділена інтеграції психолого-педагогічних аспектів у професійну діяльність, що сприяє формуванню компетентностей у сфері міжособистісної комунікації, психоемоційної підтримки пацієнтів та їх адаптації до соціального середовища.

Навчальний посібник формує у студентів здатність до професійної комунікації з пацієнтами та колегами, організації реабілітаційних заходів з урахуванням індивідуальних потреб, ефективного застосування психолого-педагогічних технологій у практичній діяльності, а також розвитку навичок роботи в міждисциплінарних командах. Включені матеріали сприяють розвитку у студентів аналітичного мислення, вмінь до системного аналізу та синтезу інформації, а також здатності до обґрунтованого прийняття рішень у складних клінічних і соціально-педагогічних ситуаціях.

УДК 615.825:004.9:617.57/.58.

Реєстр. № НП 25/26-285. Обсяг 11,2 авт. арк.

Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»
проспект Перемоги, 37, м. Київ, 03056
https://kpi.ua
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 5354 від 25.05.2017 р.

© О. П. Глоба, Т. П. Гарник, Ю. В. Антонова-Рафі, А. М. Чемеріс, 2026
© КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2026

ЗМІСТ

ВСТУП……..5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПЕДАГОГІЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ У ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ
1.1. Біопсихосоціальна модель як основа сучасної реабілітації……13
1.2. Місце і роль психолого-педагогічної майстерності в системі підготовки фахівця з терапії та реабілітації……18
1.3. Психолого-педагогічні принципи взаємодії фізичного терапевта/ерготерапевта з пацієнтом та міждисциплінарною командою……21
1.4. Сучасні підходи щодо формування педагогічної та психологічної майстерності фізичного терапевта/ерготерапевта……..27
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦЯ З ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ
2.1. Психологічні засади професійної діяльності фахівця з терапії та реабілітації…….29
2.2. Педагогічні технології у професійній діяльності фахівця з терапії та реабілітації…….36
2.3. Соціально-психологічні аспекти реабілітаційного процесу……...38
РОЗДІЛ 3. КОМУНІКАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ТА ЕРГОТЕРАПЕВТА
3.1. Професійна комунікація як основа терапевтичного процесу……..41
3.2. Психологічні принципи комунікації у терапії та реабілітації……42
3.3. Мотивація пацієнта як фактор успіху реабілітації……..43
3.4. Етичні норми професійної діяльності фахівця з терапії та реабілітації…….44
3.5. Особливості професійної комунікації з пацієнтами різних вікових груп…….45
3.6. Особливості професійної взаємодії з пацієнтами з різними видами порушень…….46
3.7. Особливості професійної взаємодії з пацієнтами після ампутації та протезування……..47
РОЗДІЛ 4. ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ
4.1. Технології формування рухових навичок та нейропластичності…..53
4.2. Інструментальні методи оцінювання психофізичного стану пацієнта……...53
4.3. Робототехніка та високотехнологічні засоби реабілітації……..54
4.4. Цифрові технології навчання пацієнтів……55
4.5. Педагогічні інновації у реабілітації……..55
4.6. Супервізія та зворотний зв’язок……56
4.7. Ерготерапевтичний компонент процесу реабілітації……..56

РОЗДІЛ 5. ПРАКТИЧНІ МОДУЛІ ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ ФАХІВЦІВ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

5.1. Алгоритм побудови терапевтичного заняття……...65
5.2. Практичні сценарії професійної діяльності……..67
5.3. Супервізія та зворотний зв’язок……68
5.4. Модулі професійної майстерності фахівців…….68
5.5. Оцінювання результатів психолого-педагогічної взаємодії……...69
ДОДАТКИ (Навчально-методичний блок)…….78
Додаток А. Конспекти лекцій……...78
Додаток Б. Практикум……161
Додаток В. Самостійна робота студентів……...247
Додаток Г. Збірник інструкцій і чек-листів для роботи з пацієнтами….249
Додаток Д. Описи практичних кейсів та симуляційних ситуацій……252
Додаток Е. Шаблони планів занять та протоколів спостережень……253
Додаток Є. Стратегія подолання стресових ситуацій ……..253
Додаток Ж. Термінологічний словник……...257
Список рекомендованої літератури……...264

ВСТУП

Сучасна система підготовки фахівців зі спеціальності І7 «Терапія та реабілітація» потребує комплексного поєднання медичних, психолого-педагогічних, соціальних та комунікаційних компетентностей. У світовій і вітчизняній практиці реабілітації поступово утверджується тенденція до інтеграції біомедичних знань із принципами педагогічної взаємодії, психологічного супроводу та клієнт-центричної моделі роботи. Такий підхід узгоджується з положеннями ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), згідно з якими процес терапії та реабілітації розглядається як партнерська взаємодія пацієнта, фахівця та його соціального оточення.

Структурована педагогічна та психологічна підготовка фахівця є необхідною умовою формування професійної майстерності. Підготовка майбутніх фізичних терапевтів, ерготерапевтів і представників міждисциплінарних команд передбачає оволодіння знаннями щодо закономірностей навчання дорослих, принципів ефективної комунікації, методів психологічної підтримки та способів забезпечення мотивації до відновлення.

Запропонований навчальний посібник розроблено відповідно до силлабусу дисципліни «Педагогічна та психологічна майстерність у терапії та реабілітації» та призначено для студентів освітньо-професійної програми «Фізична терапія». Структура посібника орієнтована на формування в майбутніх фахівців здатності до аналітичного мислення, професійної комунікації, застосування педагогічних і психологічних технологій у різних клінічних та соціальних умовах, а також до інтеграції цих знань у практику реабілітаційного супроводу пацієнтів.

Дисципліна «Педагогічна та психологічна майстерність у терапії та реабілітації» спрямована на формування професійної компетентності магістрантів, розвиток здатності до ефективної комунікації, психолого-

педагогічного супроводу, організації реабілітаційного процесу та розуміння сучасних підходів до терапії. Сучасна реабілітація ґрунтується на біопсихосоціальній моделі, тому професійна діяльність фахівця неможлива без глибокого знання психології, педагогіки, механізмів мотивації й соціальної адаптації пацієнтів.

Посібник містить методичні матеріали, що допомагають студентам опанувати основні принципи, технології й алгоритми професійної взаємодії з пацієнтами різних вікових груп і нозологій. Матеріал орієнтований на практичне застосування в умовах медичних, реабілітаційних та освітніх закладів.

Метою дисципліни є оволодіння студентами професійною компетентністю та майстерністю у терапевтичній та реабілітаційній діяльності; оволодіння різноманітними формами, завданнями, уміннями, принципами, методами, засобами психолого-педагогічних технологій; усвідомлення особливостей сутності терапії, методології, мети, змісту, місця в системі знань про людину; засвоєння основних методів і прийомів комплексного підходу з застосуванням необхідних професійних вмінь та навичок з людьми різного віку, статі, фізичних можливостей; формування основ професійної компетентності в галузі реалізації терапії та реабілітації пацієнтів у різних інституційних умовах зі специфічними потребами та проблемами.

Загальні компетентності

ЗК 01 Здатність планувати та управляти часом.

ЗК 02 Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.

ЗК 03 Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.

ЗК 04 Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 05 Здатність мотивувати людей та рухатися до спільної мети.

ЗК 06 Здатність виявляти ініціативу та підприємливість.

ЗК 07 Здатність працювати автономно.

Фахові компетентності

ФК 03 Здатність безпечно та ефективно обстежувати та оцінювати осіб різних вікових, нозологічних та професійних груп з обмеженнями повсякденного функціонування, із складною прогресуючою та мультисистемною патологією, визначати фізичний розвиток та фізичний стан для прийняття науково-обґрунтованих клінічних рішень.

ФК 06 Здатність провадити професійну діяльність в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно, співпрацюючи з іншими працівниками охорони здоров'я та зацікавленими особами.

ФК 07 Здатність планувати, контролювати терапевтичне заняття, хід виконання програми фізичної терапії, аналізувати та інтерпретувати результати втручання, вносити корективи до розробленої програми чи компонентів індивідуального реабілітаційного плану, маршруту пацієнта.

ФК 08 Здатність ефективно здійснювати професійну комунікацію, зокрема вести документацію різних аспектів фізичної терапії згідно вимог чинного законодавства, надавати підзвітні послуги.

ФК 09 Здатність провадити наукові дослідження у сфері фізичної терапії, використовувати й поширювати найкращі наявні докази у викладацькій діяльності, для поліпшення якості послуг фізичної терапії та освіти.

ФК 11 Здатність здійснювати рефлексивну професійну діяльність, самоаналіз та безперервний професійний розвиток.

ФК 15 Здатність ефективно застосовувати передові знання теорії та практики ерготерапії для планування, організації та реалізації індивідуального реабілітаційного плану пацієнта/клієнта в рамках мультидисциплінарної команди.

- **Програмні результати навчання**

- *ПРН 02* Дотримуватись юридичних та етичних вимог, провадити діяльність з інформованої згоди пацієнта/клієнта.
- *ПРН 04* Оцінювати, обговорювати та застосовувати результати наукових досліджень у клінічній, науковій, освітній та
- адміністративній діяльності.
- *ПРН 05* Проводити опитування (суб'єктивне обстеження) пацієнта/клієнта для визначення потреб, порушень функції,
- активності та участі.
- *ПРН 07* Демонструвати здатність до пацієнтоцентрованої практичної діяльності за узгодженням із ацієнтом/клієнтом, його родиною/опікунами, членами мультидисциплінарної команди.
- *ПРН 08* Ефективно комунікувати з пацієнтом/клієнтом, встановлювати прямий та зворотній зв'язок для створення та
- підтримки терапевтчного альянсу.
- *ПРН 13* Контролювати тривалість та інтенсивність терапевтичних заходів в межах програми фізичної терапії та окремих занять.
- *ПРН 16* Вести документацію різних аспектів фізичної терапії згідно вимог чинного законодавства.
- *ПРН 17* Взаємодіяти з адміністративними та управлінськими структурами, інформаційними ресурсами з метою адвокації професії, впливу на політики та стратегії розвитку фізичної терапії, що спрямовані на задоволення потреб окремих осіб та громади в Україні.
- *ПРН 19* Викладати спеціалізовані навчальні дисципліни у закладах вищої освіти, брати участь в реалізації освітніх програм як клінічний керівник/методист/супервізор навчальних практик.
- *ПРН 20* Планувати та здійснювати особистий професійний розвиток, сприяти професійному розвитку колег.

- *ПРН 21* Планувати і виконувати наукові і прикладні дослідження у сфері фізичної терапії, висувати і перевіряти гіпотези, обирати методики та інструменти досліджень, аналізувати їх результати, обґрунтовувати висновки.

У структурно-логічній схемі дисципліна «Педагогічна та психологічна майстерність у терапії та реабілітації» вивчається на етапі підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня магістр і є дисципліною, що використовує методи фундаментальних та прикладних наук, основних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки з урахуванням професійної орієнтації майбутніх фахівців.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПЕДАГОГІЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ У ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Сучасна система професійної підготовки фізичного терапевта передбачає опанування студентами психолого-педагогічних знань і практичних вмінь: здатності яскраво і переконливо виражати свої думки, володіти прийомами впливу на увагу аудиторії, умінням керувати своїм психофізіологічним апаратом та творчим самопочуттям для успішної організації спілкування та взаємодії з пацієнтами та колегами.

Педагогічна та психологічна майстерність - це сукупність професійних знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективну організацію реабілітаційного процесу, підтримку мотивації пацієнта та досягнення терапевтичних результатів.

Фізичний терапевт працює у мультидисциплінарних командах, використовуючи медичні, психолого-педагогічні методи для відновлення функцій пацієнта. Його діяльність охоплює комунікацію, діагностику, планування, корекційні заходи та навчання пацієнтів і родичів.

Педагогічна майстерність – це комплекс властивостей особистості, що забезпечують самоорганізацію високого рівня професійної діяльності на рефлексивній основі. Структуру педагогічної майстерності складають наступні елементи:

- педагогічна спрямованість особистості терапевта (ціннісні орієнтації на себе, на засоби педагогічного впливу, на особистість і колектив, на цілі педагогічної діяльності);

- професійне знання (знання предмета, методики, теоретичних основ педагогіки і психології);

- здібності до педагогічної діяльності (комунікативні – повага до людей, доброзичливість, товариськість; перцептивні – професійна

передбачуваність, емпатія, педагогічна інтуїція; динамічні – здатність до вольового впливу і логічного переконання; емоційно-почуттєві – здатність володіти собою і вибудовувати педагогічну дію на позитивних почуттях; оптимістичне прогнозування тощо;

- педагогічна техніка як форма організації поведінки спеціаліста, що грунтується на двох групах умінь: 1) умінні володіти собою – поставою, мімікою, жестами, пантомімікою; керувати емоційними станами – знімати зайве психічне напруження, викликати стани творчого самопочуття; володіти технікою мови – дихання, голосоутворення, дикція, темп мовлення; 2) вміння співпрацювати з кожним пацієнтом в процесі вирішення педагогічних завдань – дидактичних, організаторських, контактної взаємодії, стимулювання діяльності пацієнтів.

Умовою підвищення рівня педагогічної майстерності є цілеспрямоване, безперервне, професійне і особистісне самовдосконалення. При цьому процеси самоосвіти, самовиховання мають бути певною мірою адміністративно організованими і контрольованими.

Психологічна майстерність у терапії та реабілітації включає комплекс професійних знань, умінь, навичок та особистісних якостей фахівця, які допомагають фахівцям ефективно підтримувати пацієнтів у процесі одужання.

Таблиця компонентів психологічної майстерності у терапії та реабілітації

Категорія	**Основні компоненти (навички та якості)**	**Приклади застосування в терапії/реабілітації**
Професійні знання та навички	Знання психологічних теорій, методів діагностики, корекції та терапії.	Використання методів когнітивної, поведінкової або інших видів терапії залежно від потреб клієнта.
	Постановка цілей	Спільне з пацієнтом визначення конкретних, досяжних цілей для забезпечення ефективності терапії та мотивації.
	Використання доказових методів	

	Оцінка психологічних факторів	Застосування науково обґрунтованих підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).
	Кризове втручання	Вміння розпізнавати психологічні стани (стрес, депресія, тривога) та за необхідності скеровувати до фахівців. Надання термінової допомоги в гострих стресових або кризових ситуаціях.
Комунікативні навички	Активне слухання, емпатія, асертивність, конгруентність (відповідність слів і почуттів).	Створення довірливої атмосфери, точне розуміння переживань клієнта, ефективна взаємодія з пацієнтами та їх сім'ями.
Особистісні якості	Емоційна компетентність, стійкість, вміння встановлювати психологічні кордони, етичність.	Збереження професійної дистанції, запобігання емоційному вигоранню, дотримання конфіденційності та професійної етики.
Практичні вміння	Психологічна діагностика, консультування, проведення тренінгів, корекційно-розвивальна робота.	Розробка індивідуальних програм реабілітації, проведення групових занять, оцінка динаміки стану клієнта.
Навички саморегуляції	Вміння працювати зі стресом, навички самодопомоги та відновлення.	Запобігання вторинній травматизації та професійному вигоранню через використання власних копінг-стратегій.
Міждисциплінарна співпраця	Робота в команді	Взаємодія з іншими фахівцями (лікарями, фізіотерапевтами, соціальними працівниками) для забезпечення комплексного підходу.

Ці навички необхідні для забезпечення цілісного, орієнтованого на людину підходу в процесі реабілітації. Психологічна майстерність передбачає постійне вдосконалення цих аспектів та спрямована на досягнення соціально-психологічного благополуччя клієнтів і відновлення їхнього здоров'я.

1.1. Біопсихосоціальна модель як основа сучасної реабілітації

Принцип комплексності передбачає поєднання біологічного, психологічного, соціального та духовного компонентів у реабілітаційному процесі та максимально широке використання різних методів реабілітації. Принцип комплексності у реабілітації людей із важкими захворюваннями відображено в пам'ятці військовослужбовцям «Алгоритм дій у разі виявлення захворювання на гепатит С».

Біологічна складова реабілітаційного процесу: медикаментозна терапія, санаторно-курортна реабілітація, ортотерапія, дієтотерапія, пластична хірургія, методи нетрадиційної медицини, лікування травами тощо.

Разом із психологічною реабілітацією може проводитися й **медикаментозна терапія**: якщо є відмова від психотерапії при ПТСР; якщо не наступає покращення в процесі психотерапії; у випадку важкої депресії та суїцидального ризику; у разі психічних розладів; під час реабілітації людей із психосоматичними розладами, онкологічними захворюваннями, важкими інфекційними захворюваннями тощо.

Санаторно-курортна реабілітація проводиться із застосуванням таких методів, як дихальні тренінги, масаж, мануальна терапія, бальнеологічна терапія, апаратна фізіотерапія, рефлексотерапія тощо.

Ортотерапія (засоби тимчасової імобілізації, корсети, протези, корегувальні лікувальні костюми, інвалідні крісла тощо) та **протезування**.

Методи **нетрадиційної медицини**: апітерапія, герудотерапія, фітотерапія, суджок-терапія, іпотерапія, кіанотерапія (за допомогою собак) тощо.

Соціальна складова реабілітаційного процесу: анкетування; інтерв'ювання; індивідуальне та групове консультування; групи підтримки та взаємопідтримки; зустрічі з цікавими людьми; профорієнтація; навчання; терапія мистецтвом, трудова терапія і т.д.; створення книжок свідчень (спогадів); заходи спрямовані на «визнання» учасників бойових дій тощо.

Духовна складова реабілітаційного процесу: капеланське служіння у військових частинах, шпиталях, хоспісах, онковідділеннях; проведення

відновлювальних заходів (зокрема, на території храмів та монастирів); групи духовної віднови при церковних спільнотах; групи анонімних алкоголіків та наркоманів, групи взаємопідтримки рідних АА; участь у традиційних святах, поминальних днях тощо.

В основі духовної реабілітації лежить орієнтація на вищі цінності та осмислення життя відповідно з ними; орієнтація на моральну (рос. – *нравственную*) та релігійну складову.

У межах християнства виділяють такі **принципи реабілітації**:

1. Джерелом позитивних змін є Бог, що діє через Таїнства і духовне керівництво духівника, священика.

2. Життя серед членів церковної общини, оскільки позитивні зміни підтримуються соціальним середовищем.

3. Члени церковної общини, які здійснюють реабілітацію, мають бути компетентними (професійними).

Комплексний підхід до організації психологічної допомоги реалізується шляхом співпраці фахівців у межах мультидисциплінарної команди.

Психологічну допомогу потрібно надавати якомога швидше після появи симптомів розладу (як медичну допомогу після поранення), оскільки відновлювальний потенціал людини з часом суттєво зменшується. Ранній початок реабілітації, своєчасна психологічна підтримка є профілактикою формування комплексу жертви, розвитку посттравматичних стресових та супутніх психічних розладів, протиправної поведінки тощо, а отже – профілактикою інвалідності та непрацездатності. Окрім того, ранній початок реабілітації і своєчасне надання допомоги зменшує травмування членів сім'ї, кількість розлучень, ризик суїцидів, поліпшує якість життя.

Для успішного проведення реабілітації і досягнення запланованого результату необхідна наступність між діями представників різних відомств та структур (наприклад, силові структури, соціальні служби, медичні заклади);

наступність у реалізації різних складових реабілітаційного процесу, наприклад, психологічної, юридичної і соціальної реабілітації.

Реалізація індивідуальної програми реабілітації має відбуватися в строгій послідовності процедур і заходів залежно від реабілітаційного етапу. Послідовно проводяться діагностика, обстеження, моніторинг із метою ідентифікації проблем, результатів реабілітації, досягнень та рівня інтеграції в суспільство. Послідовно відбувається і психотерапевтичний процес, проведення групової роботи тощо.

Психотерапевтична допомога у випадку посттравматичних стресових розладів проводиться у такій **послідовності**:

1. Відновлення безпеки, стабілізація. Побудова корисних стратегій подолання.

Мета: отримати більший контроль над своїми симптомами, зменшити негативний вплив проявів ПТСР на життя постраждалого.

2. Пригадування травмівної події, оплакування.

Мета: опрацювання травмівного досвіду для зменшення інтенсивності емоційного переживання.

3. Розпізнавання та переосмислення проблемних інтерпретацій.

Мета: усвідомлювання та подолання проблемних способів мислення.

4. Відновлення зв’язку з повсякденним життям.

Мета: планування діяльності, яка покращить відчуття задоволення та успіху.

Щоб скласти ефективну індивідуальну програму реабілітації людини із посттравматичними стресовими та супутніми розладами, необхідно проаналізувати особливості життєвої ситуації потерпілого – медичний, психологічний, особистісний, професійний, духовний, соціальний та побутовий аспекти. У процесі надання психологічної допомоги враховується також характер розладу та стадія відновлення.

Принцип гнучкості передбачає можливість вчасної корекції форм і методів психологічної інтервенції залежно від реагування людини на ту чи

іншу форму психологічного втручання, залежно від зміни психічного чи соматичного стану, соціальної ситуації (зокрема, сімейної, професійної) та умов проведення психологічної реабілітації.

Позитивна установка на навчання, працю, на повернення в сім'ю та в суспільство, а також співпраця всіх учасників реабілітаційного процесу є запорукою успіху. Людина, якій надається психологічна допомога, має бути ознайомлена з цілями, завданнями реабілітаційної програми, суттю реабілітаційних заходів, їхньою послідовністю, механізмом дій тощо.

Важливо надати інформацію щодо функціонування груп підтримки та взаємодопомоги (віртуальних і реальних). Представники груп взаємодопомоги сприяють мотивуванню та залученню до реабілітаційних заходів. У межах груп взаємодопомоги може здійснюватися і психологічна просвіта (рівний-рівному), психологічна підтримка, формування запиту на професійну психологічну допомогу, а також контроль за якістю надання такої допомоги.

На етапі стабілізації до ситуації потрібно, щоб людина засвоїла навички самодопомоги та основи здорового способу життя і почала застосовувати їх у повсякденному житті.

Окрім того, у разі загострення проблем із фізичним та психічним здоров'ям потерпілі несуть відповідальність за своєчасне звернення в заклади, що здійснюють психологічну та медичну реабілітацію, та за виконання наданих професіоналами рекомендацій.

Сучасна реабілітаційна практика, згідно з рекомендаціями **WHO (2017)** та **World Physiotherapy (2020)**, відмовилась від виключно біомедичної моделі, яка розглядала пацієнта лише через призму діагнозу.

Біопсихосоціальна модель (БПС-модель):

- об'єднує фізичні, психологічні, соціальні та поведінкові чинники;
- розглядає пацієнта як активного учасника процесу;
- враховує можливості та ресурси, а не лише обмеження;
- дає змогу формувати реалістичні терапевтичні цілі.

Психологічна складова включає аналіз мотивації, страхів, ставлення до хвороби, емоційного стану. **Педагогічна складова** - організацію навчання, формування навичок і поведінкових реакцій. **Соціальна складова** - оцінку підтримки родини та середовища.

У цьому контексті інноваційні технології не є лише технічними засобами — це *інструменти*, які допомагають фахівцю втілювати принципи БПС-моделі на практиці.

Поєднання зазначених елементів може змінюватися в різні моменти життя і в різних ситуаціях. Люди можуть обрати той чи інший канал (чи канали) опірності як домінантні. Дехто обирає **когнітивно-поведінковий** шлях – активний збір інформації, вирішення практичних проблем, пошуки виходу через «самонавігацію», внутрішні діалоги і дискусії, визначення пріоритетності нагальних справ тощо.

В інших переважає **емоційний**, афективний спосіб протидії стресу – відкритий прояв емоцій, плач, сміх, обговорення пережитого з іншими, або невербальне вираження почуттів через художню діяльність, читання або написання текстів.

Ті, в кого домінує **соціальний канал** як спосіб взаємопідтримки, прагнуть долучитися до якоїсь групи, відчути себе частиною соціальної організації.

Ще один тип протидії – **уява, мрії та спогади** про щасливі моменти й обставини з метою зменшення інтенсивності переживання страшних життєвих реалій.

Інші люди намагаються почерпнути силу у **вірі, переконаннях і цінностях**, які є дороговказами для пошуків шляхів подолання стресу. Це стосується не лише релігійних переконань, а й патріотичних цінностей, відчуття своєї місії у світі, переконання, що в житті є сенс тощо.

Для зменшення негативних переживань можна також активізувати **тілесні ресурси**: робити вправи на релаксацію, займатися фізкультурою, здійснювати практичну діяльність (вишивати, майструвати, працювати в саду)

тощо. Фізичне навантаження, що допомагає зняти напруження, є важливим компонентом підвищення опірності в стресовій ситуації.

Надаючи психологічну підтримку людині, яка страждає від наслідків перебування в екстремальній ситуації, потрібно пам'ятати, що гідне переживання випробувань сприяє адаптації до складної ситуації, веде до глибоких конструктивних змін того, хто долає розлади.

Психологічна пружність характеризується:

- відсутністю надмірної самокритики й негативних уявлень про себе;
- здатністю до усвідомлюваних дій у будь-якій ситуації;
- умінням упоратися з горем і занепокоєнням;
- готовністю долати перешкоди у стосунках;
- діями, спрямованими на досягнення кращого фізичного здоров'я і психічного стану;
- оптимістичністю;
- вмінням використовувати позитивні шанси.

Посттравматичне зростання сприяє розвитку, психологічній зрілості та самоактуалізації людини.

1.2. Значення психолого-педагогічної майстерності в системі підготовки фахівця з терапії та реабілітації.

Психолого-педагогічна підготовка є фундаментом професійної діяльності фахівців з терапії та реабілітації, оскільки саме вона забезпечує здатність організовувати навчальні, корекційні та відновлювальні процеси з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта. Ефективний реабілітаційний процес передбачає не лише застосування медичних і технологічних засобів, а й глибоке розуміння психологічних реакцій людини на травму, обмеження рухової або сенсорної функції, зміну соціальних ролей.

Провідні міжнародні дослідження підтверджують, що якість комунікації та психологічна підтримка істотно впливають на функціональні результати,

рівень мотивації, прихильність пацієнтів до терапії та їхню готовність до активної участі в реабілітаційних програмах. Таким чином, психолого-педагогічні компетентності формують важливий компонент професійної ідентичності фахівця та підвищують ефективність реабілітаційного втручання.

Сучасна реабілітація спирається на біопсихосоціальну модель, у якій відновлення функцій людини розглядається не лише як медичний процес, а як комплексна взаємодія фізичних, психологічних та соціальних чинників. Пацієнт потребує не просто виконання рухових чи корекційних вправ - він потребує **супроводу**, **мотивації**, **підтримки**, **комунікації**, **навчання**, **адаптації до змін**, **віри у власні можливості**.

Тому педагогічна та психологічна майстерність фізичного терапевта, ерготерапевта чи іншого фахівця стає фундаментальним компонентом професійної діяльності. Вона визначає:

- якість взаємодії фахівця з пацієнтом;
- рівень терапевтичного альянсу;
- дотримання пацієнтом програми;
- ефективність реабілітації;
- задоволеність пацієнта втручанням;
- профілактику «вигорання» у самого спеціаліста.

Педагогічна майстерність - це не лише методи подачі інформації. Це **здатність організувати навчання пацієнта**, сформувати нові навички, допомогти людині реконструювати образ себе, своє життя, свої можливості.

Психологічна майстерність - це **розуміння людини**, її переживань, мотивів, емоцій, бар'єрів, факторів тривоги, особливостей реагування на біль та втрату функцій.

У поєднанні вони створюють професійне мистецтво реабілітації.

Принципи застосування психолого-педагогічних технологій:

• індивідуалізація підходу;

• гуманістичність;

• врахування психофізичних особливостей;

• доказовість та міждисциплінарність;

• системність і поетапність.

Мета і завдання дисципліни.

Метою дисципліни є формування у студентів системного бачення процесу реабілітації як педагогічного, психологічного та терапевтичного явища, а також розвиток професійних компетентностей, необхідних для ефективної роботи з пацієнтами різного віку та з різними нозологіями.

Основні завдання:

1. Розкрити психолого-педагогічні основи реабілітаційного процесу.
2. Формувати навички професійної комунікації, побудови довіри, активного слухання, мотиваційного інтерв'ювання.
3. Навчити студентів працювати з психологічними бар'єрами пацієнта**,** зокрема страхом руху, емоційним виснаженням, низькою мотивацією.
4. Опанувати методи педагогічного впливу**,** індивідуалізації навчання, формування моторних і когнітивних навичок.
5. Навчити використовувати психолого-педагогічні технології у роботі з різними групами: дітьми, людьми похилого віку, пацієнтами після інсульту, ТБІ, з ДЦП тощо.
6. Усвідомити важливість етичних норм, професійної поведінки та відповідальності.
7. Сформувати навичку рефлексії та самоаналізу, необхідну для професійного росту терапевта.

1.3. Психолого-педагогічні принципи взаємодії фізичного терапевта/ерготерапевта з пацієнтом та міждисциплінарною командою.

Особистість пацієнта, його когнітивні процеси, емоційний стан, мотиваційна структура та соціальні ресурси визначають можливості та темп відновлення. Після травми або захворювання людина переживає низку психологічних станів: шок, заперечення, агресію, пошук контролю, адаптацію.

Знання цих закономірностей дозволяє фахівцеві правильно вибудовувати комунікацію, добирати педагогічні стратегії та підтримувати мотивацію.

Ключовими психологічними процесами, що впливають на ефективність терапії, є:

– сприйняття власних можливостей (self-efficacy),

– рівень внутрішньої мотивації,

– готовність до поведінкових змін,

– емоційна стійкість,

– когнітивна гнучкість,

– здатність до саморегуляції.

Для фахівця важливо вміти застосовувати інструменти оцінювання цих процесів, адекватно реагувати на кризові стани та використовувати методи їх корекції: психоосвітні інтервенції, техніки релаксації, підтримку самоусвідомлення, позитивне підкріплення.

Педагогічний компонент діяльності фахівця з терапії та реабілітації полягає у навчанні пацієнта новим або відновленим навичкам, формуванні поведінкових моделей, забезпеченні доступного пояснення сутності терапевтичних процедур.

Принципи педагогічної взаємодії у терапії та реабілітації - це базові положення, які визначають характер співпраці між фахівцем (педагогом, реабілітологом, терапевтом) і людиною, що проходить лікування чи відновлення. Вони забезпечують ефективність, гуманність і наукову обґрунтованість процесу.

Значення педагогічної взаємодії у терапії та реабілітації

- підвищує ефективність відновлення;
- сприяє формуванню самостійності;
- зменшує тривожність і страх;
- формує відповідальне ставлення до власного здоров’я;
- забезпечує стійкість досягнутих результатів.

Ефективна взаємодія спирається на такі педагогічні принципи:

Принцип гуманізації - передбачає повагу до гідності, прав і індивідуальності людини. Пацієнт/клієнт розглядається як активний учасник процесу, а не об'єкт впливу.

Принцип індивідуалізації - урахування вікових, психологічних, фізичних особливостей, рівня функціональних порушень, мотивації та життєвого досвіду людини.

Принцип партнерства і співробітництва - взаємодія будується на довірі, відкритості, діалозі та спільному плануванні цілей реабілітації.

Принцип активності та свідомої участі - людина повинна розуміти мету терапії, брати участь у прийнятті рішень, виконувати рекомендації усвідомлено.

Принцип систематичності та послідовності - заняття та впливи мають бути регулярними, логічно пов'язаними між собою, поступово ускладнюватися.

Принцип доступності - матеріал, вправи й методи повинні відповідати можливостям людини та бути зрозумілими.

Принцип наочності - використання демонстрацій, моделей, візуальних підказок для кращого засвоєння та відтворення рухів чи навичок.

Принцип позитивної мотивації - підтримка віри в успіх, створення ситуації успіху, підкріплення навіть незначних досягнень.

Принцип міждисциплінарності - співпраця педагогів, лікарів, психологів, фізичних терапевтів, логопедів та інших фахівців для комплексного підходу.

Принцип безпечності та етичності - дотримання професійної етики, конфіденційності, фізичної й психологічної безпеки.

У міждисциплінарній взаємодії педагогічні принципи забезпечують узгодженість підходів до навчання пацієнта, формують єдину стратегію лікування та реабілітації.

Професійна діяльність фізичного терапевта здійснюється у тісній взаємодії з лікарями, ерготерапевтами, логопедами, психологами, соціальними працівниками, педагогами, членами родини пацієнта.

Сучасні міжнародні стандарти реабілітації визначають міждисциплінарність як один із ключових критеріїв ефективності. Команда може включати лікаря-фахівця з фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, соціального працівника, протезиста-ортезиста, логопеда, медичних сестер та інших спеціалістів залежно від потреб пацієнта.

Якість взаємодії визначається узгодженістю цілей, регулярністю комунікації, відповідністю ролей та безперервністю супроводу. Доведено, що міждисциплінарна модель скорочує строки відновлення та підвищує функціональні результати (Fleming et al., 2022).

Мультидисциплінарна команда – це група фахівців різних спеціальностей, об’єднаних спільними цілями. Їй притаманні: узгоджені цілі та чіткі завдання; певні функції; розподіл ролей та відповідальності.

Серед якостей, що характеризують команду, визначають взаємозалежність, прийняття цінностей і норм командної роботи, вміння робити внесок у спільну справу, підтримку одне одного, довіру та відкритість, обмін знаннями та досвідом, згуртованість тощо.

Принципи роботи мультидисциплінарної команди:

- спільна мета;
- розподіл обов’язків та завдань;
- комунікація, поінформованість;
- взаємна підтримка;
- досягнення консенсусу;
- соціальне партнерство;
- обов’язкове спільне навчання;
- спільний аналіз діяльності.

Мультидисциплінарна команда, що працює для вирішення проблем клієнта чи конкретної сім'ї, **забезпечує**:

- залучення всіх ресурсів громади, дотичних організацій, закладів та відомств;
- скорочення часового проміжку, за який можливо ці проблеми вирішити;
- зняття міжвідомчих бар'єрів;
- злагоджену роботу представників різних соціальних закладів та організацій;
- співпрацю з представниками громади та волонтерами;
- максимально можливий пакет послуг, який може отримати родина.

Взаємодія членів мультидисциплінарної команди може відбуватися на трьох рівнях.

1. Високий рівень (інтегрованість), коли ефективність кожного члена команди залежить від ефективності колег. Наприклад, робота команди з сім'єю, що переживає кризу, чи коли є випадки насилля.

2. Середній рівень (співпраця), коли в кожного члена команди своє навантаження, хоча частково воно може бути розподілене між іншими колегами. Члени команди багато співпрацюють, але не як єдина команда, а невеликими групами. Наприклад, під час соціального супроводу сімей відповідно до плану ведення випадку.

3. Низький рівень (незалежність), коли члени команди працюють індивідуально, не співпрацюючи або дуже мало співпрацюючи одне з одним. Вони складають команду тому, що мають одного керівника, відвідують групову супервізію або працюють у тому ж приміщенні. Прикладом такої незалежної команди можуть бути волонтери різних консультаційних служб в одній організації (правове консультування, психологічне консультування, консультування сімейного психолога, консультування соціального працівника).

Незалежно від рівня взаємодії, члени мультидисциплінарної команди можуть дотримуватися однакової стратегії, працюючи з клієнтами, або розробляти стратегію спільної взаємодії залежно від кожного випадку.

Фахівець з терапії та реабілітації виконує важливі функції:

1. ***Комунікатор.*** Він пов'язує медичну інформацію з повсякденним життям пацієнта, переводячи медичні діагнози у поведінкові цілі та завдання.

2. ***Мотиватор.*** Підтримує пацієнта, допомагає йому прийняти нові умови життя. Мотиваційна складова визначає успіх 60–70% реабілітаційних програм.

3. ***Педагог.*** Вчить пацієнта нових рухових навичок, самообслуговуванню, контролю за своїм станом, використанню допоміжних засобів.

4. ***Психологічний партнер***. Фахівець має розуміти, як травма чи хвороба впливає на психіку, і бути здатним підтримати пацієнта.

5. ***Аналітик і дослідник***. Терапевт проводить оцінювання, аналізує динаміку, формує прогноз, відстежує ефективність.

Психолого-педагогічне оцінювання - це комплексний процес, спрямований на розуміння:

- готовності пацієнта до участі у терапії;
- його емоційних реакцій;
- мотиваційних чинників;
- рівня розуміння проблеми;
- особливостей поведінки;
- попереднього досвіду лікування та навчання;
- впливу сім’ї та соціального оточення.

Психолого-педагогічне оцінювання включає:

а) аналіз скарг пацієнта. Важливо з’ясувати, що саме пацієнт вважає проблемою - це часто не збігається з медичним діагнозом;

б) визначення бар’єрів

- страх руху (кінесіофобія),

- депресивність,
- невпевненість,
- низька самооцінка,
- попередній травматичний досвід лікування;

в) оцінка стилю навчання пацієнта За Колбом:

- візуальний,
- аудіальний,
- кінестетичний,
- аналітичний,
- практичний.

г) аналіз соціальних чинників. Реабілітаційний процес включає: оцінювання стану, формування цілей, планування, реалізацію програми, контроль та корекцію. Психолого-педагогічні технології сприяють якісній комунікації, мотивації та участі пацієнта. Родина, робота, стосунки, ресурси підтримки - ключові фактори успіху;

д) формування індивідуального профілю пацієнта. Це базис для подальшого планування програми втручання.

6. ***Здійснює психолого-педагогічний супровід*** пацієнта в процесі реабілітації за принципами:

- Принцип індивідуалізації. Кожна людина має свій спосіб сприйняття інформації, рівень мотивації, страхи, досвід, духовні цінності, культурні контексти.
- Принцип гуманістичності. Терапевт бачить у пацієнті особистість, а не діагноз.
- Принцип доказовості. Психологічні та педагогічні методи мають підтвердження ефективності в міжнародних дослідженнях (WHO, WCPT, NICE).
- Принцип системності. Реабілітація - це не сума вправ, а логічна структура етапів: оцінювання → планування → втручання → моніторинг → корекція → результат.

- Принцип активної участі пацієнта. Пацієнт завжди є співучасником процесу, а не пасивним отримувачем допомоги.

1.4. Сучасні підходи щодо формування педагогічної та психологічної майстерності фізичного терапевта/ерготерапевта.

Комплекс компетентностей, необхідних для фахівця з терапії та реабілітації, включає:

- комунікативні компетентності - здатність до емпатійного слухання, чіткого пояснення та ведення діалогу;
- психологічні компетентності - розуміння реакцій на травму, оцінювання психоемоційного стану;
- педагогічні компетентності - структурована подача навчального матеріалу, формування навичок самообслуговування та самоменеджменту;
- організаційні компетентності - планування реабілітаційних занять, управління часом і ступенем навантаження;
- соціальні компетентності - взаємодія з родичами, соціальними службами, представниками освіти та медицини.

Таким чином, професійна майстерність є міждисциплінарним феноменом, що охоплює знання, навички та особистісні якості.

Формування майстерності відбувається через поєднання теоретичного навчання, практичних тренінгів, супервізії та рефлексії. У навчальному процесі застосовуються такі сучасні методи:

- симуляційне навчання (включно зі стандартизованими пацієнтами);
- кейс-метод;
- модель викладання, орієнтована на компетентності (Competency-Based Education);
- психоосвітні модулі;
- рольові моделювання складних клінічних ситуацій;

- структуровані протоколи комунікації (SBAR, SPIKES);
- електронні навчальні ресурси та телереабілітаційні технології.

Ці підходи забезпечують формування стійких професійних навичок і створюють підґрунтя для застосування педагогічних та психологічних технік у клінічній практиці.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦЯ З ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Професійна діяльність фахівців із терапії та реабілітації передбачає постійну взаємодію з пацієнтами, їх родинами та міждисциплінарними командами. Вона ґрунтується на розумінні психологічних механізмів поведінки, емоційних реакцій, мотиваційних чинників та когнітивних процесів. На сучасному етапі розвитку реабілітаційної науки все більшого значення набуває концепція пацієнт-орієнтованого підходу, що передбачає партнерську взаємодію та активну участь пацієнта у прийнятті клінічних рішень.

Дослідження свідчать, що ефективна реабілітація можлива лише за умови сформованого терапевтичного альянсу, який включає довіру, взаємну повагу, спільне планування реабілітаційного процесу та узгодження цілей (Elvins & Green, 2016). Розвиток альянсу особливо критичний у роботі з пацієнтами, що перебувають у стані стресу, тривожності чи посттравматичних змін, характерних, зокрема, для військових та постраждалих унаслідок збройних конфліктів.

Психологічні закономірності спілкування у клінічній сфері включають феномени активного слухання, емпатійного відображення, коректної інтерпретації вербальних і невербальних сигналів, а також баланс між професійною дистанцією та емоційною підтримкою. На думку сучасних дослідників, саме комунікація є ключовим предиктором прихильності

пацієнта до реабілітаційної програми, дотримання призначених режимів та реалістичного уявлення про очікуваний результат (Dwamena et al., 2019).

2.1. Психологічні засади професійної діяльності фахівця з терапії та реабілітації.

Реабілітація – використання всіх можливостей із метою зниження впливу станів, що обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення особам із обмеженнями життєдіяльності можливості досягнення оптимальної соціальної інтеграції.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), **психічне здоров'я** – це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати власний потенціал, упоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

Психологічний супровід є одним із базових компонентів реабілітаційної діяльності, оскільки захворювання, травма або втрата функції майже завжди супроводжуються змінами в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах. Розуміння механізмів цих змін дозволяє фізичному терапевту планувати більш ефективні втручання.

Основні психологічні аспекти реабілітації:

1. Ставлення пацієнта до хвороби може бути: конструктивним (готовність до змін, активність, оптимізм); пасивним (апатія, відчуття безнадії); тривожно-панічним (страх втрати контролю, недовіра до фахівців); агресивно-захисним (заперечення, уникання, опір). Фахівець має визначити, на якій стадії адаптації перебуває пацієнт.

2. За теорією самовизначення Д. Десі та Р. Раяна мотивація може бути: *внутрішньою* (пацієнт хоче повернутись до активності); *зовнішньою* (потреба працювати, вимоги родини); *амотивацією* (відсутність спонукання до дії). Завдання терапевта - стимулювати внутрішню мотивацію.

3. Емоційні реакції. Поширені емоційні стани: тривога, депресія, страх повторної травми, зниження самооцінки, сором через фізичну залежність. Психологічні методи допомагають зменшити емоційне напруження.

4. Психологічна готовність до навчання і змін. Пацієнт повинен бути готовим сприймати нову інформацію і навчатися новим навичкам. Якщо пацієнт емоційно нестабільний, процес навчання гальмується.

Мета психологічної реабілітації:

1) збереження або відновлення фізичного та психічного здоров'я отримувачів послуг;

2) досягнення соціально-психологічного благополуччя;

3) зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій;

4) запобігання інвалідності;

5) профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Основними завданнями проведення психологічної реабілітації є:

1) діагностика та нормалізація психічних функцій отримувача послуг;

2) відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до оптимального рівня їхньої вираженості;

3) корекція особистості отримувача послуг для забезпечення ефективного функціонування його в соціумі;

4) надання допомоги в установленні (відновленні) конструктивних взаємин у сім'ї та суспільстві;

5) відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій;

6) опанування методів саморегуляції та керування стресом (заспокоєння);

7) запобігання психологічному травмуванню та психічним розладам;

8) проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю отримувача послуг;

9) формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя та професійну діяльність.

Психологічна реабілітація передбачає надання таких послуг:

- *психологічна діагностика* – оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, контроль за його психічним станом, визначення потреб та оптимальних методів психологічної реабілітації;

- *психологічна просвіта та інформування* – інформування отримувача послуг для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних умовах, формування навичок і способів управління можливостями власної психіки, надання самодопомоги та першої психологічної допомоги іншим особам, а також готовності та бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі потреби;

- *психологічне консультування* – комплекс короткострокових заходів, які здійснюються психологом, і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологічних питань, емоційної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів для зміни поведінки, на розвиток відповідальності за власну поведінку, самосвідомості та зміну ставлення до проблеми, підвищення стресостійкості та психологічної культури;

- *психологічна підтримка і супроводження* – система соціально-психологічних способів і методів, застосування яких сприяє соціально-професійному самовизначенню особистості в ході відновлення її здібностей, ціннісних орієнтирів і самосвідомості, підвищенню її конкурентоспроможності та адаптованості, подоланню стресових та інших життєвих ситуацій і запобіганню виникнення психологічних кризових станів;

- *психотерапія* – використання методів психологічного впливу для розв'язання особистісних та міжособистісних проблем із застосуванням стандартизованих процедур в індивідуальній або груповій формі, спрямованих на відновлення порушеної діяльності організму отримувача послуг з метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних якостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення якості життя;

- *групова робота* – проведення психологічних тренінгів, інтерв'ю, занять із психологічної просвіти та інформування для груп підтримки із застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів розв'язання власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання та саморозвитку, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій;

- *комплексне реагування* – це заходи, спрямовані на збереження психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, що проводяться на етапі стабілізації та раннього відновлення після надзвичайної (екстремальної) ситуації чи в умовах такої ситуації. До комплексного втручання вдаються тільки після того, як більшість місцевого населення отримує визначену Керівництвом мінімальну допомогу на місцях;

- *психосоціальна підтримка* – будь-яка форма місцевої або зовнішньої підтримки, спрямована на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів.

- *психологічна допомога* – цілеспрямована активність, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні. Психологічна допомога може надаватися на побутовому (психологічна підтримка) та на професійному рівнях.

Відмінність професійної психологічної допомоги від неформальної психологічної допомоги полягає в тому, що фахівці: підготовлені для такої діяльності; рієнтуються на принципи надання психологічної допомоги, у своїй діяльності опираються на теорію; діють згідно правил, прийнятих у межах професійної спільноти, їхня діяльність санкціонується суспільством.

Психологічні методи, що використовуються в реабілітації.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): допомагає ідентифікувати та змінювати негативні моделі мислення, що впливають на емоції та поведінку. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Використовується у пацієнтів із

тривогою, хронічним болем, страхом руху. Елементи КПТ, доступні терапевту:

- виявлення ірраціональних думок («Я ніколи не буду ходити»);
- формування альтернативних тверджень;
- вправи поступового наближення до страхів;
- ведення щоденника успіхів.

Групова психотерапія: дозволяє працювати над соціальними навичками та почуттям спільноти в безпечному середовищі, що особливо важливо для людей, які пережили травматичні події.

Гештальт-терапія: фокусується на усвідомленні "тут і зараз" та інтеграції різних аспектів особистості.

Психоаналіз/Психодинамічна терапія: досліджує несвідомі конфлікти та їхній вплив на сучасне життя.

Гуманістична терапія (включно з клієнт-центрованою): зосереджується на самоактуалізації, самооцінці та емпатичному розумінні клієнта.

Екзистенційна терапія: допомагає справлятися з екзистенційними питаннями, такими як свобода, відповідальність, ізоляція та сенс життя.

Тілесно-орієнтована терапія: працює з емоційними та психічними травмами через роботу з тілом та фізичний контакт під керівництвом терапевта.

Наративна терапія: допомагає клієнту переосмислити свої життєві історії, виявити більш позитивні наративи та сприяти позитивним змінам.

Техніки релаксації:

- дихальні вправи;
- прогресивна м’язова релаксація;
- майндфулнес;
- метафоричні вправи.

Методи візуалізації. Використовуються при формуванні рухових навичок (Schmidt, 2019). Пацієнт уявляє виконання руху - мозок активує подібні нейронні кола.

Психоедукація. Пацієнту пояснюють:

- суть його стану;
- прогноз;
- ризики;
- значення активності;
- роль болю як сигналу, а не загрози.

Мотиваційні техніки:

- метод малих кроків;
- система позитивного підкріплення;
- візуалізація цілей;
- використання методу SMART.

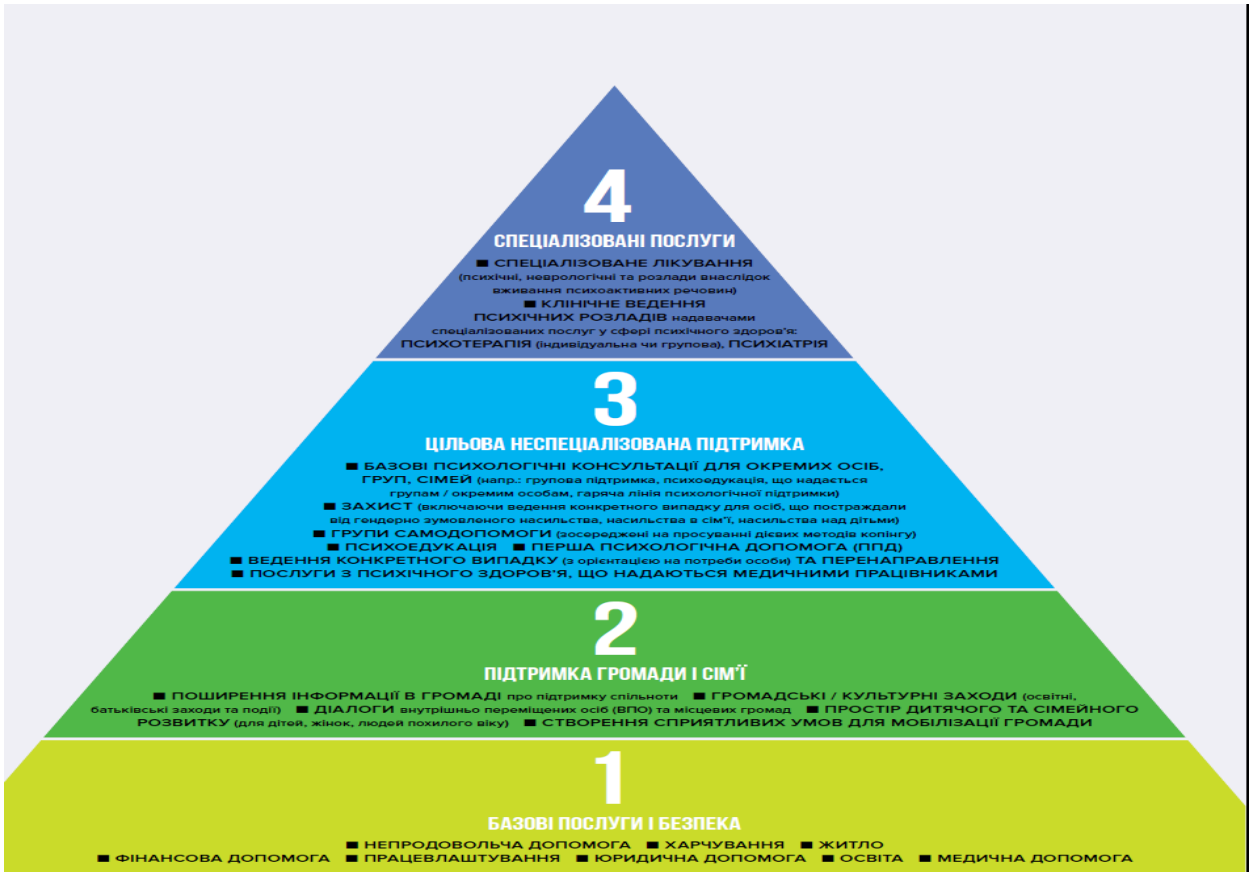
Інтегративний підхід: поєднання різних методів часто забезпечує найкращий результат для комплексного відновлення.

Сугестивна терапія: використовує навіювання для впливу на психічний стан людини.

Транзактний аналіз: вивчає взаємодію між людьми, розглядаючи їхні «его-стани» (Батько, Дорослий, Дитина).

Піраміда перенаправлень (для надання послуг з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки). Піраміда інтервенцій базується на підході багаторівневої підтримки: під час надзвичайної ситуації, в тому числі збройних конфліктів, населення зазнає різного впливу і, відповідно, потребує різних видів підтримки.

Основною передумовою організації психічного здоров'я і психосоціальної підтримки є розробка багаторівневої системи взаємодоповнюючих підтримок для задоволення потреб різних груп. Всі рівні піраміди однаково важливі і в ідеалі повинні реалізовуватись узгоджено в залежності від потреб окремої особи чи сім'ї.



2.2. Педагогічні технології у професійній діяльності фахівця з терапії та реабілітації.

У терапії та реабілітації педагогічна компонента професійної діяльності охоплює навчання пацієнта самодопомозі, формування навичок самоконтролю, адаптивної поведінки, а також розвиток мотивації до участі у

процесі відновлення. Педагогічні технології в реабілітації ґрунтуються на принципах доказовості, індивідуалізації та безперервності.

Сучасні підходи підкреслюють важливість андрагогічної моделі, за якою дорослий пацієнт є активним суб'єктом навчання, що має власні цілі, цінності й досвід. У цій парадигмі роль фахівця полягає не лише у передачі інформації, а у фасилітації процесу зміни поведінки, формуванні готовності до реабілітаційних зусиль та зміцненні особистісних ресурсів (Illeris, 2018).

Ефективні педагогічні методи включають:

- ✓ метод мотиваційного інтерв'ю як засіб підвищення адгерентності;
- ✓ поступове навчання навичкам, що сприяє формуванню самостійності;
- ✓ використання цифрових навчальних платформ, які дають змогу пацієнту отримувати підтримку дистанційно, що особливо актуально для військовослужбовців та осіб з обмеженою мобільністю;
- ✓ поведінкове моделювання, що дозволяє закріпити функціональні рухи у побутових та професійних ситуаціях.

Педагогічні методи в реабілітації ґрунтуються на принципах андрогогіки - навчання дорослих. Пацієнт не просто отримує терапію, а **вчиться жити заново**, керувати своїм тілом, рухами та здоров'ям.

Ключові педагогічні принципи:

1. Принцип системності навчання. Навчання відбувається поетапно, від простих дій до складних функціональних завдань. Наприклад: підйом → хода → подолання перешкод → перенесення предметів → побутові дії.

2. Принцип активності. Пацієнт має бути суб'єктом, а не об'єктом процесу.

«Рухав мене фахівець» потрібно замінити на «я рухався сам».

3. Принцип наочності. Оптимально використовувати:

- фото- та відеодемонстрації,
- зразки виконання вправ,
- тактильні підказки,

- дзеркальний тренінг.

4. Принцип доступності. Матеріал адаптується під рівень когнітивних можливостей, віку, стану.

5. Принцип індивідуалізації. Навчання відбувається з урахуванням позалімітів пацієнта: темпу, мотивації, болю, страхів.

Педагогічні технології формування рухових і когнітивних навичок.

1. Моторне навчання. Відповідно до досліджень Шумвей-Кук, Вуллакотт, Командо Вульф:

- рухи засвоюються у процесі багаторазового повторення;
- важливий **зворотний зв'язок**: тактильний, візуальний, словесний;
- потрібні **варіативність вправ**, щоб сформувати узагальнений моторний план;
- важливо уникати "перенавантаження інструкціями".

2. Методика навчання через виконання функціональних завдань. Пацієнт тренує не окрему вправу, а **функцію**:

- підйом з ліжка,
- перенесення ваги,
- ходьба по нерівній поверхні,
- самообслуговування.

3. Педагогічне моделювання. Терапевт створює "мікросценарії", у яких пацієнт опановує поведінкові або моторні шаблони.

4. Сенсорна інтеграція. Особливо важливе для дітей і пацієнтів з неврологією. Спрямована на узгодження роботи зору, вестибулярної системи, пропріоцепції.

Організація психолого-педагогічного дослідження в реабілітаційному процесі.

Психолого-педагогічне дослідження включає:

1. спостереження;
2. напівструктуроване інтерв'ю;
3. тестування (за потреби);

4. аналіз поведінкових реакцій;
5. формування профілю пацієнта;
6. рекомендації щодо реабілітаційного плану.

2.3. Соціально-психологічні аспекти реабілітаційного процесу.

Соціальний контекст визначає можливості реабілітації, рівень підтримки пацієнта та реалістичність поставлених цілей. Сучасні дослідження підкреслюють, що реабілітація є не лише медичним, а й соціальним процесом, який залежить від включеності родини, доступності соціальних послуг, рівня стигматизації, професійного середовища та організаційних умов (Bright et al., 2018).

У пацієнтів із травмами, хронічними захворюваннями або внаслідок бойових дій, соціальні бар'єри можуть бути такими ж значущими, як і фізичні. Зокрема, у ветеранів часто відзначається поєднання фізичної та психологічної травми, що вимагає комплексного міждисциплінарного підходу, до якого входять фізична терапія, ерготерапія, психологічна підтримка та соціальні сервіси (Mobbs & Bonanno, 2018).

Важливою складовою роботи реабілітаційного фахівця є:

- ✓ оцінка соціального середовища пацієнта;
- ✓ планування реабілітації з урахуванням сімейних і професійних факторів;
- ✓ робота з бар'єрами повернення до активної діяльності;
- ✓ сприяння соціальній інклюзії.

У важких ситуаціях людина піддається впливу різних чинників: небезпеки, несподіваності, невизначеності, новизни; високої інтелектуальної і/або психофізичної складності; необхідності поєднання кількох видів діяльності й виконання декількох завдань; негативного групового впливу; несприятливих природно-кліматичних і часових умов; смислових розбіжностей або девальвації колишніх базових смислів і цінностей, що призводить до суттєвих енергетичних навантажень.

Якщо важкі ситуації є масштабними – місцевого, регіонального чи загальнодержавного рівня – їх називають надзвичайними чи екстремальними, такими, що виходять за межі звичайного, нормального людського досвіду.

Ці поняття зазвичай вживаються як синонімічні, проте в деяких джерелах зазначається, що надзвичайні й екстремальні ситуації відрізняються між собою залежно від того, що є джерелом травмування. Ми також розрізнятимемо такі ситуації.

Надзвичайні ситуації є наслідками аварій, небезпечних природних явищ, стихійних чи техногенних катастроф, які можуть призвести до людських жертв, завдати шкоди здоров'ю, спричинити значні матеріальні втрати і порушити умови життєдіяльності.

На відміну від надзвичайних, *в екстремальних ситуаціях джерелом травмування є людина чи суспільство* (приклади екстремальних ситуацій – війни, революції, геноциди, терористичні акти тощо).

Конфліктну ситуацію на Сході України можна вважати екстремальною. Для окремих груп українців ця ситуація є *гіперекстремальною*, адже внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують людські

можливості, руйнують звичну поведінку, можуть спричиняти небезпечні наслідки. Гіперекстремальні ситуації – несподівана втрата близької людини, полон, тортури, насилля (особливо, якщо є загроза життю чи цілісності), присутність при загибелі чи пораненні тощо, є завжди травмівними.

І екстремальні, й надзвичайні ситуації можуть стати психотравмівними для тих, хто їх переживає. *Психотравмівна ситуація / подія* – це будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у разі недостатньої сформованості захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади.

Психотравмівними вважаються події, що загрожують життю і фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства тощо.

Щоб звести до мінімуму руйнівні наслідки травмівних ситуацій, сприяти збереженню психічного здоров'я, необхідна психологічна допомога та психологічна підтримка постраждалих як в умовах екстремальної / надзвичайної ситуації, так і після повернення із зони ризику.

Психологічна допомога і психологічна підтримка – важливі складові мінімального реагування (безпосередньо в екстремальній ситуації) та комплексного реагування (на етапі стабілізації та раннього відновлення). Проте багато з постраждалих і пізніше можуть потребувати психологічної допомоги, яка має надаватися в межах системи психологічної реабілітації.

РОЗДІЛ 3. КОМУНІКАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ТА ЕРГОТЕРАПЕВТА

3.1. Професійна комунікація як основа терапевтичного процесу

Комунікація є ключовим компонентом терапії — вона визначає якість взаємодії, рівень психологічного комфорту та ефективність роботи. Згідно з рекомендаціями **World Physiotherapy (2020)**, успішний реабілітолог має володіти набором комунікативних компетентностей:

1. Емпатійне слухання

Фахівець повинен:

- проявляти увагу до пацієнта;
- надавати можливість висловитися;
- уникати переривань;
- використовувати уточнення й перефразування.

2. Чіткість і структурованість мовлення

Інструкції мають бути:

- короткими;
- конкретними;
- адаптованими до когнітивного рівня пацієнта.

Наприклад, пацієнтам після інсульту слід уникати складнопідрядних конструкцій.

3. Емоційна нейтральність і підтримка

Терапевт має контролювати:

- тон голосу,
- емоції,
- невербальні сигнали (жести, міміка).

4. Невербальна комунікація

До 70% інформації пацієнт сприймає невербально.

3.2. Психологічні принципи комунікації у терапії та реабілітації

Ефективна комунікація в реабілітаційному процесі ґрунтується на принципах емпатії, партнерської взаємодії, поваги до автономії пацієнта та доказових підходах до побудови терапевтичного альянсу. Згідно з сучасними рекомендаціями ВООЗ та професійних об’єднань фізичних терапевтів,

міжособистісна взаємодія в реабілітації є критичним фактором успішності лікування незалежно від нозології чи складності функціональних порушень.

Психологічні компоненти комунікації охоплюють:

- когнітивний аспект — здатність фахівця формулювати доступні для пацієнта пояснення терапевтичних процедур;
- емоційний аспект — підтримка, валідація переживань, робота з тривогою та невизначеністю;
- поведінковий аспект — вміння адаптувати стиль та інтенсивність взаємодії відповідно до стану пацієнта, його віку, мотивації та очікувань.

У сучасній практиці терапії та реабілітації розглядається концепція person-centered care, яка передбачає залучення пацієнта до прийняття рішень і формування реалістичних цілей реабілітації. Докази свідчать, що орієнтація на потреби й цінності пацієнта (value-based rehabilitation) підвищує прихильність до лікування, зменшує ризики конфліктності та підвищує результативність втручань.

Ефективна комунікація - ключ до успішної реабілітації. За даними WHO (2017), терапевтичний альянс впливає на результат лікування більше, ніж методика терапії**.**

Фахівець має володіти:

1. Техніками активного слухання

- пауза;
- уточнення;
- емпатійне перефразування;
- нормалізація («Ваш стан природний, багато людей переживають подібне»).

2. Мотиваційним інтерв’юванням (OARS)

- O — open questions (відкриті запитання),
- A — affirmation (підтримка),
- R — reflection (рефлексія),
- S — summary (резюме).

3. Невербальною комунікацією

- поза відкритості;
- контроль голосу;
- підтримувальний зоровий контакт;
- відсутність оцінювальних реакцій.

4. Технікою «спільного прийняття рішень»

Терапевт пропонує варіанти, але остаточні цілі формуються разом з пацієнтом.

3.3. Мотивація пацієнта як фактор успіху реабілітації

За дослідженнями Deci & Ryan (2021), мотивація визначає **до 60% результату реабілітації**. Тому терапевт має застосовувати такі стратегії:

1. Мотиваційне інтерв'ювання (МІ) базується на:

- емпатії,
- активному слуханні,
- підтримці автономії пацієнта.

Основні принципи МІ:

- не нав'язувати зміни;
- підсилювати внутрішню мотивацію;
- працювати з амбівалентністю;
- підкреслювати успіхи.

2. Метод малих кроків полягає у поділі складного завдання на невеликі, досяжні етапи.

3. Позитивне підкріплення:

- словесне заохочення;
- фіксація успіхів;
- використання зворотного зв'язку.

4. Формування відчуття компетентності: пацієнт має бачити власний прогрес, навіть мінімальний.

3.4. Етичні норми професійної діяльності фахівця з терапії та реабілітації

Етика є фундаментом професійної майстерності. Згідно з кодексами **World Physiotherapy**, терапевт повинен дотримуватися таких етичних принципів:

1. Повага до гідності пацієнта. Врахування його потреб, цінностей, віри, приватності.

2. Професійна відповідальність. Чесність, компетентність, доказовість вибору методів.

3. Конфіденційність. Дані пацієнта можуть бути поширені лише з його згоди.

4. Недискримінація. Заборонена будь-яка форма упередженого ставлення: вікова, гендерна, соціальна.

5. Профілактика професійного вигорання. Терапевт повинен підтримувати особистісний баланс:

- супервізія,
- самоаналіз,
- тайм-менеджмент.

3.5. Особливості професійної комунікації з пацієнтами різних вікових груп

Діти. В реабілітаційній практиці роботи з дітьми використовуються ігрові технології, сюжетно-рольові вправи, елементи казкотерапії. Діти дошкільного та молодшого шкільного віку. Специфіка роботи з дітьми передбачає використання ігрових, візуальних та емоційно забарвлених форм взаємодії. Ефективними є методи:

- поведінкове моделювання та позитивне підкріплення;
- структуровані заняття з елементами гри;
- використання сенсорної стимуляції для підтримки уваги.

Ключовим є залучення батьків або опікунів, що відповідає підходу family-centered care. Дослідження останніх років підтверджують, що участь сім'ї суттєво покращує результати реабілітації дітей з неврологічними та ортопедичними порушеннями.

Підлітки. Підлітковий вік характеризується пошуком автономії, емоційною лабільністю та підвищеною чутливістю до оцінки. Тому комунікація повинна ґрунтуватися на партнерстві та довірі; забезпечувати простір для самовираження; включати пояснення механізмів травм, функціональних обмежень та цілей лікування на рівні, відповідному когнітивній зрілості підлітка.

Успішною є модель мотиваційного інтерв'ю (Motivational Interviewing), що знижує опір і допомагає формувати внутрішню мотивацію до виконання терапевтичних програм.

Дорослі пацієнти. У дорослих пацієнтів ключовими є орієнтація на результат, фокус на відновленні професійної діяльності й адаптації. У комунікації важливо коректно інформувати про прогноз; обговорювати очікування та бар'єри до виконання реабілітаційних програм; враховувати психологічні реакції на втрату функції (шок, заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття).

Фахівцю важливо застосовувати навички кризової комунікації, особливо при роботі з пацієнтами, що отримали травми внаслідок воєнних дій.

Особи літнього віку. У пацієнтів похилого віку часті обмеження когнітивної сфери, зниження пам'яті, уповільнення темпу мислення, соціальна ізоляція. Тому взаємодія має включати: чіткі короткі інструкції, повторення й візуалізацію; повільний темп бесіди; підтвердження розуміння пацієнтом суті завдань; роботу з тривогою, страхом падіння, самостійністю та безпекою. Педагогічний акцент робиться на повільному темпі, неускладнених інструкціях, підтримці самоповаги, роботі з тривогою падіння. Успішність втручань зростає при залученні доглядальників, родичів та соціальних служб.

3.6. Особливості професійної взаємодії з пацієнтами з різними видами порушень

Неврологічні порушення. Пацієнти з наслідками ЧМТ, інсульту, спінальних травм часто мають емоційні та когнітивні зміни (апатія, агресія, емоційна лабільність, тривога). Фахівцю необхідно: використовувати структуровану та передбачувану модель взаємодії; надавати інструкції поетапно; уникати перевантаження інформацією; валідувати емоційні переживання.

Важливо формувати віру у відновлення; використовувати бімануальні техніки; багаторазове цілеспрямоване повторення; робота з апраксією та неглектом. Особливої уваги потребують пацієнти із порушеннями поведінки, імпульсивністю або зниженим рівнем усвідомлення дефіцитів (анозогнозія).

Ортопедичні порушення та ампутації. Психологічна підтримка при ампутаціях є невід'ємною частиною реабілітації. У пацієнтів можливі: гостра стресова реакція; зміни самоідентичності; страх використання протеза; сором'язливість та соціальна ізоляція.

Ефективними є методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), техніки стабілізації, робота з тілесно-орієнтованим сприйняттям, підготовка до протезування.

Психічні розлади та коморбідні стани. Під час роботи з пацієнтами, що мають депресивні, тривожні або посттравматичні симптоми, фахівець має дотримуватися принципів trauma-informed care. Це включає недопущення ретравматизації; прогнозованість взаємодії; уникнення примусових інструкцій; створення безпечного терапевтичного середовища.

Пацієнти з ДЦП потребують:

- високого рівня наочності;
- коротких інструкцій;
- чергування активних і пасивних періодів;
- стабільності середовища.

Фізичний терапевт має володіти базовими навичками розпізнавання симптомів, що потребують консультації психолога або психіатра.

Психологічні аспекти комунікації є ключовим компонентом ефективної терапії та реабілітації. Вміння адаптувати стиль взаємодії до вікових, когнітивних та емоційних особливостей пацієнтів значно підвищує успішність реабілітаційного процесу, сприяє зниженню конфліктності та формує стійкі терапевтичні альянси.

3.7. Особливості професійної взаємодії з пацієнтами після ампутації та протезування

Ампутація кінцівки є складним медико-соціальним феноменом, що поєднує фізичну травму, функціональні обмеження та глибокі психоемоційні зміни. Сучасні технології протезування значно розширюють можливості відновлення рухової активності й соціальної інтеграції, однак успішність реабілітації значною мірою залежить від якості професійної взаємодії між пацієнтом і мультидисциплінарною командою. Ефективна комунікація, психологічна підтримка, індивідуалізація підходів та довготривалий супровід є ключовими чинниками позитивних результатів протезування та соціальної реінтеграції.

Психологічні особливості пацієнтів після ампутації. Ампутація часто переживається як втрата, тому психологічна реакція має ознаки кризового стану. Ампутація супроводжується складним процесом психологічної адаптації. Типовими реакціями є гостра стресова реакція, заперечення та емоційне відчуження, гнів, почуття несправедливості, депресивні прояви, тривожність щодо майбутнього, порушення образу тіла, фантомні відчуття та фантомний біль.

Процес прийняття втрати кінцівки може нагадувати стадії переживання втрати (шок, заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття), проте він має індивідуальний характер і залежить від віку, причин ампутації (травма,

онкологія, судинні ураження, військові поранення), соціальної підтримки та попереднього психологічного стану.

Типові етапи адаптації. У динаміці можна простежити етапи, подібні до моделі переживання втрати, описаної Elisabeth Kubler-Ross:

1. **Шок і заперечення**
   - емоційне оніміння;
   - відмова прийняти зміни;
   - дезорієнтація.
2. **Гнів і протест**
   - агресивні реакції;
   - пошук винних;
   - фрустрація через втрату функцій.
3. **Депресивна реакція**
   - зниження самооцінки;
   - переживання безнадійності;
   - соціальна ізоляція.
4. **Прийняття та адаптація**
   - поступове формування нової тілесної ідентичності;
   - зростання готовності до навчання користування протезом;
   - реалістичне планування майбутнього.

Важливо: етапи не є строго послідовними, можливі регреси.

Психологічні ризики

- посттравматичний стресовий розлад;
- тривожно-депресивні стани;
- порушення образу тіла;
- соціальна стигматизація.

Професійна взаємодія повинна враховувати емоційну вразливість пацієнта, можливі прояви посттравматичного стресового розладу, знижену самооцінку, страх стигматизації та соціальної ізоляції.

Принципи професійної взаємодії. Пацієнт-центрований підхід. Основою взаємодії є пацієнт-центрований підхід, що передбачає повагу до гідності та автономії пацієнта, залучення до прийняття рішень, врахування індивідуальних потреб і життєвих цілей, відкриту та чесну комунікацію. Пацієнт повинен розуміти етапи лікування, можливості та обмеження протезування, прогноз функціонального відновлення.

Емпатійна комунікація. Емпатія є базовою компетенцією медичного працівника. Вона включає активне слухання, вербалізацію почуттів пацієнта, уникнення знецінення переживань, коректне використання професійної термінології. Неприпустимими є фрази, що мінімізують проблему («Все буде добре», «Вам ще пощастило»), оскільки вони можуть посилювати відчуття нерозуміння.

Інформована згода та очікування. Формування реалістичних очікувань щодо функціональних можливостей протеза є важливою складовою профілактики розчарування та вторинної психологічної травматизації. Необхідно пояснювати технічні характеристики протеза, обговорювати можливі труднощі адаптації, акцентувати увагу на тривалості реабілітації, готувати пацієнта до періоду навчання користуванню протезом.

Роль мультидисциплінарної команди. Ефективна реабілітація потребує взаємодії фахівців різного профілю, а саме лікаря-хірурга, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, протезиста-ортезиста, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога або психотерапевта, соціального працівника. Професійна взаємодія повинна бути узгодженою, без суперечливих повідомлень пацієнтові. Внутрішня комунікація команди запобігає дезорієнтації пацієнта та формує довіру до системи допомоги.

Особливості взаємодії на різних етапах реабілітації. Передопераційний та ранній післяопераційний період. У випадках планових ампутацій важливо проводити психологічну підготовку. Пацієнту слід надати інформацію про процес протезування, приклади успішної адаптації, можливість поспілкуватися з людьми, які вже користуються протезами.

На ранньому післяопераційному періоді особливу увагу приділяють підтримці мотивації, профілактиці депресивних станів, формуванню позитивного ставлення до реабілітації.

Етап первинного протезування. Цей період супроводжується емоційною амбівалентністю: від надії до страху невдачі. Фахівці повинні підтримувати пацієнта під час перших спроб користування протезом, поступово ускладнювати завдання, підкреслювати досягнення, навіть незначні, формувати відчуття контролю над власним тілом.

Довготривалий супровід. Після завершення первинного етапу реабілітації пацієнт може зіштовхуватися з труднощами повернення до роботи, змінами в сімейних ролях, проблемами інтимності, хронічним болем.

Професійна взаємодія на цьому етапі передбачає регулярний моніторинг психоемоційного стану, корекцію протезу, підтримку професійної реінтеграції, залучення до груп підтримки.

Ампутація є не лише хірургічним втручанням, а й глибокою біопсихосоціальною травмою, що впливає на тілесну ідентичність, самооцінку, соціальний статус та якість життя. Сучасна реабілітація базується на біопсихосоціальній моделі, розробленій World Health Organization, і передбачає мультидисциплінарний підхід.

Професійна взаємодія включає роботу лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, соціального працівника, протезиста та родини пацієнта.

Педагогічні особливості навчання користування протезом. Навчання користування протезом - це складний психомоторний та когнітивний процес.

Принципи навчання

Поступовість і поетапність (від простих рухів до складних дій).

Індивідуалізація (вік, рівень ампутації, фізичний стан).

Багатоканальність сприйняття (візуальні, тактильні, вербальні інструкції).

Повторюваність і закріплення навички.

Позитивне підкріплення.

Етапи педагогічного супроводу

- ознайомлення з конструкцією протеза;
- формування навичок надягання та догляду;
- тренування базових рухів;
- навчання функціональному використанню у побуті;
- інтеграція в професійну діяльність.

Психолого-педагогічні труднощі

- страх болю;
- недовіра до протеза;
- уникання активності;
- завищені або занижені очікування.

Подолання фрустрації, хронічного болю та фантомних відчуттів

Фрустрація

Причини:

- невідповідність очікувань і результатів;
- фізичні обмеження;
- соціальні бар’єри.

Методи подолання:

- когнітивно-поведінкова терапія;
- постановка досяжних короткострокових цілей;
- розвиток навичок саморегуляції;
- групи підтримки.

Хронічний біль

Комплексна допомога включає:

- медикаментозну терапію;
- фізичну терапію;
- психотерапію;
- методи релаксації та біологічного зворотного зв’язку.

Фантомні відчуття та біль. Фантомні відчуття є нейрофізіологічним явищем, пов’язаним із перебудовою сенсомоторної кори.

Ефективні підходи:

- дзеркальна терапія;
- методи уявного руху;
- сенсомоторна стимуляція;
- психотерапевтична підтримка.

Соціальна реінтеграція пацієнтів із протезами. Соціальна реінтеграція - це процес відновлення участі особи у соціальному, професійному та громадському житті відповідно до моделі функціонування, запропонованої World Health Organization.

Основні напрями

- професійна реадаптація;
- повернення до трудової діяльності;
- участь у громадських заходах;
- розвиток соціальних ролей.

Фактори успішної реінтеграції

- адекватний рівень функціонування;
- психологічна стабільність;
- підтримка родини;
- доступність середовища;
- позитивне ставлення суспільства.

Роль мультидисциплінарної команди

- оцінка бар’єрів;
- адаптація середовища;
- консультування щодо працевлаштування;
- координація соціальної підтримки.

Комунікаційна підтримка родини та соціального оточення. Родина є ключовим ресурсом адаптації.

Завдання фахівця

- інформування про етапи психологічної адаптації;
- навчання адекватній підтримці;
- профілактика гіперопіки;
- зниження рівня тривоги в родині.

Принципи комунікації

- емпатійність;
- відкритість;
- недирективність;
- повага до автономії пацієнта.

Форми роботи

- сімейне консультування;
- групи підтримки;
- психоосвітні семінари;
- індивідуальні бесіди.

Професійна взаємодія з пацієнтами після ампутації та протезування повинна бути комплексною, тривалою та орієнтованою на відновлення функціональної автономності, психологічної стабільності та соціальної участі.

Ефективність роботи визначається не лише фізичним освоєнням протеза, а й формуванням нової ідентичності, адаптацією до зміненого образу тіла та успішною соціальною реінтеграцією.

РОЗДІЛ 4. ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

4.1. Технології формування рухових навичок та нейропластичності

Формування рухових навичок - це процес **моторного навчання**, що базується на здатності мозку змінювати свої нейронні зв’язки (**нейропластичність**). Згідно з сучасними дослідженнями (Schmidt, 2019; Shumway-Cook, 2017):

Основні принципи моторного навчання:

Цільова спрямованість - кожна вправа має бути функціональною.

Висока інтенсивність - більше повторів = краще закріплення навичок.

Зворотний зв'язок - візуальний, вербальний, тактильний.

Варіативність - зміна умов сприяє узагальненню навичок.

Самостійність пацієнта - мінімізація «підказок» терапевта.

Поступовість - від простих рухів до складних сценаріїв діяльності.

Сучасні методи стимуляції нейропластичності:

- бімануальна терапія;
- дзеркальна терапія;
- ментальна (уявна) репетиція рухів;
- тренування з використанням роботизованих систем;
- сенсомоторне тренування;
- вправи з використанням доповненої реальності (AR) та віртуальної реальності (VR).

4.2. Інструментальні методи оцінювання психофізичного стану пацієнта

Інноваційні технології дозволяють об'єктивізувати процес реабілітації:

Функціональна діагностика рухів:

- тривимірна кінематична оцінка;
- аналіз ходи (GAIT analysis);
- платформи для оцінювання рівноваги.

М'язова активація і біологічний зворотний зв'язок:

- електроміографія (EMG);
- системи biofeedback для тренування окремих м'язових груп.

Тестування витривалості і працездатності:

- 6-хвилинний тест ходьби;
- тести мобільності;
- динамометрія.

Психометричні інструменти:

- шкала тривоги та депресії HADS;
- Pain Catastrophizing Scale (PCS);
- шкала самоефективності SE-Scale.

Використання стандартизованих інструментів відповідає рекомендаціям WHO щодо доказової реабілітації.

4.3. Робототехніка та високотехнологічні засоби реабілітації

Роботизовані тренажери (локомат, роботизовані ортези) використовуються для пацієнтів після інсульту, ТБІ, спінальних травм.

Переваги:

- точність рухових траєкторій;
- адаптація під опір м'язів;
- зростання кількості повторень.

Віртуальна реальність - збільшує мотивацію, дозволяє моделювати реальні сценарії:

- ходьба у віртуальному місті;
- тренування рівноваги;
- моторні завдання з використанням ігрових елементів.

Екзоскелети - покращують вертикалізацію, сприяють активації кори головного мозку, підвищують мобільність.

4.4. Цифрові технології навчання пацієнтів

Педагогічна складова інновацій включає:

Відеоінструкції та мобільні застосунки - пацієнт отримує:

- інструкції,
- нагадування,
- відео вправ,
- контроль домашніх завдань.

Телереабілітація особливо ефективна для:

- пацієнтів у сільській місцевості,
- післяопераційних пацієнтів,

- людей з обмеженою мобільністю.

Онлайн-платформи дають можливість:

- проводити навчання пацієнта,
- здійснювати консультування,
- відстежувати прогрес.

4.5. Педагогічні інновації у реабілітації

До сучасних інноваційних педагогічних підходів належать:

Компетентнісний підхід - **з**амість вивчення окремих навичок пацієнт формує **комплексні компетентності**:

- самоконтроль,
- планування активності,
- безпека рухів.

Навчання через дію (Experiential learning) - пацієнт навчається у реальних або змодельованих ситуаціях. Метод базується на циклі Колба:

- досвід →
- рефлексія →
- формування нового знання →
- перевірка в дії.

Технології змішаного навчання - поєднання офлайн-тренувань із дистанційними методами та цифровими засобами.

4.6. Супервізія та зворотний зв’язок

1. Роль супервізора - супервізор:

- спостерігає;
- коригує;
- оцінює;
- захищає пацієнта від непрофесійних дій.

2. Рефлексія фахівця має включати:

- успіхи;

- труднощі;
- невпевненість;
- напрацювання;
- запитання до супервізора.

4.7. Ерготерапевтичний компонент процесу реабілітації

4.7.1. Філософія та принципи ЕТ.

Ерготерапія (англ. occupational therapy,) - це медико-соціальна спеціальність, спрямована на поліпшення і підтримку стану здоров'я клієнтів (пацієнтів) за допомогою різних видів цілеспрямованої діяльності. Заснована на принципах доказової медицини (evidence-based medicine).

Ерготерапія - це найважливіша складова частина медичної і соціальної реабілітації, яка використовує сукупність засобів, форм і методів педагогіки, психології, лікувальної фізичної культури, оздоровчої фізичної культури і спорту, масажу, природних і преформованих факторів природи.

Ерготерапія – це напрям реабілітації, що допомагає людям з порушеннями функцій (фізичними, психічними або когнітивними) повернутися до самостійного повсякденного життя. Мета полягає у відновленні втрачених навичок та адаптації до життєвих умов, покращуючи якість життя через цілеспрямовану діяльність (самообслуговування, дозвілля, робота). Фахівці працюють разом з пацієнтом, враховуючи його потреби та допомагаючи адаптувати середовище для досягнення максимальної незалежності.

Ерготерапія (від грец. Ergein - робити, діяти, працювати і therapeutein - лікувати, доглядати, супроводжувати) відноситься до загального комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на максимально можливе відновлення здатності людини до незалежного життя (самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку), незалежно від того які у нього є порушення, обмеження життєдіяльності або обмеження участі в житті суспільства.

Поняття ерготерапії. Слово «ерготерапія» походить від латинського ergon - праця, заняття, та грецького therapia – лікування. Отже, эрготерапия – це лікування через діяльність. Цей розділ медицини вивчає методи та засоби відновлення рухової активності верхніх кінцівок за допомогою різноманітних тренажерів та ігрових завдань.

Мета ерготерапії – не просто відновити втрачені рухові функції, а й заново адаптувати людину до нормального життя, допомогти їй досягти максимальної самостійності та незалежності у побуті.

Комплексність людської дії завжди була центральним предметом основної філософії ерготерапії. Бути діяльним – запорука успіху. «Якщо травма, захворювання чи інші чинники перешкоджають участі у діяльності, відсутність діяльності може призвести до погіршення стану» *(Теорія Килхофнера, 1993*).

Діяльність – безпосередній засіб реабілітації та водночас – інструмент діагностики та мета реабілітації.

Термін «діяльність» у контексті ерготерапії характеризує різні види діяльності, які зустрічаються в житті кожної людини і надають їй сенсу: повсякденна активність, робота та продуктивна діяльність, дозвілля.

Як наука ерготерапія існує понад 80 років. З погляду медицини вона досліджує проблеми подолання наслідків хвороб, профілактики інвалідності. Функціональні порушення та інвалідність часто використовуються як рівнозначні поняття. Однак вони перестали бути такими після того, як Всесвітня Організація Охорони Здоров'я встановила, що поняття «інвалідність» має відношення до навколишнього середовища. Це означає, що термін «функціональне порушення» має використовуватися для позначення наслідків будь-якої хвороби чи травми як складової частини фізичного чи психічного функціонального стану людини.

При зіткненні з довкіллям таке порушення тягне за собою втрату здатності до різноманітної діяльності, причому ступінь втрати залежить від

цього, як «влаштована» це середовище. Саме втрата здатності до будь-якої діяльності і позначається словом інвалідність.

Для людей з порушенням розвитку доступ до навколишнього середовища нерідко обмежений, і це може стати причиною значної інвалідності, тоді як інше, краще пристосоване середовище може сприяти частковому або навіть повному позбавленню від інвалідності.

Виходячи з цього, можна стверджувати, що **головне завдання ерготерапевта** - організувати довкілля таким чином, щоб людина з обмеженнями могла самостійно жити і діяти максимально незалежно від інших.

Основні цілі ерготерапії:

- **Відновлення функцій:** Поліпшення рухових навичок, координації, чутливості та когнітивних процесів.
- **Набуття самостійності:** Допомога у виконанні повсякденних завдань, таких як догляд за собою, приготування їжі, пересування тощо.
- **Адаптація середовища:** Консультації щодо облаштування житла та робочого місця відповідно до потреб людини.
- **Психологічна підтримка:** Зменшення залежності від сторонньої допомоги та підвищення самооцінки.
- **Соціальна інтеграція:** Допомога у поверненні до трудової, освітньої та соціальної діяльності.

Методи та підходи:

- **Активна участь пацієнта:** Головний принцип полягає в тому, що пацієнт сам вчиться виконувати дії під наглядом ерготерапевта.
- **Індивідуальний підхід:** Розробка програми враховує індивідуальні потреби, бажання та можливості клієнта.
- **Різноманітні методики:** Використовуються функціональні ігри, тренування м'язів, мобілізація суглобів, адаптація рухів, а також сучасні технології, як-от комп'ютери та віртуальна реальність.

- **Комплексний підхід:** Ерготерапевти часто співпрацюють з іншими фахівцями, такими як психологи, неврологи та логопеди.

Ерготерапія як реабілітаційний засіб:

- **Відновлення навичок самообслуговування:** Пацієнтів навчають виконувати основні дії, такі як особиста гігієна, приготування їжі, одягання, прибирання дому.
- **Розвиток корисних навичок:** Це може включати роботу з глиною, деревом, розвиток дрібної моторики, навчання роботі з технікою або комп'ютером.
- **Соціальна адаптація:** Заняття в групах, спільні заходи, спілкування та пошук нових друзів допомагають пацієнтам налагодити соціальні зв'язки та почуватися потрібними.
- **Психологічна підтримка:** Трудотерапія допомагає впоратися з депресією, мобілізує волю, повертає впевненість у собі, відволікає від неприємних думок та почуттів.
- **Адаптація до середовища:** Ерготерапевт може надавати рекомендації щодо облаштування помешкання пацієнта, вносити зміни в обстановку для полегшення повсякденного життя.
- **Фізична активація:** Фізична активність під час трудотерапії позитивно впливає на нервову, серцево-судинну, травну та інші системи організму.

4.7.2. ADL та функціональний аналіз активності.

ADL (Activities of Daily Living - активності повсякденного життя) та функціональний аналіз активності є фундаментальними інструментами в ерготерапії та фізичній реабілітації. Вони дозволяють оцінити здатність людини до самообслуговування та розробити ефективну програму для відновлення незалежності.

ADL: Активності повсякденного життя

ADL - це базовірутинні діїякі людина виконує щоднящоб дбати про власне тіло та функціонувати в соціумі.

Основні сфери ADL (Basic ADL/BADL):

- Гігієна: Вмивання, чищення зубів, догляд за волоссям.
- Купання/душ: Здатність митися.
- Одягання: Вибір одягу, одягання верхньої частини тіла, нижньої, взування.
- Туалет: Користування туалетом, гігієна після.
- Прийом їжі: Здатність самостійно їсти (харчування).
- Функціональна мобільність: Переміщення (з ліжка на стілець), ходьба, використання крісла колісного.

IADL (Інструментальні активності повсякденного життя): Це більш складні дії, необхідні для проживання вдома та в громаді: приготування їжі, прибирання, покупки, користування телефоном, управління фінансами, прийом ліків.

Функціональний аналіз (task analysis) - це процес розбиття активності на найменші компоненти (кроки) для розуміння того, які фізичні, когнітивні, сенсорні та емоційні навички потрібні для її виконання.

Що аналізує ерготерапевт?

- Вимоги до завдання: Які рухи (сила, координація), когнітивні здібності (планування, увага) потрібні?
- Вимоги до середовища: Де виконується дія (висота стільця, освітлення, наявність поручнів)?
- Інструменти: Які предмети потрібні (зубна щітка, ложка)?

Приклад: Аналіз активності "Чищення зубів"

1. Дійти до ванної кімнати (мобільність/рівновага).
2. Відкрити шафку (сила рук/координація).
3. Взяти тюбик пасти та щітку (дрібна моторика).

4. Відкрутити ковпачок (спритність).
5. Нанести пасту (планування/координація).
6. Почистити зуби (витривалість/рухи рук).
7. Прополоскати рот.

Оцінювання ADL та інструменти.

Для оцінки рівня незалежності використовують стандартизовані інструменти:

- Індекс Бартела (Barthel Index): Оцінює 10 базових активностей (гігієна, годування, туалет, ходьба).
- Шкала Лоутона (Lawton IADL Scale): Оцінює інструментальні навички.
- Functional Independence Measure (FIM): Вимірює рівень допомоги, необхідної пацієнту.
- Тести на мобільність: Наприклад, "Встань та йди" (Timed Up-and-Go).

Мета функціонального аналізу в реабілітації.

Виявлення бар'єрів: Чому пацієнт не може одягнутися? (Брак сили, порушення рівноваги, чи когнітивні проблеми?).

Адаптація: Зміна способу виконання завдання або використання допоміжних засобів (ложка з товстою ручкою).

Тренування: Відпрацювання окремих кроків, що викликають труднощі.

Визначення реабілітаційного потенціалу: Скільки допомоги потрібно пацієнту - повначасткова чи самостійність?

Функціональний аналіз дозволяє перетворити фізичну вправу (наприкладзгинання руки) на цілеспрямовану діяльність (наприклад піднесення ложки до рота), що підвищує мотивацію та швидкість відновлення.

4.7.3. Адаптивні засоби та компенсаційні стратегії.

Ерготерапія спрямована на відновлення незалежності людини у повсякденному життівикористовуючи як відновлювальні вправитак і

адаптивні засоби та компенсаційні стратегії. Останні допомагають пацієнтам виконувати заняттєву діяльністьпопри наявні фізичні чи когнітивні обмеження.

Адаптивні засоби (Adaptive Equipment) - це інструменти та пристрої, які спрощують виконання щоденних завдань, зменшують навантаження на травмовані частини тіла та підвищують безпеку.

- **Для одягання (**Застібувач ґудзиків (button hook)**:** для людей із порушенням дрібної моторики; Пристрій для одягання шкарпеток (sock aid): дозволяє одягнути шкарпетки без нахиляння; Довга ложка для взуття: полегшує взування; Гачок для блискавки: допомагає застібати блискавки однією рукою).
  - **Для прийому їжі та кухні** (Прибори з потовщеними ручками: для людей з артритом або слабкістю кисті; Тарілки з високим бортиком: запобігають розсипанню їжі; Нековзні килимки: фіксують посуд на столі; Пристрої для відкривання банок: полегшують роботу кухні при слабкості рук).
  - **Для ванної кімнати та туалету** (Стільчик або лавка для душу: для безпечного миття; Поручні (grab bars): забезпечують опору при пересаджуванні; Підвищення для унітаза: полегшує сідання та вставання; Губки з довгою ручкою: для миття спини та ніг).
  - **Для мобільності та побуту** (Захвати (reachers/grabbers): для підняття предметів з підлоги або діставання з високих полиць без нахиляння; Ходунки, тростини, візки: для підтримки пересування; Фіксатори (ортези): для підтримки суглобів).

Компенсаційні стратегії (Compensatory Strategies) - це зміни в методах виконання діяльностіадаптація середовища або використання когнітивних підходів для обходу функціональних обмежень.

Адаптація середовища (Home Modifications).

- Перепланування простору: усунення килимівщо ковзаютьперенесення речей першої необхідності на нижні полиці.

- Освітлення: встановлення додаткових джерел світла для зменшення ризику падінь.
- Встановлення пандусів: для візків.

Організаційні стратегії.

- Збереження енергії: планування відпочинкувикористання стільця під час приготування їжі.
- Групування завдань: виконання пов'язаних дій разом для зменшення переміщень.

Когнітивні стратегії (при порушеннях пам'яті/уваги).

- Використання нагадувань: календаріблокнотителефонні нагадування.
- Спрощення інструкцій: розбиття складного завдання на простіші етапи.
- Маркування: підписування шухляд або маркування ключів.

Навчання методам однією рукою (для пацієнтів після інсульту):

- Використання спеціальних дощок для різання з фіксаторами продуктів.
- Навчання одяганнюпочинаючи з ураженої сторони.

Основні принципи підбору.

Ерготерапевти підбирають засоби індивідуально, базуючись на:

1. Діагнозі та рівні обмеження життєдіяльності (наприкладпісля травми кистіінсульту чи при ДЦП).
2. Оцінці домашнього середовища.
3. Потребах пацієнта та його цілях.

Ці заходи дозволяють пацієнту повернутися до повноцінного життяпідвищуючи рівень самостійності.

РОЗДІЛ 5. ПРАКТИКУМ

5.1. Алгоритм побудови терапевтичного заняття

Студент повинен:

1. Проаналізувати документацію

- анамнез;
- результати обстежень;
- попередні втручання;
- рекомендації мультидисциплінарної команди.

2. Провести первинну психолого-педагогічну оцінку

- готовність пацієнта;
- емоційний стан;
- мотивація;
- когнітивні можливості.

3. Визначити короткострокові та довгострокові цілі. Цілі формуються разом із пацієнтом (модель «shared decision making»).

4. Підібрати інструменти та техніки. Відповідно до рівня пацієнта, віку та нозології.

5. Розробити структуру заняття.

Вступ → основна частина → завершення → рекомендації.

Структура терапевтичного заняття:

1. Вступна частина.

- перевірка стану пацієнта;
- коротке обговорення самопочуття;
- постановка задач.

2. Основна частина.

Компоненти:

- силові вправи;
- вправи на рівновагу;
- тренування рухової координації;
- функціональні завдання;
- когнітивно-моторні вправи.

3. Заключна частина.

- розслаблення;

- дихальні вправи;
- обговорення результатів;
- рекомендації на дім.

Методи контролю ефективності заняття.

1. Стандартизовані тести

- Тест «Підйом і йди» (TUG);
- BERG Balance Scale;
- 6-minute walk test;
- ICF Checklist.

2. Оцінювання поведінкових реакцій.

Наскільки пацієнт:

- залучений;
- мотивований;
- здатний повторити рух;
- виконує завдання самостійно.

3. Самооцінка пацієнта

- шкала болю;
- шкала самоефективності;
- опитувальник якості життя.

5.2. Практичні сценарії професійної діяльності

Сценарій 1. Пацієнт має низьку мотивацію

1. інтерв'ювання → 2) виявлення бар'єрів →
2. підсилення внутрішніх мотивів →
3. встановлення мікроцілей →
4. фіксація успіхів.

Сценарій 2. Пацієнт боїться болю

1. пояснення механізму болю («pain education»),
2. техніки релаксації,
3. дозоване навантаження,

4. позитивне підкріплення.

Сценарій 3. Робота з пацієнтом із когнітивними порушеннями

1. короткі інструкції;
2. багаторазові повтори;
3. візуальні підказки;
4. індивідуальний темп.

5.3. Супервізія та зворотний зв'язок

1. Роль супервізора

Супервізор:

- спостерігає;
- коригує;
- оцінює;
- захищає пацієнта від непрофесійних дій.

2. Рефлексія студента має включати:

- успіхи;
- труднощі;
- невпевненість;
- напрацювання;
- запитання до супервізора.

Загальні рекомендації для майбутніх фахівців

1. Розвивати емоційну стійкість.
2. Підвищувати компетентність через тренінги.
3. Використовувати доказові методи.
4. Дотримуватися етики професії.
5. Пам'ятати, що пацієнт - партнер у терапії.

5.4. Модулі професійної майстерності фахівців

Модуль 1. Комунікативні навички фахівця.

- Відкриті питання, активне слухання.

- Емпатійна комунікація.
- Техніки побудови довіри.

Модуль 2. Педагогічні інструменти у реабілітаційній практиці.

- Структурування індивідуальних занять.
- Використання адаптивних вправ та візуальних інструкцій.
- Принципи зворотного зв’язку.

Модуль 3. Психологічні методики підтримки пацієнта.

- Робота з мотивацією.
- Техніки релаксації.
- Робота з когнітивними бар’єрами.

Модуль 4. Симуляційні та рольові тренінги.

- Симуляції реабілітаційних кейсів.
- Стандартизовані пацієнти.
- Моделювання складних клінічних і комунікативних ситуацій.

Модуль 5. Міждисциплінарна взаємодія.

- Розподіл функцій у команді.
- Принципи командного консультування.
- CASE-менеджмент у реабілітації.

5.5. Оцінювання результатів психолого-педагогічної взаємодії

Психолого-педагогічна взаємодія у терапії та реабілітації - це цілеспрямований процес співпраці фахівця (психолога, педагога, фізичного терапевта, ерготерапевта, логопеда тощо) з пацієнтом і його оточенням, спрямований на відновлення, розвиток або компенсацію порушених функцій.

Методи діагностики якості навчання пацієнтів

Якість навчання пацієнтів у процесі терапії та реабілітації визначається рівнем засвоєння знань, сформованістю навичок самодогляду, дотриманням рекомендацій та здатністю застосовувати отримані вміння в повсякденному житті.

Його ефективність забезпечується поєднанням педагогічних, психологічних та командних підходів, орієнтованих на досягнення максимальної автономності та якості життя пацієнта.

Оцінювання результатів такої взаємодії передбачає:

- визначення динаміки психоемоційного стану пацієнта;
- аналіз сформованості навичок саморегуляції та адаптації;
- оцінку рівня мотивації до реабілітації;
- визначення ефективності педагогічних впливів;
- аналіз командної взаємодії між фахівцями.

Принципи оцінювання

1. Комплексність – врахування психологічних, педагогічних, соціальних та медичних показників.
2. Динамічність – оцінка змін у процесі реабілітації.
3. Індивідуалізація – врахування віку, діагнозу, когнітивних особливостей.
4. Об’єктивність – використання стандартизованих методик.
5. Етичність – дотримання принципів конфіденційності та поваги до пацієнта.

Критерії оцінювання результатів взаємодії з пацієнтом

Психологічні критерії

- рівень тривожності та емоційної стабільності;
- ступінь розвитку саморегуляції;
- адаптаційні можливості;
- зміни у самооцінці;
- рівень мотивації до відновлення.

Педагогічні критерії

- засвоєння реабілітаційних знань та навичок;
- здатність до виконання рекомендацій;
- сформованість відповідальної поведінки;
- розвиток комунікативних навичок.

Поведінкові критерії

- активність у терапевтичному процесі;
- дотримання режиму реабілітації;
- рівень співпраці з фахівцями.

Методи оцінювання

Психодіагностичні методики

- опитувальники тривожності, депресивності;
- шкали якості життя (наприклад, інструменти, подібні до підходів, використаних у класифікації функціонування за моделлю World Health Organization);
- методики визначення рівня мотивації.

Педагогічні методи

- спостереження;
- аналіз виконання індивідуальної програми;
- педагогічний експеримент;
- бесіда та інтерв'ю.

Командна оцінка

- кейс-конференції;
- супервізія;
- міждисциплінарний аналіз результатів;
- ведення спільної документації.

Оцінювання взаємодії в мультидисциплінарній команді

У сучасній реабілітації широко використовується біопсихосоціальна модель, закріплена в Міжнародній класифікації функціонування (ICF), розробленій World Health Organization.

Основні аспекти оцінювання командної взаємодії:

1. Рівень комунікації – регулярність обміну інформацією.
2. Узгодженість цілей – відповідність індивідуальної програми реабілітації спільній стратегії.
3. Розподіл ролей – чіткість професійних функцій.

4. Результативність рішень – ефективність корекції плану втручань.

5. Психологічний клімат у команді – рівень довіри та підтримки.

Показники ефективності психолого-педагогічної взаємодії. Ефективність можна визначати за такими рівнями:

Індивідуальний рівень (пацієнт)

- покращення функціонального стану;
- підвищення якості життя;
- зростання автономності;
- стабілізація емоційного стану.

Професійний рівень (фахівець)

- адекватність застосованих методів;
- рефлексивність діяльності;
- здатність до корекції власних стратегій.

Командний рівень

- досягнення спільних реабілітаційних цілей;
- узгодженість міждисциплінарних дій;
- мінімізація конфліктів.

Документування результатів

Для системності оцінювання рекомендується:

- ведення індивідуальної карти пацієнта;
- формування протоколів мультидисциплінарних нарад;
- фіксація динаміки за допомогою шкал;
- використання цифрових реєстрів та електронних систем моніторингу.

Рефлексивний компонент оцінювання. Важливою складовою є професійна рефлексія фахівця:

- аналіз ефективності комунікації;
- оцінка педагогічного впливу;
- усвідомлення власних емоційних реакцій;
- супервізійна підтримка.

Оцінювання результатів психолого-педагогічної взаємодії в терапії та реабілітації є багаторівневим процесом, що охоплює пацієнта, фахівця та мультидисциплінарну команду. Воно ґрунтується на принципах комплексності, системності та динамічності й передбачає поєднання психологічних, педагогічних і медичних критеріїв.

Педагогічні методи:

- Педагогічне спостереження (систематичне, включене, експертне).
- Аналіз виконання практичних завдань (відпрацювання вправ, технік саморегуляції, реабілітаційних дій).
- Тестування та опитування (контроль засвоєння інформації щодо захворювання, режиму, профілактики).
- Метод “teach-back” (перевірка розуміння через відтворення пацієнтом отриманої інформації).
- Ситуаційні завдання **(case-based learning)** – оцінка здатності переносити знання в нові умови.

Психолого-діагностичні інструменти:

- Шкали якості життя відповідно до біопсихосоціальної моделі, запропонованої World Health Organization.
- Оцінка когнітивного статусу (увага, пам’ять, мислення).
- Методики визначення рівня навчальної автономії та комплаєнсу**.**

Поведінкові індикатори якості навчання

- самостійність виконання вправ;
- регулярність виконання домашніх завдань;
- здатність пояснити алгоритм дій;
- дотримання безпечної поведінки.

Оцінка психологічного стану та динаміки мотивації. Психологічний стан пацієнта безпосередньо впливає на ефективність реабілітаційного процесу.

Оцінка емоційного стану

- рівень тривожності;

- наявність депресивних проявів;
- емоційна стабільність;
- рівень фрустраційної толерантності.

Методи:

- стандартизовані опитувальники;
- клінічна бесіда;
- спостереження за поведінковими реакціями.

Оцінка мотивації до реабілітації

- визначення типу мотивації (внутрішня/зовнішня);
- готовність до змін;
- рівень залученості в процес;
- стійкість до труднощів.

Доцільним є використання принципів мотиваційного консультування, розробленого William R. Miller та Stephen Rollnick.

Оцінка динаміки

- порівняння результатів первинної та повторної діагностики;
- фіксація змін у поведінці;
- аналіз стабільності досягнутих результатів.

Критерії ефективності педагогічних інтервенцій. Ефективність педагогічного впливу визначається відповідністю результатів поставленим цілям.

Когнітивні критерії

- рівень засвоєння знань;
- правильність розуміння рекомендацій;
- сформованість уявлень про власний стан.

Поведінкові критерії

- регулярність виконання вправ;
- дотримання режиму;
- здатність самостійно планувати реабілітаційну активність.

Емоційно-мотиваційні критерії

- зростання впевненості у власних силах;
- позитивна динаміка самооцінки;
- підвищення відповідальності за результат.

Функціональні критерії

- покращення рівня активності;
- розширення участі у соціальному житті;
- підвищення автономності відповідно до класифікації ICF (підхід World Health Organization).

Документування результатів та зворотний зв'язок

Форми документування

- індивідуальна карта пацієнта;
- протоколи мультидисциплінарних нарад;
- щоденники самоспостереження;
- електронні системи моніторингу;
- таблиці динаміки показників.

Принципи ведення документації

- системність;
- регулярність;
- об'єктивність;
- конфіденційність;
- доступність для членів команди.

Зворотний зв'язок

Ефективний зворотний зв'язок:

- своєчасний;
- конкретний;
- орієнтований на підтримку;
- спрямований на формування відповідальності.

Форми:

- індивідуальні консультації;
- командні обговорення;

- супервізійні зустрічі;
- рефлексивні бесіди з пацієнтом.

Персоніфіковані стратегії удосконалення реабілітаційної роботи. Персоніфікація базується на принципах індивідуального підходу та доказової практики.

Індивідуалізація програм

- адаптація темпу навчання;
- врахування когнітивного ресурсу;
- диференціація складності завдань;
- врахування соціального контексту.

Корекція мотиваційних стратегій

- постановка короткострокових цілей;
- підсилення внутрішньої мотивації;
- використання позитивного підкріплення;
- залучення сім'ї до процесу.

Командне вдосконалення

- регулярні міждисциплінарні наради;
- супервізія;
- професійна рефлексія;
- підвищення кваліфікації.

Моніторинг ефективності змін

- повторна діагностика;
- аналіз досягнення цілей;
- корекція індивідуальної програми;
- оцінка задоволеності пацієнта.

Оцінювання якості психолого-педагогічної взаємодії у терапії та реабілітації є циклічним процесом: **діагностика → інтервенція → оцінювання → корекція → повторний моніторинг**.

Інтегрована модель оцінювання результатів психолого-педагогічної взаємодії

№	Критерій	Індикатори	Методи оцінювання	Шкала оцінювання	Рівні інтерпретації
1	**Когнітивний (знання)**	Розуміння діагнозу, алгоритму вправ, правил безпеки	Тестування, бесіда, метод teach-back	0–3 бали	0 – не розуміє; 1 – фрагментарне розуміння; 2 – часткове; 3 – повне усвідомлене
2	**Операційний (навички)**	Самостійність виконання вправ, точність, регулярність	Спостереження, аналіз виконання	0–4 бали	0 – не виконує; 1 – з повною допомогою; 2 – з частковою; 3 – самостійно з помилками; 4 – самостійно правильно
3	**Мотиваційний**	Активність, ініціативність, готовність до змін	Опитувальник мотивації, бесіда	1–5 балів	1–2 – низька; 3 – ситуативна; 4–5 – висока
4	**Емоційний стан**	Рівень тривожності, емоційна стабільність	Психодіагностика, клінічна бесіда	Стандартизовані шкали	Низький / помірний / високий рівень
5	**Поведенковий (комплаєнс)**	Дотримання режиму, виконання рекомендацій	Моніторинг, щоденник пацієнта	% виконання	<50% – низький; 50–79% – середній; ≥80% – високий
6	**Функціональний**	Рівень автономності, участь у діяльності	Оцінювання за моделлю ICF (підхід World Health Organization)	0–4 (ступінь обмеження)	0 – відсутні; 1 – легкі; 2 – помірні; 3 – значні; 4 – повні обмеження
7	**Командна взаємодія**	Узгодженість цілей, обмін інформацією	Експертна оцінка, протокол нарад	1–5 балів	1–2 – низька; 3 – задовільна; 4–5 – ефективна

Інтегральний показник ефективності

Можливе обчислення середнього балу за всіма критеріями:

ІПЕ (інтегральний показник ефективності) = Σ балів / кількість критеріїв

Інтерпретація:

- 0–1,9 – низька ефективність;
- 2,0–3,4 – помірна;
- 3,5–4,5 – достатня;
- 4,5 – висока.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

КОНСПЕКТИ ЛЕКЦІЙ

Лекція 1. Загальна характеристика дисципліни «Педагогічна та психологічна майстерність у терапії та реабілітації». Сутність психолого-педагогічних технологій як суспільного явища.

Питання: Основні поняття та завдання предмету (опис навчальної дисципліни). Цілі, мета та компетентності при вивченні дисципліни. Результати вивчення дисципліни (здатності, знання, уміння).

Заплановано для вивчення дисципліни «Педагогічна майстерність у фізичній терапії, ерготерапії» 60 годин (2 кредити), курсова робота.

***Ціллю* дисципліни** «Педагогічна майстерність у фізичній терапії, ерготерапії» є оволодіння студентами сутністю, структурою і технологіями педагогічної майстерності у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта.

Після вивчення дисципліни мати уявлення про використання педагогічних методів, принципів, реабілітаційних педагогічних технологій у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта. Визначати педагогічні методи та засоби, а також застосовувати їх з людьми різного віку, статті, нозологій і фізичних можливостей.

Компетентності: розуміння важливості використання на практиці принципів, методів, прийомів педагогічного впливу на пацієнтів в процесі фізичної терапії, ерготерапії. Впроваджувати педагогічні технології соціальної адаптації хворих та механізми адаптації особистості і середовища. Надавати пацієнтам у своїй професійній діяльності педагогічні методи реабілітаційних технологій для життєдіяльності особистості у соціумі.

Здатності: прийняття рішень та вибору стратегії педагогічної діяльності з урахуванням загальнолюдських, державних, виробничих та особистих інтересів. Користуватися сучасними інформаційними технологіями. Здатність оцінювати та прогнозувати соціально-економічні та культурні явища. Здатність застосовувати сучасні педагогічні технології та засоби пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел. Здатність розуміти та виконувати свої професійні обов’язки у межах своїх компетенцій.

Знання:

- мети, завдання і змісту дисципліни;
- структури педагогічної майстерності;
- видів педагогічних технологій в процесі фізичної терапії, ерготерапії;
- сутність педагогічної реабілітації у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта;
- технології соціальної реабілітації;
- педагогічних принципів та механізмів формування рухових навичок у хворих;
- управління та маркетингу у сфері професійної діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта;
- методів діагностики, тестів та інших засобів педагогічної майстерності фізичних терапевтів, ерготерапевтів.

Уміння:

- системно мислити;
- спостерігати за розвитком фізичного стану людини;
- використовувати прийоми педагогічної майстерності пари відновлювальних процедурах з пацієнтами різних нозологій;
- застосовувати на практиці набуті знання сучасних педагогічних технологій;
- спостерігати за ефективністю застосованих педагогічних методів та вміти проводити корекцію цих методів у практичній діяльності;
- самостійно працювати з науковою та сучасною методичною літературою;
- удосконалювати свою професійну майстерність.

Перелік дидактичних засобів, що забезпечують наочність практичних занять (проектор, ноутбук, слайди, плакати).

Література: основна: 1, 2, 3; додаткова: 1, 2, 3; конспект лекцій:

Завдання на СРС: Охарактеризувати компетентності, які отримують студенти при вивчення дисципліни.

Сфера професійної діяльності (сфера діяльності) є ключовим ресурсом для професії, оскільки вона описує те, що постачальник послуг в охороні здоров’я має право виконувати згідно своєї освіти, досвіду та продемонстрованим рівнем навичок. Це захищає як постачальників послуг в охороні здоров'я, так і пацієнта, надаючи межі практикуючому фахівцю. В основу сфери діяльності покладені компетенції, необхідні для здійснення компетентного, безпечного та ефективного догляду.

Фізична терапія це послуги, що надають фізичні терапевти, як індивідуально так і населенню загалом. Сфера професійної діяльності фізичного терапевта в Україні була розроблена членами Української Асоціації фізичної терапії у співпраці з міжнародним консультантом. Вона включає у себе інформацію від світової професійної асоціації – *Світова Фізіотерапія*2 *(World Physiotherapy (WP)*, яка формально називається *Світова Конфедерація*

Фізичної Терапії (World Confederation for Physical Therapists (WCPT) та країн Нова Зеландія та Австралія де є урегульована професія. Українська Асоціація фізичної терапії є повноправний член-організація Світової Фізіотерапії.

Ціль і завдання фізичної терапії….

Фізичні терапевти – це незалежні професіонали3 сфери охорони здоров'я, які займаються розвитком, підтримкою та відновленням рухових функцій і рухової та функціональної спроможності людини впродовж усього життя. Послуги надаються у випадках коли рух і функціональна спроможність людини послаблена чи втрачена внаслідок старіння, перенесеної травми, болю, хвороби, розладів, станів або унаслідок негативного впливу навколишнього середовища, і з розумінням, що повноцінний функціональний рух є ключовим аспектом у понятті «здорова людина».

Фізичні терапевти також займаються визначенням та покращенням якості життя і рухового потенціалу людини, у сферах пропагування здорового способу життя, профілактики, терапії/втручання та реабілітації. Цей процес охоплює досягнення фізичного, психологічного, емоційного і соціального благополуччя.

Назва професії **фізичний терапевт** належить до незалежного професіонала сфери охорони здоров'я, який успішно завершив акредитовану освітню магістерську програму підготовки фізичного терапевта та набув мінімальні компетенції, які дозволяють провадити компетентну та безпечну діяльність у громаді. Ці компетенції включають етичні принципи4 та науково доказову практичну діяльність, яка підтримується участю у безперервному професійному розвитку. Якщо ці критерії дотримано, особа може використовувати назву професії **фізичний терапевт**.

Фізичні терапевти в Україні провадять свою професійну діяльність у різних місцях та за різних обставин у залежності від їх освітньої підготовки та практичного досвіду. Професійна діяльність **фізичних терапевтів** не обмежується тільки клінічною практикою. Вона також охоплює усі ролі, які **фізичний терапевт** може брати на себе включаючи: участь у розвитку сфери охорони здоров'я, проведенні досліджень, участь у розробці та імплементації політики охорони здоров'я, освіті та консультуванні, а також там де виникають питання громадського здоров'я та безпеки.

До фахівців із реабілітації належать:

1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; 2) фізичні терапевти; 3) ерготерапевти; 4) терапевти мови та мовлення; 5) протезистиортезисти; 6) психологи, психотерапевти; 7) сестри медичні з реабілітації; 8) асистенти фізичних терапевтів й ерготерапевтів. Проводити реабілітацію фахівці з реабілітації можуть як у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, так і надавати допомогу самостійно відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, у формах, не заборонених законодавством.

ОГЛЯД РОЛЕЙ ТА КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ

Рис. 1 Структура компетенцій фізичного терапевта

Роль	**Ключові компетенції** **Фізичні терапевти спроможні:**
Роль 1: Практикуючий фізичну терапію	1.1. **Оцінювати**: планувати та впроваджувати ефективне та дієве, адаптоване до культури та пацієнто-центричне оцінювання у фізичній терапії перед кожний втручанням; 1.2. **Клінічно обґрунтувати та отримати результат**: застосовувати клінічне обґрунтування для формування діагнозу/рухового порушення та плану терапії/лікування; 1.3. **Скласти план терапії/лікування**: використати отриманий результат оцінювання разом з клінічним обґрунтуванням та практикою заснованою на доказах, щоб спільно з пацієнтом скласти план терапії/лікування; 1.4. **Реалізувати план терапії/лікування**: здійснити усі втручання згідно плану терапії/лікування; 1.5. **Оцінити план терапії/лікування**: оцінити прогрес пацієнта пов'язаний з планом терапії/лікування, з метою забезпечення його ефективності і відповідності обставинам та стану здоров’я, що змінюється; 1.6. **Передати догляд/сформувати виписку**: забезпечити безпечну та ефективну передачу догляду/виписку після завершення втручання.

Роль 2: Практикуючий професійну етику	2.1 **Етично поводитись**: вести професійну діяльність у своїх юридичних та етичних професійних межах та дотримуватись Етичного кодексу та професійної поведінки фізичного терапевта; 2.2 **Отримати поінформовану згоду**: отримати усвідомлену поінформовану згоду перед початком проведення будь якого оцінювання, терапії/лікування чи догляду; 2.3 **Дотримуватись конфіденційності**: зберігати інформацію надану пацієнтом у суворій конфіденційності; 2.4 **Забезпечувати доступність**: забезпечувати доступність послуг з фізичної терапії, які є рівноправні та справедливі і ґрунтуються на потребі і пріоритетності.
Роль 3: Комунікатор	3.1. **Спілкуватись**: забезпечувати професійне та ефективне спілкування; 3.2. **Документувати втручання фізичної терапії**: зберігати зрозумілі, усебічні та відповідні записи про фізичну терапію/догляд/рішення/ подальші професійні скерування; 3.3. **Вести документацію**: вести документацію пацієнта згідно національного законодавства чи політики та правил трудового розпорядку.
	Ключові компетенції
Роль	

Фізичні терапевти спроможні:

Роль 4: **Практикуючий самонавчання та самооцінку**	4.1. **Оцінювати потреби у розвитку**: постійно оцінювати свої потреби у професійному розвитку протягом усієї своєї кар'єри; 4.2. **Підтримувати безперервний професійний розвиток (БПР)**: планувати та реалізовувати БПР на отриманих найкращих наявних дослідженнях, знаннях та наукового доказових даних для того, щоб підтримати високий рівень професійних компетенцій; 4.3. **Оцінити БПР**: надавати письмові докази своїх навчальних цілей та коли вони були належним чином досягнуті; 4.4. **Покращувати якість**: використовувати підхід покращення якості для виявлення проблем у власній професійній діяльності, корегувати свої дії та оцінювати їх вплив; 4.5. **Проводити клінічний аудит**: проводити клінічний аудит для перегляду та покращення власної професійної діяльності.
Роль 5: **Дослідник та освітянин**	5.1. **Навчати пацієнтів, державних та інших фахівців сфери охорони здоров'я**: належним чином навчати інших для підвищення рівня їх знань про актуальну фізичну терапію та будь які стани пов'язані із здоров'ям; 5.2. **Клінічно навчати студентів**: запропонувати можливості клінічної освіти для студентів забезпечуючи відповідним середовищем для навчання; 5.3. **Досліджувати**: шукати можливості проведення дослідження, яке повинно відповідати етичним принципам та стандартам якості.

Роль 6: Менеджер/лідер	6.1. **Забезпечувати кадрові ресурси з фізичної терапії**: організовувати і визначати для фізичних терапевтів навантаження та ресурси для провадження, безпечної, ефективної та дієвої фізичної терапії, як самостійно так і де необхідно як член команди; 6.2. **Забезпечувати кадрові ресурси допоміжним/волонтерським персоналом**: забезпечувати персонал чіткими визначеними ролями/ обов'язками, цілями та контролем/супроводом; 6.3. **Керувати ризиками**: визначати, оцінювати та усувати чи контролювати ризики; 6.4. **Користуватись обладнанням**: забезпечити справність, технічне обслуговування та безпечне використання обладнання; 6.5. **Провадити діяльність самостійно**: ефективно та дієво вести інших у відповідних професійних, етичних та правових рамках.

У загальному, компетенція є визначена, як багатогранне та динамічне поняття, що є більшим ніж знання та включає в себе: ***розуміння концепції знань*** (understanding of knowledge), ***клінічні навички*** (clinical skills), ***між особові навички*** (interpersonal skills), ***комплексний підхід до вирішення проблем*** (problem solving), ***клінічну оцінку*** (clinical judgment) та ***технічні навички*** (technical skills). Боссерс (Bossers) та інші (2002) описали професійні компетенції як, «визначення засноване на ознаках поведінки: знань, навичок, цінностей та особистих якостей, що лежать в основі належного виконання професійної діяльності».

Компетенції можуть включають те, що особа здатна досягнути, ступінь її підготовки, самозабезпечення та відповідальність за окремий ряд завдань. Отже, для полегшення стандартизації та поширення інформації через члени-організації специфічних компетенції для фізичної терапії, вони можуть бути сформульовані у відповідності з нижче вказаними рекомендаціями:

1. Компетенції починаються з активного дієслова, яке повинно визначати дію, результат якої можна спостерігати, це дозволить визначити можливі навчальні заходи та тести для оцінювання, які адаптовані до цього.

2. Опис цілі дії та її змісту у якому вона застосовується: компетенції повинні звертатись до дисциплінарних сфер на якій вона ґрунтується.

У галузі охорони здоров'я, компетенції використовуються для визначення норм та стандартів спеціальності, а також очікувань, що

забезпечують їх відповідність згідно з стандартами наукової доказовості і цільових показників медичного обслуговування для практикуючих фахівців, тих хто навчається, викладачів та пацієнтів. Модель компетенцій – це набір чинників успіху, що включають ключові атрибути, які необхідні для відмінного виконання певної ролі.

Деякі документи від членів-організацій, Асоціацій фізичної терапії з усього світу а також від інших організацій та розроблених Євросоюзом положень були використані для проведення консультацій та підготовки цього документу. До них відносять:

• Компетенції фізіотерапії. Ірландське Товариство Дипломованих Фізіотерапевтів (ISCP), Терапевтичний проектний офіс. 2008.14

• Фізіотерапевт. Профільні компетенції. Фізіо Австралія. 2016.15

• Оновлений звіт Іспанської мережі кваліфікованих закладів вищої освіти (MECES) для конкретних сфер фізіотерапевтичних норм у області знань наук про здоров'я. Фізіотерапевтичні компетенції для ступеня Магістр. Національна Агенція оцінки якості та акредитації (ANECA), Іспанія. 2014.12

• ESCO. Європейській класифікації навичок/ компетенцій, кваліфікацій і професій. Європейська Комісія. 2017.8.

ENPHE. Професійні компетенції фізіотерапевтів, Удосконалення фізіотерапевтів та асистентів фізіотерапевтів – ESCO професійні визначення + ENPHE рекомендації. 2017.16

• Правління фізіотерапії Нової Зеландії. Фізіотерапевтичні компетенції для практичної діяльності фізіотерапії у Новій Зеландії, Правління фізіотерапії Нової Зеландії, Веллінгтон. 2009.17

• Правління фізіотерапії Австралії та Правління фізіотерапії Нової Зеландії. Рівень порогу практичної діяльності фізичної терапії в Австралії та Аотеароа Нова Зеландія. 2015.18

• Канадський Альянс регуляції фізіотерапії, Канадська Фізіотерапевтична Асоціація та Канадський університет фізичної терапії Академічної Ради. Перелік важливих компетенцій для фізіотерапії у Канаді. Торонто: Автори. 2009.19

• Дипломоване товариство фізіотерапії (CSP). Фізіотерапевтична мережа: реалізація у практичну діяльність фізіотерапевтичної поведінки, цінностей, знань та навиків. 2011. [Оновлено, вересень, 2013].20.

Компетенції, які є наведені нижче, були розроблені згідно рамок ESCO8 та інших джерел (які були зазначені вище):

А. Загальні компетенції

• Демонструвати відповідні знання, що стосуються галузі охорони здоров'я або практичної діяльності фізичної терапії

• Демонструвати *навички комплексного підходу до вирішення проблем* (problem-solving) та *прийняття рішень* (decision making)

• Ефективно спілкуватись у галузі охорони здоров'я

• Демонструвати професійну поведінку, знання, навички та цінності

• Переконатись, що фізіотерапевтичне обладнання підтримується належним чином

• Демонструвати уміння використовувати існуючі та нові технології (включаючи інформаційні технології) для підвищення якості практичної діяльності

B. Компетенції з оцінювання

• Демонструвати відповідні базові кваліфікаційні знання, які необхідні для початку проведення оцінювання

• Отримувати належну інформацію з доступних джерел

• Проводити суб'єктивне та фізичне обстеження

• Демонструвати відповідні професійні навички поводження з пацієнтом, та виконати безпечним чином оцінювання

• Демонструвати уміння проведення належним чином скринінгу при серйозних патологіях (червоні прапори)

• Забезпечувати комфорт та гідність для пацієнта під час проведення оцінювання

• Використовувати навички клінічного мислення для узгодження цілей, шляхом спільного прийняття рішення разом із пацієнтом

C. Компетенції з діагностики

• Оцінити та інтерпретувати дані, які були отримані під час проведення оцінювання і сформувати фізіотерапевтичний діагноз/ рухове порушення

• Враховувати результати лабораторних та візуалізаційних методів діагностики

D. Компетенції з втручання

• Планувати погоджену програму втручання у SMART форматі (SMART формат – конкретні (specific), вимірні (measurable), здійснені, досяжні (achievable), відповідні, реалістичні (realistic), визначені у часі (time framed), цілі якої враховують особистісний вибір, переконання та віру особи

• Документувати перебіг фізичної терапії, демонструючи докази клінічного мислення та затверджені етичні і юридичні вимоги

• Обґрунтовувати програми втручання застосовуючи практичну діяльність засновану на доказах

• Консультувати та залучати відповідними чином пацієнта

• Спілкуватись усно і письмово чіткою, структурованою та стислою інформацією

• Надавати цілісний підхід під час ведення пацієнта використовуючи модель МКФ (Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я)

• Ефективно та безпечним чином виконувати втручання

• Демонструвати під час втручання відповідні професійні навички поводження, що стосуються власної поведінки та пацієнта

• Провадити безпечним чином практичну діяльність під час втручання, запобігаючи чи мінімізуючи ризики та небезпеку

• Як частина терапевтичних відносини, спілкуватись зрозуміло та професійно з пацієнтом, родичами/ близькими та тими, що доглядають

• Ретельно, стисло, розбірливо, зрозуміло і точно вести записи та використовувати загальноприйняті абревіатури

• Керувати відповідним плануванням виписки

E. Професійні та міжпрофесійні компетенції

• Дотримуватись Етичного кодексу та професійної поведінки, правових та етичних стандартів практичної діяльності, професійної та організаційної політики

• Демонструвати належну професійну поведінку та ставлення

• Бути адвокатом для професії та пацієнтів

• Усвідомлювати власну роль та роль інших у в рамках мульти-професійної команди

• Усвідомлювати власні обмеження на знання та навички

• Усвідомлювати потенційні конфлікти у рамках мульти-професійної/ дисциплінарної команди та сприяти вирішенню проблем

• Визнавати автономію та індивідуальність членів команди, поважаючи різноманітність

• Поширювати необхідну інформацію серед інших членів команди, забезпечуючи зберігання конфіденційності пацієнта

• Демонструвати ефективну роботу у команді для успішного ведення справ та оптимального надання послуг

F. Компетенції з підтримки здорового способу життя та запобігання

• Визначати детермінанти здоров'я використовуючи біопсихосоціальний підхід

• Розширювати можливості та здоровий спосіб життя пацієнтів змінюючи їх поведінку шляхом мотиваційної бесіди та імплементації стратегій на самоуправління

• Використовувати біопсихосоціальний підхід при застосуванні стратегії з підтримки здорового способу життя та запобігання

• Сприяти плануванню та імплементації підтримки здорового способу життя та запобіганню, заходами, що покращують здоров'я для окремих осіб та населення загалом **G. Компетенції з досліджень та наукової доказовості**

• Демонструвати уміння пошуку, отримання релевантної наукової літератури та джерел інформації, що необхідні для провадження практичної діяльності

• Критично аналізувати наявні докази та інтегрувати результати цих доказів у клінічну практичну діяльність

• Використовувати надійні та достовірні показники результатів для оцінки та зміни практичної діяльності

H. Компетенції з освіти та навчання

• Демонструвати ініціативність та готовність до навчання

• Демонструвати уміння обдумувати та проводити самооцінку практичної діяльності для визначення потреби у професійному зростанні

• Приймати участь у професійному розвитку і навчанні протягом усього життя для постійного оновлення та підвищення рівня знань, навичок і поведінки

• Включати навчання протягом усього життя та досвід для провадження кращих видів практичної діяльності

• За необхідності приймати участь спільному навчанні для інших фахівців

• Сприяти клінічному навчанню студентів старших курсів

І. Компетенції з управління

• Розуміти та підвищувати роль фізичних терапевтів у функціонуванні та структурі галузі охорони здоров'я

• Демонструвати уміння, визначати пріоритети та керування власним робочим навантаженням

• Використовувати ресурси ефективно, згідно професійних стандартів та Етичного кодексу

• Сприяти потребам розвитку послуг

• Приймати учать у ініціативах по підвищенню якості власної професії та/або організації

Фізичні терапевти початкового рівня освітньої підготовки повинні бути незалежними фахівцями, з розвиненими навичками навчання протягом усього життя та здатністю займатись безперервним професійним розвитком. Навчання протягом усього життя та відданість професійному розвитку є атрибутами кваліфікованого фізичного терапевта в усьому світі.

Професійна кваліфікації початкового рівня освітньої підготовки повинна відобразити успішне завершення навчальної програми згідно рамок компетенцій, які повинні використовуватись фізичними терапевтами, як незалежними фахівцями. Ці компетенції допоможуть виявити та розвинути потреби у навчанні у студентів та аспірантів, вони також будуть настановою для безперервного професійного розвитку та сприяти як кар'єрному так і професійному зростанню.

Визначені компетенції початкового рівня освітньої підготовки можуть сприяти високим стандартам якості надання послуг з фізичної терапії у галузі охорони здоров'я. Компетенції також можуть допомогти відповідним органам влади оцінити якість освітніх програм професійної підготовки та допомогти у внутрішньому та зовнішньому процесах забезпечення контролю їх якості.

Розроблені рамки компетенцій початкового рівня освітньої підготовки можуть використовуватись для порівняння дипломів випускників/ додатків до дипломів і таким чином, сприяти міжнародній мобільності.

Необхідно визначити профіль компетенцій згідно політичних подій, які відбуваються у професіях галузі охорони здоров'я та напрямків вищої освіти на Європейському рівні, для того щоб: забезпечити якість та безпеку послуг для пацієнта, підтримати або досягати професійної незалежності, сприяти мобільності та працевлаштуванню, служити основою для професійного розвитку та планування кар'єри.

Біопсихосоціальна модель – це широкий погляд, який пояснює ознаки захворювання часто комплексних, змінних взаємодіючих біологічних чинників (генетичні, біохімічні та інші), психологічних чинників (настрій, індивідуальність, поведінка та інші), та соціальних чинників (культурні, сімейні, соціально-економічні та інші). В контексті здоров'я чи хвороби, цей підхід демонструє, що усі ці ознаки можуть відігравати значну роль у функціонуванні людини.

Мотиваційна бесіда – це конкретно цілеспрямований, клієнт-орієнтований стиль консультування зміни моделі поведінки клієнтів, допомагаючи їм дослідити та урегулювати відчуття невизначеності. Головною метою мотиваційної бесіди є залучення клієнтів, отримання змін у спілкуванні, сприяти мотивації, для того щоб їх спонукати до позитивних змін.

СЛОВНИК

Діагноз/рухове порушення (Diagnosis), це результат процесу клінічного мислення, який дозволяє виявити існуючі або потенційні порушення, обмеження активності та можливості участі і чинники, які позитивно чи негативно впливають на функціонування.

Запобігання (Prevention), це діяльність скерована на досягнення і відновлення оптимальної рухової функції, мінімізацію порушень, обмежень та перешкод що є на шляху підтримки рівня здоров'я, запобігання подальшого погіршення стану чи прояву захворювання, а також створення належних умов для підвищення рівня незалежності.

Лікування/терапія/втручання (Treatment/therapy/intervention), включає, але не обмежується застосуванням терапевтичних вправ, фізичних методів таких як мануальна терапія та електротерапія, допоміжного обладнання та навчання і тренування пацієнта.

Найкращі наявні докази (Best available evidence), це інформація отримана з актуальних/ валідних та клінічно значущих досліджень проведених з використанням раціональної методології.

Обстеження/реабілітаційне обстеження (Examination/rehabilitation examination), це процес що включає збір історії пацієнта, проведення стандартизованого системного огляду, проведення вибіркового тестування та вимірювання для визначення потенційного чи існуючого порушення пов'язаного з рухом.

Оцінювання (Assessment), це всебічний збір, перевірка та використання результатів вимірювання чи якісної інформації. Його клінічні компоненти включають **обстеження (examination)**, **формування оцінки (evaluation)**, та **прогнозування (prognosis)**.

Пацієнт (Patient), це особа якій надає послуги фізичний терапевт. Терміни пацієнт та клієнт використовуються як взаємозамінні.

Практика заснована на доказах (Evidenced-based practice), це процес прийняття клінічного рішення у результаті інтеграції: інформації з найкращих наявних доказів, клінічного досвіду, цінностей і цілей пацієнта та умов провадження практики.

Прогнозування (Prognosis), це визначення рівня максимально можливого покращення функції у пацієнта, а також часу необхідного для досягнення цього рівня. Прогнозування може також включати передбачення у покращенні у різний час протягом курсу фізичної терапії/ реабілітації.

Формування оцінки (Evaluation), це динамічний процес у якому фізичний терапевт робить клінічне заключення, що ґрунтується на зібраній інформації під час проведеного обстеження.

Посилання

1. WCPT. Guideline for physical therapist professional entry level education. 2011a. Available from: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_PTEducation_complete.pdf

2. WCPT. Policy statement. Autonomy. 2011b. Available from: www.wcpt.org/policy/ps-autonomy

3. ER-WCPT. Education policy. 2014. Available from: http://www.erwcpt.eu/education/education_policy

4. ER-WCPT. Quality Assurance standards of practice and service. 2018.

5. European Commission. Descriptors defining levels in the European Qualifications Framework (EQF). 2017. Available from: https://ec.europa.eu/ploteus/en/content/descriptors-page

6. Ven A. & Vyt A. The Competence chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education. 2007.

7. European Higher Education Area and Bologna Process. Available from: http://www.ehea.info/

8. ESCO. European Skills, competences and Occupations. European Commission. 2017 Available from: https://ec.europa.eu/esco/portal

9. Norman GR. Assessing Clinical Competence. New York: Springer; 1985: pp 330-341.

10. Bossers A., Miller L.T., Polatajko H.J., Hartley M. Competency Based Fieldwork Evaluation for Occupational Therapists (CBFE). Delmar, Thompson Learning. USA. 2002.

11. Tuning Educational Structures in Europe. Final report phase I. University of Deusto. Bilbao, Spain. 2003

12. Adaptation Report of the Spanish Framework of Higher Education Qualification (MECES) to the specific field of the Physiotherapy discipline in the branch of knowledge of Health Sciences. Physiotherapy competences in Degree and Master. National Agency for the Evaluation of Quality and Accreditation, ANECA. Spain. 2014.

13. Verma S., Paterson M., Medves J. Core Competencies for Health Care Professionals: What Medicine, Nursing, Occupational Therapy, and Physiotherapy Share. Journal of Allied Health. 2006; 35 (2):109-115(7).

14. Physiotherapy Competencies. ISCP Therapy Project Office. 2008. Available from: https://www.hse.ie/eng/staff/Leadership-Education-Development/healthsocialcareprofs/Projectoffice/physiocompetencies08.pdf
15. The Physiotherapist. Profile of Competencies. Physio Austria. 2016. Available from: http://www.physioaustria.at/system/files/general/phy_kompetenzprofil_deutsch_fin_072017.pdf

Лекція № 2. Структура педагогічної майстерності та види педагогічних технологій. Психологічні фактори в реабілітації.

Питання:

Структура педагогічної майстерності.

Шляхи формування педагогічної майстерності.

Види педагогічних технологій навчання.

Характеристика психологічних порушень.

Реабілітаційна психологія в системі наукового знання

1. Структура педагогічної майстерності та види педагогічних технологій. Спеціалісту з фізичної реабілітації потрібно володіти навичками й уміннями педагогічної майстерності для ефективної роботи з пацієнтами різних вікових груп.

Педагогічна майстерність - це комплекс властивостей особистості фахівця, що забезпечує самоорганізацію високого рівня професійної діяльності на рефлексній основі. ***Властивості педагогічної майстерності***: гуманістична спрямованість діяльності, професійні знання, вміння та навички, педагогічні здібності (забезпечують швидкість самовдосконалення), педагогічна техніка (гармонізує структуру діяльності).

Педагогічна діяльність спеціаліста з фізичної реабілітації це творчий процес, де творчість розуміється як створення чогось нового на основі перетворення пізнаного: нового результату або оригінальних шляхів і мета дій його одержання. Характеристики творчості реабілітолога це новизна і перетворення.

Творчість – процес створення і перетворення особистості людини. Педагогічна творчість реабілітолога виявляється в науковій діяльності і в творчій професійній роботі (оригінальне вирішення реабілітаційних завдань, розробка нових методів, прийомів, застосування професійного досвіду в нових умовах, удосконалення системи роботи з пацієнтами, імпровізація в реабілітаційному процесі) Під час роботи з пацієнтом реабілітолог передбачає лікувальний ефект, впливає на уяву, увагу, пізнавальну діяльність людини, а також звертається до відновлювального перевтілення, що робить його діяльність творчим процесом.

Структура педагогічної майстерності спеціаліста з фізичної терапії та ерготерапії охоплює комплекс професійних, особистісних і

комунікативних якостей, що забезпечують ефективну взаємодію з пацієнтами, їхніми родинами, колегами й студентами (у навчальному процесі).

Розглянемо структуру творчого процесу з позицій фізичної реабілітації:

Гуманістична спрямованість:

- орієнтація на особистість пацієнта, його гідність і потреби;

емпатійність (Емпатія — це здатність людини розуміти емоційний стан іншої людини, ставити себе на її місце та співпереживати їй, а також здатність сприймати чужі емоції як свої власні. Це не тільки емоційна реакція, але й когнітивне розуміння почуттів та мотивів іншої людини. Емпатія є загальнолюдською здатністю, яку можна розвивати протягом життя, і вона сприяє формуванню міцніших, довірливих стосунків. ***Ключові аспекти емпатії:***

- **Розуміння емоцій:** Усвідомлення того, що відчуває інша людина.
- **Співпереживання:** Відчуття тих самих емоцій, які переживає інша людина, наче це ваші власні.
- **Когнітивний компонент:** Здатність інтелектуально розуміти почуття та мотиви іншої людини.
- **Зв'язок з поведінкою:** Емпатія часто пов'язана з готовністю допомогти, оскільки вона сприяє допоміжній поведінці.
- **Нейронна основа:** У мозку активуються ділянки, пов'язані з соціальною взаємодією, включаючи «дзеркальні нейрони», які дозволяють нам переживати емоції іншого.

Типи емпатії:

- **Когнітивна емпатія:** Інтелектуальне розуміння точки зору іншої людини.
- **Емоційна емпатія:** Відчуття чужих емоцій, іноді настільки сильно, що їх важко відрізнити від власних.

Значення та розвиток:

- **Формування стосунків:** Емпатія допомагає будувати глибокі та довірливі стосунки.
- **Соціальна адаптація:** Дозволяє краще розуміти потреби оточення і реагувати на них.
- **Розвиток:** Хоча емпатія є природною, її рівень у кожної людини різний, і її можна вдосконалювати за допомогою майндфулнесу, медитації та соціальних навичок), уміння створити атмосферу довіри;
- мотивація на допомогу та реабілітацію людини.

Гуманістична спрямованість (ідеали, інтереси, ціннісні орієнтації) - спрямованість на іншу людину, утвердження найвищих духовних цінностей,

моральних норм поведінки та взаємовідносин. Це виявлення професійної ідеології спеціаліста, його ціннісного ставлення до педагогічної діяльності, її змісту, мети, засобів, суб'єктів. Ціннісні орієнтації реабілітолога: а) на себе - самоутвердження ("Я" - справжній вчитель); б) на вихованця (дитина — найбільша цінність, допомогти їй бути щасливою); в) на засоби впливу (програма, способи впливу, заходи); г) на мету педагогічної діяльності (гуманізм - сприяння всебічному розвитку кожної дитини). Відповідальність педагога перед майбутнім, любов до дітей; усвідомлення мети.

Професійна компетентність: знання, вміння, навички, критичні погляди і оцінки, постійне самовдосконалення, високий рівень загальної культури; теоретичні знання з фізичної терапії, ерготерапії, суміжних наук (анатомія, фізіологія, психологія, педагогіка, соціальна робота); знання закономірностей навчання і виховання дорослих та дітей; володіння методиками реабілітаційного навчання й тренування.

Професійні здібності: комунікативність, перцептивність (розуміння інших), динамізм особистості (активність, гнучкість впливу), емоційна стабільність (саморегуляція), оптимістичне прогнозування (віра в позитивне в кожній людині, у перспективу її розвитку), креативність (творчість) тощо; ***Педагогічні уміння і навички:*** комунікативні – доступно пояснювати, мотивувати, підтримувати; організаційні – планувати заняття, вправи, індивідуальні та групові програми; методичні – добирати адекватні методи, засоби та технології терапії; рефлексивні – оцінювати ефективність власної діяльності, коригувати підхід.

Професійна (педагогічна) техніка (форма організації поведінки):

а) вміння використовувати свій психофізичний потенціал як інструмент виховного впливу (володіти своїм фізичним, психічним, емоційним станом; голосом, мімікою, пантомімікою);

б) вміння впливати на інших (вербальні, невербальні засоби спілкування);

Педагогічна техніка: культура мовлення (ясність, чіткість, емоційність); невербальні засоби (жести, міміка, постава, голос); вміння керувати власним психоемоційним станом та впливати на пацієнта.

Творчість і інноваційність:

- гнучкість у доборі методів;
- використання новітніх технологій реабілітації;
- здатність адаптувати стандартні методики до індивідуальних особливостей пацієнта.

Рефлексія і самовдосконалення:

- здатність до самоаналізу, критичної оцінки власної роботи;
- прагнення до безперервного професійного розвитку;
- опанування нових педагогічних і терапевтичних підходів.

Критерії майстерності спеціаліста: доцільність (за спрямованістю), продуктивність (за результатами), діалогічність (характер взаємовідносин з

усіма учасниками виховного процесу), оптимальність (у виборі засобів), творчість (за змістом діяльності);

Рівні майстерності: елементарний, базовий, досконалий, творчий.

2. ***Шляхи формування педагогічної майстерності:***

- самовиховання загальної та педагогічної культури (потреба, самопізнання, планування, реалізація, контроль, корекція);
- засвоєння професійних знань, вмінь, навичок;
- громадська активність;
- педагогічна практика;
- вивчення передового педагогічного досвіду.

3. ***Види педагогічних технологій.***

Технологія (*від грецької*) - майстерність.

Педагогічні технології в роботі фізичного терапевта:

1. Особистісно орієнтовані технології:

- врахування індивідуальних потреб, рівня можливостей, мотивації пацієнта;
- індивідуалізація та диференціація занять;
- формування партнерських відносин між терапевтом і пацієнтом.

2. ***Технології співпраці та інтерактивного навчання:***

- групові вправи, командні ігри;
- метод «рівний рівному» (пацієнти допомагають одне одному);
- тренінгові форми роботи.

3. ***Здоров'язбережувальні технології:***

- використання принципів поступовості, безпечності та дозованого навантаження;
- релаксаційні техніки, дихальні вправи;
- ергономічна організація занять.

4. ***Інноваційні технології:***

- застосування комп'ютерних і мобільних програм для моніторингу прогресу;
- віртуальна та доповнена реальність у реабілітації;
- біологічний зворотний зв'язок (biofeedback).

5. **Технології проблемного і проєктного навчання:**

- постановка перед пацієнтом реальних життєвих завдань (наприклад, навчитися самостійно користуватися предметами побуту);
- виконання міні-проєктів для відновлення конкретних функцій (приготування їжі, пересування з допоміжними засобами).

6. ***Ігрові технології:***

- лікувальні ігри з дітьми;
- елементи гейміфікації (нагороди, бали, рівні досягнень);
- мотиваційні вправи в інтерактивній формі.

7. ***Комунікативні технології:***

- навчання пацієнта й родини ефективній взаємодії;

- використання технік мотиваційного інтерв’ю;
- розвиток навичок самопрезентації та соціальної активності пацієнта.

Отже, педагогічні технології у фізичній терапії та ерготерапії – це **сукупність методів, форм і прийомів навчання й виховання**, спрямованих не лише на відновлення функцій організму, а й на формування активної позиції пацієнта, розвиток його соціальної адаптації та підвищення якості життя.

Серед сучасних педагогічних технологій навчання дослідники виокремлюють такі: технологія модульного навчання, технологія розвиваючого навчання, особистісно орієнтована технологія, інформаційні технології, технологія дистанційного навчання, ігрова технологія, диференційована технологія навчання та інші.

Розглянемо окремі з них:

Кредитно-модульна система навчання використовується у вищих навчальних закладах і яка передбачає покращення якості знань студентів.

Особистісно-орієнтована технологія навчання це процес психолого-педагогічної допомоги особистості у становленні її суб’єктивності, культурної ідентифікації, соціалізації, життєвому самовизначенні. Особистісно орієнтований підхід з’єднує виховання та освіту в єдиний процес допомоги, підтримки, соціально-педагогічного захисту, розвитку, підготовка студента до життєтворчості тощо.

Серед основних завдань особистісно орієнтованої технології навчання можна виокремити такі:

- розвинути індивідуальні пізнавальні здібності кожного студента;
- максимально виявити, ініціювати, використати індивідуальний (суб’єктивний) досвід студента;
- допомогти особистості пізнати себе, самовизначитися, самореалізуватися, а не формувати попередньо задані якості;
- сформувати в особистості культуру життєдіяльності, яка дає змогу продуктивно будувати своє повсякденне життя, правильно визначати поведінку лінії життя.

Формування культури життєдіяльності особистості студента є вищою метою особистісно-орієнтованих систем та технологій.

Соціально-педагогічна технологія виховує особистість із попередньо заданими якостями. Освітні інститути суспільства створюють типову структуру такої особистості. Завдання навчального закладу - наближення кожного студента до її параметрів. Технологія освітнього процесу основана на використанні ідей педагогічного управління, формування, корекції особистості без урахування суб'єктивного досвіду студента.

Предметно-дидактична модель орієнтованої педагогіки пов'язана з предметною диференціацією, яка забезпечує індивідуальний підхід у навчанні. Знання організують у міру їхньої об'єктивної складності, новизни,

складності опрацювання, а не рівня розвитку студента. Технологія предметної диференціації базується на врахуванні складності та обсягу навчального матеріалу ,її забезпечують факультативні курси, поглиблені програми тощо.

Психологічна модель спершу обмежувалася визнанням відмінностей у пізнавальних здібностях студентів, які в реальному освітньому процесі виявляються в здібності до навчання (індивідуальна здатність до засвоєння знань). Метою освітнього процесу є корекція здатності до навчання як пізнавальної здібності.

Психологічні фактори в реабілітації. Характеристика психологічних порушень. Реабілітаційна психологія в системі наукового знання

Сьогоднішні економічні негаразди, соціальна нестабільність, екологічні та техногенні катастрофи, стихійні лиха й озброєні конфлікти призводять до зростання загального напруження, невротизації, а отже – до збільшення чисельності осіб, які потребують специфічної допомоги в сфері психологічного та психічного здоров'я.

До цієї сфери належить багато професійних галузей, які покликані допомогти людям, думки, почуття та поведінка яких є проблемою для них самих і для оточення (медична, клінічна, консультативна психології, нейропсихологія та інші). Реабілітаційна психологія посідає одне з основних місць серед названих галузей і їй належить провідна роль у реалізації психологічної допомоги населенню.

Термін реабілітація (лат. *Rehabilitatio* – відновлення; *re* – означає «знову», *habilitas* – «здатність, спроможність») уперше почав використовуватися в юриспруденції, де він означає відновлення в громадських правах та скасування звинувачень. У контексті соціальної, медичної та психологічної допомоги його почали застосовувати пізніше.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, *реабілітація* – це комплексне та скоординоване використання медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів для підготовки або перепідготовки неспроможної особи до найвищого рівня реалізації функціональних можливостей. Значне місце в ньому займають психологчні аспекти, позаяк в центрі уваги будь-якої реабілітації є особистість людини з її здібностями, темпераментом, характером, почуттями, світоглядом, вірою, прагненнями.

Реабілітаційна психологія – це прикладна галузь психології, а якщо точніше, − то психології здоров'я, що вивчає методи, завдання та практичний інструментарій психологічної реабілітації як специфічного виду психологічної допомоги населенню.

Реабілітаційна психологія є міждисциплінарною наукою про процес відновлення функцій людини. Реабілітацію можна визначити як процес та систему відновлення здатностей людини з обмеженою життєдіяльністю до побутової, суспільної та професійної діяльності. Результатом такого процесу є досягнутий рівень, обсяг, масштаб незалежної життєдіяльності людини, рівень

її залучення до соціальних взаємозв'язків, повноцінне особистісне функціонування.

Реабілітація спрямована на створення якіснішого, з соціального погляду, рівня життя особи, яка її і потребує. Важливим у реабілітації є порушені можливості особи, взаємозв'язки, які тимчасово руйнуються між нею і суспільством та потребують відновлення. Процес відновлення концентрується не лише на потенційних можливостях людини, але й на тому, що може запропонувати суспільство, на діях з боку суспільства й на формах взаємодії людини та суспільства.

Обмеження життєдіяльності розглядається як помірно виражена, виражена або значно виражена втрата особою внаслідок захворювання, психологічної чи фізичної травми (її наслідків) або вроджених вад здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності на рівні з іншими громадянами.

Усунення обмежень життєдіяльності розглядається як система заходів, спрямованих на створення умов для досягнення або відновлення особою оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та соціального рівня життєдіяльності та забезпечення її законодавчо визначених прав.

Психологічна підтримка розглядається як система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному визначенню, підвищенню конкурентноздатності на ринку праці та спрямування зусиль особи на реалізацію власної професійної кар'єри.

Психологічна адаптація трактується як система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до вимог суспільства, зважати на його норми й цінності.

Психологічна реабілітація – це система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей людини, створення сприятливих умов для розвитку особистості. Процес організованого психологічного впливу, внаслідок якого усуваються негативні психологічні наслідки пережитого травматичного стресу, забезпечується такий стан психічного здоров'я, який дає змогу людині досить ефективно розв'язувати різноманітні завдання.

Реабілітаційні заходи проводять для відновлення позитивного ставлення хворого до себе, до родини, суспільства, життя, з метою попередження формування психічного дефекту зі схильністю до самоізолювання.

Психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. За допомогою психологічних впливів можна знизити рівень нервово-психічного напруження, швидше відновити втрачену нервову енергію і, як наслідок, вплинути на прискорення процесів.

Завдання психолога-реабілітолога – реалізація тієї частини реабілітаційної програми, яка стосується надання психологічної допомоги

пацієнтам, а також педагогічне втручання, спрямоване на мотивацію клієнтів (пацієнтів) до активної діяльності, проведення психоосвітньої роботи з родичами пацієнтів.

Таким чином, учасниками психологічної реабілітації можуть бути як безпосередньо самі клієнти (пацієнти), так і їхні рідні та родичі.

Функції реабілітації: діагностична; розвивальна (корекційна); профілактична; лікувальна; власне реабілітаційна (відновлення).

Психологічна діагностика – психологічне обстеження особистості, моніторинг змісту й умов індивідуального розвитку та можливості її інтеграції в суспільство.

Психологічна корекція **–** це корекція окремих властивостей пізнавальних процесів особистості й характеру (мотивів, інтересів, установок, ціннісних орієнтацій, поведінкових реакцій) з метою засвоєння оптимальних способів різних видів діяльності (ігрової, комунікативної, навчальної, професійної і т.п.) для можливості успішної й ефективної самореалізації і соціальної інтеграції.

Психологічна терапія **–** комплекс проведення індивідуальних і групових занять, мета яких – усунення психологічних, нервових і психологічних розладів. У результаті «пом'якшується» чи ліквідовується наявна симптоматика (клінічно орієнтована психотерапія) і змінюється ставлення до соціального оточення і власної особистості (особистісно орієнтована психотерапія). Не потрібно при цьому змішувати психотерапію та реабілітацію. Психотерапія виправляє або коригує недугу, реабілітація допомагає адаптуватися у середовищі.

Психологічне консультування – це комплекс процедур, призначених допомогти людині розв'язувати проблеми та приймати рішення щодо професійної кар'єри, сім'ї; для вдосконалення самої особистості та міжособистісних стосунків.

Психологічна профілактика – своєчасне попередження відхилень у сприйманні та поведінці, у становленні особистості, міжособистісних стосунках, це запобігання конфліктних ситуацій.

Психологічне прогнозування – розробка, апробація і застосування моделей поведінки особистості у різних умовах, проектування змісту і напрямів індивідуального розвитку, складання на цій основі життєвих планів та визначення тенденції до соціальної адаптації.

Поняття «реабілітація» (особливо коли це стосується дитячого віку) іноді містить процес набуття функцій, навичок, досягнення рівня соціалізації, якими дитина не володіла або ще не мала в своєму житті. Цей процес визначається таким поняттям як «абілітація».

Абілітація **–** це система лікувально-психолого-педагогічних заходів, що мають на меті попередження та лікування патологічних станів у дітей раннього віку, ще не адаптованих до соціального середовища, які призводять до стійкої втрати можливості працювати, вчитися і бути корисними членами суспільства. Це також система заходів, спрямованих на опанування особою

знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування.

Реабілітація як система має у своєму складі комплекс окремих підсистем і їхній взаємозв'язок: клініко-біологічна (розв'язання проблем гомеостазу, адаптації, компенсації); соціально-психологічна (аналіз проблем спілкування, відносини, взаємини тощо); етична (аналіз взаємовідносин соціального працівника з клієнтом на основі принципу партнерства); соціально-економічна (аналіз вартості відповідних витрат, економічної рентабельності реабілітаційних заходів); юридична (розробка правових норм і т. д.).

Реабілітація – багатогранний процес відновлення здоров'я людини і реінтеграції її в трудове і соціальне життя. Усі види реабілітації важливо розглядати в єдності та взаємозв'язку. Розрізняють медичну, психологічну, педагогічну, соціально-економічну, професійну, побутову й фізичну реабілітації.

Мета медичної реабілітації − повне або часткове відновлення здоров'я, компенсація втраченої функції.

Психологічна реабілітація передбачає вплив на психологічну сферу хворого, розв'язання таких завдань психологічної допомоги, як нормалізація психічного стану, подолання наслідків стресу та відновлення порушених психічних функцій.

Медична й психологічна реабілітація сприяють проведенню *соціальної реабілітації* хворого, відновленню його нормальних взаємин у суспільстві, насамперед у сфері праці. У результаті переборюється пов'язане із хворобою або інвалідністю відчуття соціальної неповноцінності, усувається надмірна увага хворого до свого захворювання.

Педагогічна реабілітація передбачає заходи виховного характеру, особливо стосовно хворих дітей. Це вироблення психологічної впевненості у власній повноцінності.

Соціально-економічна реабілітація розв'язує комплекс заходів щодо забезпечення хворого або інваліда житлом і пенсією.

Професійна реабілітація – хворі вивчають доступні форми праці й оволодівають необхідним інструментом.

Побутова реабілітація спрямована на забезпечення інваліда протезами, засобами пересування та навчання елементів самообслуговування.

Фізична реабілітація посідає одне з основних місць у комплексі реабілітаційних заходів, заснована на широкому використанні засобів фізичної культури й спрямована на лікування травм і захворювань, профілактику ускладнень, відновлення психологічної сфери хворого, відновлення побутових і трудових навичок.

Таким чином, предметом реаблітаційної психології виступають психологічні аспекти процесу відновлення та розвитку порушених функцій внаслідок внутрішніх чи зовнішніх чинників на індивідуально-психологічному, особистісному та соціально-психологічному рівнях.

У генезі реабілітології можна спостерігати зростаюче усвідомлення потреб і можливостей реабілітаційної допомоги людині. У класичному розумінні реабілітація пов'язана з забезпеченням гідного та соціально повноцінного рівня життя людей.

Психологічні фактори в реабілітації – це внутрішні та зовнішні впливи, що визначають ефективність відновлення людини після травм або стресу, а психологічні порушення – це психічні розлади, симптоми гострого стресу, неврологічні та психосоціальні проблеми, які потребують корекції та психологічної допомоги для покращення якості життя.

Фактори, що впливають на процес відновлення:

- **Внутрішні фактори:** думки, емоції, мотивація, переконання, риси особистості, які можуть як сприяти, так і перешкоджати реабілітації.
- **Зовнішні фактори:** соціальне оточення, підтримка родини, умови життя, стресові ситуації, що можуть як позитивно, так і негативно впливати на психічний стан.

Вирішальна роль психологічних факторів: Вони визначають, наскільки людина готова до змін, чи зможе вона адаптуватися до нових умов, і загалом впливають на успішність відновлення.

Характеристика психологічних порушень.

- **Причини виникнення:** травми, стресові ситуації, важкі соціальні зміни, порушення прав, психоактивні речовини, вроджені або набуті розлади розвитку.
- **Типи порушень: Гострий психологічний стрес:** стан, що виникає у відповідь на надмірні навантаження, бойові дії, втрати.
- **Психічні та неврологічні розлади:** хвороби, що вражають центральну нервову систему, потребують специфічного лікування.
- **Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин:** залежність та її наслідки для психіки.
- **Психосоціальна або інтелектуальна інвалідність:** порушення розвитку, які впливають на соціальну адаптацію та когнітивні функції.
- **Прояви порушень:** можуть включати зміни в емоційній сфері, поведінці, пізнавальній діяльності.

Важливість психологічної допомоги в реабілітації.

- **Корекція та розвиток:** спрямовується на корекцію порушень, розвиток пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та особистості.
- **Підвищення якості життя:** допомагає людині відновитися після травми або стресу, покращити самопочуття та адаптуватися до реальності.
- **Раннє втручання:** психологічна допомога повинна бути надана якомога швидше, особливо після травматичних подій.

Зазначені симптоми - гострий реактивний стан, агресія, депресія та порушення мислення - вказують на можливий гострий психічний розлад і вимагають негайного звернення до лікаря-психіатра для точної діагностики та призначення відповідного лікування, оскільки це може бути ознакою

серйозних станів, таких як психотичний розлад, шизофренія, або реакція на стрес.

Пояснення симптомів:

- **Гострий реактивний стан** - це раптовий психічний стан, що виникає як відповідь на сильний стрес або травматичну подію, і може проявлятися тривожністю, панікою, відчуттям нереальності чи зміненим сприйняттям оточення.
- **Агресія** - це поведінка, спрямована на заподіяння шкоди або знищення, і може бути виразом сильного емоційного розладу, фрустрації чи стану розгубленості.
- **Депресія** - це розлад настрою, що характеризується глибоким смутком, втратою інтересу до життя, зниженням самооцінки та соціальною ізоляцією.
- **Порушення мислення** - це зміни в логіці, послідовності та ясності думок, що можуть проявлятися як плутаність, незв'язність мови, марення або галюцинації.

Що робити:

1. Негайно зверніться до лікаря-психіатра або викликайте екстрену медичну допомогу, якщо стан людини небезпечний для неї самої або оточуючих.

2. Забезпечте безпеку – видаліть будь-які потенційно небезпечні предмети.

3. Спробуйте зберігати спокій і спілкуватися з людиною в спокійній, підтримуючій манері.

4. **Не залишайте людину саму**, якщо є ризик самопошкодження.

Педагогічна та психологічна майстерність у терапії та реабілітації

Лекція № 3. Сутність педагогічної реабілітації у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта.

Питання:

Педагогічна реабілітація та різновиди педагогічної реабілітації.

Завдання педагогічної реабілітації та основні принципи.

Об’єкти педагогічної реабілітації, методи, засоби та заходи педагогічної реабілітації.

Майстерність - це високий рівень умілості, вправності та досконалості у виконанні будь-якої справи чи твору, а також властивість бути майстерним у чомусь. Це якість, набута внаслідок тривалої та наполегливої праці, що проявляється у високій якості роботи та здатності доводити її до досконалості.

Ключові аспекти майстерності:

- **Умілість і вправність:** Майстерність означає вміння робити щось легко, впевнено та якісно, використовуючи набуті навички.
- **Досконалість:** Висока якість виконаної роботи, твору чи дії, що є результатом майстерності.

- **Набута якість:** Майстерність не є вродженою, а здобувається протягом багатьох років кропіткої праці та практики.
- **Використання навичок:** Це здатність застосовувати різноманітні навички та знання у певній сфері, наприклад, у педагогіці чи мистецтві.

Приклади майстерності:

- **Майстерність письменника:** Здатність писати так, щоб мова зверталася до розуму та серця читача.
- **Педагогічна майстерність:** Вміння доносити знання у цікавій та доступній формі для здобувачів освіти.
- **Професійна майстерність:** Результат оцінювальних дій, що переводить будь-яку діяльність у професійну.

Педагогічна майстерність **-** це високий рівень професійної діяльності педагога, що передбачає глибокі знання предмету, володіння ефективними методиками викладання, розвинені педагогічні здібності, техніки та навички, а також здатність до рефлексії, творчості та самовдосконалення для досягнення найвищих результатів у навчанні учнів, вміння передавати знання, формувати навички учнів та ефективно організовувати навчальний процес, використовуючи педагогічні знання, здібності та техніки.

Суть: Це комплексна властивість особистості, яка дозволяє вчителю досягати високих результатів у своїй професійній діяльності.

Педагогічна майстерність у терапії та реабілітації???

Спробуємо сформулювати це поняття.

Педагогічна майстерність у терапії та реабілітації полягає у вмінні фахівця ефективно навчати та мотивувати пацієнтів відновлювати фізичні, психічні функції та навички самообслуговування через цікаві, стислі й творчі методи викладання. Вона включає професійні знання, педагогічні здібності, техніку та здатність до новаторства, а також забезпечує успішне проходження реабілітаційного процесу, включно з опануванням шкільної освіти та підготовкою до повсякденної діяльності.

Ключові аспекти педагогічної майстерності в реабілітації:

- **Навчання та мотивація:** Передавати знання у зрозумілій і захопливій формі, щоб пацієнт міг опанувати нові вміння та навички.
- **Професійні знання та здібності:** Фахівець повинен мати глибокі знання у своїй галузі, а також педагогічні здібності для ефективного викладання.
- **Педагогічна техніка:** Володіти різноманітними прийомами та методиками для роботи з пацієнтами, включаючи дітей, які потребують педагогічної реабілітації.
- **Відновлення навичок самообслуговування:** Допомагати пацієнтам розвивати необхідні вміння для самостійного життя.

- **Освітній компонент:** Включати в процес реабілітації освітні заходи, щоб забезпечити здобуття шкільної освіти для пацієнтів, особливо дітей з інвалідністю.
- **Творчий та естетичний характер:** Проявляти творчість у педагогічній діяльності, що відображає високий рівень практичної майстерності.
- **Новаторство:** Прагнення до педагогічного новаторства є найвищим ступінем майстерності, що дозволяє впроваджувати нові та ефективні методи реабілітації.

Застосування в різних сферах реабілітації:

- **Лікарні та реабілітаційні центри:** Тут педагогична майстерність використовується для відновлення функцій та набуття нових навичок.
- **Заклади для дітей з інвалідністю:** Зокрема, для забезпечення педагогічної реабілітації, яка охоплює як освітні, так і виховні аспекти.
- **Спортивна реабілітація:** Допомагає спортсменам відновити фізичні здібності після травм.

Ключові компоненти педагогічної майстерності:

- ***Професійна спрямованість:*** Чітке розуміння цілей та задач виховання і навчання.
- ***Професійні знання*:** Глибоке знання свого предмету та методик його викладання.
- ***Педагогічні здібності*:** Природні та набуті якості, що допомагають ефективно викладати.
- ***Педагогічна техніка*:** Вміння використовувати різноманітні методи, прийоми та засоби навчання для зацікавлення учнів.
- ***Рефлексія та саморозвиток*:** Критичне ставлення до власних знань та професійної діяльності, постійне самовдосконалення та пошук нових творчих рішень.
- ***Новаторство:*** Прагнення до інновацій, застосування передових педагогічних ідей та технологій.

Рівні: Елементарний, базовий, досконалий та творчий, що відображають ступінь професійної компетентності педагога.

Важливість педагогічної майстерності:

- **Ефективне навчання:** Педагогічно майстерний вчитель здатний донести знання в зрозумілій, захопливій формі, що сприяє кращому засвоєнню матеріалу учнями.
- **Розвиток учнів:** Майстерність допомагає створити умови для розвитку особистості кожного учня, стимулюючи його до самостійної та колективної творчості.
- **Професійне зростання:** Це показник найвищого рівня професійної діяльності, що дозволяє досягати значних успіхів у своїй роботі та ставати зразком для інших.

Психологічна майстерність є складовою педагогічної, яка зосереджується на розумінні, формуванні та розвитку психологічних якостей учнів, створюючи сприятливі умови для їхнього навчання та особистісного зростання.

Роль: Є інтегральною частиною педагогічної майстерності, спрямованою на розуміння психології учнів.

Складові: Емпатія та педагогічний такт. Вміння розуміти емоційний стан учнів та діяти тактовно.

Психологічна культура: Здатність створювати психологічно сприятливу атмосферу в класі.

Формування особистості: Вміння впливати на розвиток особистісних якостей учнів, їх мотивацію та самооцінку.

Взаємозв'язок. Педагогічна та психологічна майстерність тісно взаємопов'язані: успішний педагог повинен бути не лише висококваліфікованим фахівцем у своїй галузі, а й психологічно грамотним, здатним враховувати індивідуальні особливості кожного учня та створювати комфортні умови для його розвитку.

Педагогічна реабілітація та різновиди педагогічної реабілітації.

Педагогічна реабілітація – система педагогічних заходів, спрямованих на відновлення частково втрачених або ослаблених властивостей і функцій організму людини (дитини), щодо оволодіння знаннями, уміннями і навичками з метою максимально повного розвитку її індивідуальних можливостей і адаптації до навколишнього світу.

Метою педагогічної реабілітації є рання профілактика відхилень в розвитку, поведінці, діяльності та спілкуванні неповнолітніх та різностороння допомога дітям групи ризику, тобто це робота з педагогічно занедбаними дітьми.

З різновидів педагогіки можна відмітити ті, що безпосередньо пов’язані з педагогічною реабілітацією:

- Пенітенціарна педагогіка – галузь педагогічної науки, яка вивчає діяльність з виправлення осіб, які вчинили злочин і засуджені до різних видів покарань.
- Соціальна педагогіка – досліджує теоретичні та прикладні проблеми в галузі позашкільної освіти й виховання дітей і дорослих. Останнім чином усе ширше вживається поняття «друга освіта», яку дають багатопрофільні освітньо-виховні установи.
- Корекційна педагогіка опрацьовує теоретичні основи, принципи, методи, форми і засоби виховання та освіти дітей і дорослих, які мають відхилення у фізичному і психічному розвитку (тифлопедагогіка, сурдопедагогіка, логопедія).
- Педагогіка «третього віку» опрацьовує систему освіти, розвитку літніх людей. Світова практика роботи з тими, хто припинив активну

професійну діяльність на виробництві; показує різноманітність варіантів способу життя пенсіонерів.

Завдання педагогічної реабілітації та основні принципи.

Завдання педагогічної реабілітації:

- Створити середовище (умови) для відновлення потенціалу природного розвитку сил людини (дитини): пізнавальних, емоційних, когнітивних, духовно-моральних, її гармонійної цілісності.
- Виявити причини деформації в розвитку людини (дітей та підлітків).
- Пошук засобів і способів їх усунення.
- Оптимізація умов життя, виховання та навчання.
- Побудова адекватного педагогічного процесу, що сприятиме розвитку нормальної особистості.
- Своєчасний вияв осіб групи ризику.
- Оздоровлення їх внутрішнього світу, подолання психологічної кризи.

Основні принципи педагогічної реабілітації:

- Облік регіональних особливостей, соціокультурної та економічної ситуації в регіоні. Цей принцип передбачає знання характеристики контингенту, структури установ, кадрової ситуації з метою організації єдиного реабілітаційного простору.
- Партнерство, цей принцип полягає в опосередковані всіх педагогічних, психолого-педагогічних, лікувально-реабілітаційних заходів через особу людини (дитини).
- Різносторонність реабілітаційних заходів, передбачає комплекс всіляких заходів щодо реалізації реабілітаційної програми. Розрізняють наступні сфери реабілітації: родинну, суспільну, освітню тощо. У зв’язку із цим стає очевидною роль взаємодії в реабілітаційній програмі таких фахівців, як психологи, педагоги, лікарі, соціологи тощо.
- Єдність біологічних, психологічних і педагогічних методів, що підкреслює необхідність різнопланового розуміння особистості із врахуванням її психологічних, фізіологічних і патофізіологічних властивостей.
- Принцип ступінчастості передбачає поступовий перехід від одного реабілітаційного заходу до іншого у зв’язку із основними потребами на даний момент, відповідно до віку, стану організму та психосоціальним особливостям особи.
- Принцип індивідуально-особового, гуманістичного підходу визначає адресний і щадний характер допомоги і передбачає облік не лише зони актуального, але і зони найближчого розвитку людини, орієнтацію в роботі з ним на загальнолюдські цінності.

Об'єкти педагогічної реабілітації, методи, засоби та заходи педагогічної реабілітації.

Об'єкти педагогічної реабілітації:

- Соціально та педагогічно запущені діти та молодь (діти з неблагополучних сімей).
- Діти з відставанням у навчанні (невстигаючі).
- Неповнолітні правопорушники (діти вулиці).
- Дезадаптовані підлітки з відхиленою поведінкою (діти-девіанти).
- Люди з порушенням психосоматичного та нервово-психічного здоров'я і функціональними відхиленнями, у тому числі діти із затримкою у розвитку, діти з інвалідністю, діти які перенесли важку хворобу, молодь із захворюванням наркотичної та алкогольної залежності.
- Молоді сім'ї (студенти з дитиною).
- Діти, які мають батьків-інвалідів.
- Сім'ї біженців.
- Дитина іншої національності.
- Обдаровані діти.

Методи педагогічної реабілітації:

Переконання, власний приклад, метод інклюзії, тестування, бесіда, консультування, організація походів, екскурсії, соціотерапія, дидактичні ігри, задачі.

Засоби педагогічної реабілітації – це будь-які засоби, прилади та устаткування, які застосовуються в процесі реабілітації: відео матеріали, дидактичні засоби, аудіо-відео засоби, комп'ютерна техніка, іграшки, навчальні ігри, тести, мультимедійні засоби, диктофони (для людей з вадами зору), збільшувальні лупи, тренажери тощо.

В процесі професійної діяльності спеціалісти з фізичної реабілітації потрібно впроваджувати заходи по організації професійної реабілітації людей з особливими потребами. До таких заходів відносяться:

- Розпочинати професійну реабілітацію на ранніх етапах.
- Створення центрів поширення інформації про можливості професійної реабілітації.
- Створити єдиний банк даних щодо працевлаштування інвалідів, які потребують професійної та соціально-трудової реабілітації.
- Заходи з професійної реабілітації поширювати на всі категорії інвалідів.
- Вивчати попит ринку.
- Підвищувати конкурентоспроможність інвалідів на ринку праці, їх професійного та кваліфікаційного рівня.
- Проводити експертизу професійних потенційних здібностей.
- Проводити професійну підготовку, перепідготовку та професійну реабілітацію інвалідів.

- Проводити психологічну підтримку та психологічне супроводження процесу професійної реабілітації інвалідів.
- Організовувати роботу кадрової агенції.
- Надавати консультації з приводу вибору професії, професійної орієнтації.
- Проводити працевлаштування інвалідів.
- Впроваджувати дистанційне навчання інвалідів.

Професійне працевлаштування направлене на відновлення втрачених або ослаблених внаслідок травм чи захворювань професійних навичок або ж навчання новій професії при втраті здатності виконувати попередню роботу. Це досягається наполегливими цілеспрямованими тренуваннями, які вимагають значної допомоги реабілітолога, ерготерапевта кабінету працетерапії.

Професійна майстерність реабілітолога передбачає володіння умінням проведення трудової та побутової реабілітації. Трудова реабілітація - це система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць. Пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та фізичних можливостей особи (інваліда), а також раціональне працевлаштування(поновлення трудової діяльності особи за колишньою або за новою професією).

Заходами організації трудової реабілітації для людей з особливими потребами є рекомендації щодо спеціального робочого місця (інваліда), яке потребує додаткових заходів в організації праці особи з урахуванням її індивідуальних можливостей, обумовлених інвалідністю, шляхом пристосування основного і додаткового устаткування, технічного обладнання, тощо.

До заходів трудової реабілітації належать:

- Навчання інвалідів виробництву художніх та декоративних виробів.
- Підготовка спеціалістів з робітничих професій з метою подальшого працевлаштування інвалідів.
- Організація додаткових робочих місць для інвалідів, в тому числі з надомною працею.
- Дотримання принципу рівності по відношенню інваліда та здорового працівника безпосередньо на робочому місці.
- Сприяння забезпечення транспортних засобів для безперешкодного пересування до місця роботи.
- Проведення обладнання виробничих майстерень, які б відповідали встановленим нормам.
- Підтримка діяльності комп’ютерної школи для інвалідів з вадами зору.

- Впровадження новітніх комп’ютерних технологій для інвалідів по зору.

До побутової реабілітації відноситься комплекс заходів спрямованих на відновлення чи набуття повсякденних побутових навиків, пристосування побутових умов (житлового приміщення) відповідно до потреб особи. Якщо реабілітація (працетерапія) проводиться після хвороби, то необхідно поступово навчати побутовим навикам і пристосувати до повсякденного життя не зважаючи на хворобу.

Педагогічна реабілітація – це комплекс виховних, освітніх та корекційних заходів, спрямованих на відновлення, розвиток або компенсацію порушених функцій у дитини чи дорослого, забезпечення її соціальної адаптації та самореалізації. Вона допомагає особам з особливими освітніми потребами або іншими порушеннями опанувати необхідні знання, навички, розвинути психічні функції та інтегруватися в суспільство, досягаючи максимально можливого рівня самостійності та якості життя.

Основні цілі та завдання:

- ***Розвиток пізнавальних здібностей:*** Стимулювання мислення, пам'яті, уваги та інших вищих психічних функцій.
- ***Формування навичок:*** Навчання навичкам самообслуговування, комунікації та соціальної взаємодії.
- ***Корекція порушень*****:** Усунення або пом'якшення порушень у моториці, мовленні, емоційно-вольовій сфері та поведінці.
- ***Соціальна адаптація*****:** Допомога людині інтегруватися в суспільство, відновити соціальні зв'язки та досягти самостійності.
- ***Особистісний розвиток*****:** Стимулювання розвитку особистості, формування активної життєвої позиції та посилення турботи про себе.

Застосування та сфери реалізації:

- ***Діти з особливими освітніми потребами*****:** Педагогічна реабілітація є ключовим компонентом інклюзивної та спеціальної освіти, що дозволяє учням отримати необхідні знання та навички.
- ***Особи з інвалідністю*****:** Комплекс заходів для відновлення та компенсації порушених функцій, покращення якості життя.
- ***Діти та дорослі після травм або захворювань*****:** Відновлення порушених функцій, розвиток нових або компенсація втрачених можливостей.

Принципи реалізації:

- ***Активність особистості*****:** Участь самої особистості в реабілітаційному процесі для активізації її внутрішніх ресурсів.
- ***Індивідуалізація та диференціація*****:** Адаптація навчального процесу до індивідуальних потреб та можливостей кожної особи.
- ***Комплексний підхід*****:** Поєднання педагогічних методів з психологічною, медичною та соціальною реабілітацією для досягнення найкращих результатів.

Реабілітаційний простір - це сукупність умов, закладів та ресурсів, що створюють середовище для відновлення фізичного, психологічного та соціального функціонування людини, яка зазнала захворювання чи травми. Він охоплює як фізичне оточення (лікарні, реабілітаційні центри), так і психологічні та соціальні аспекти, що сприяють адаптації та поверненню до повноцінного життя.

Ключові компоненти реабілітаційного простору.

Фізичні об'єкти: Сюди входять реабілітаційні лікарні, центри та інші заклади, що надають необхідну медичну допомогу та умови для відновлення.

Медичні та психологічні ресурси: Це комплекс заходів, що включає медикаментозне лікування, фізичну терапію, психологічну підтримку, а також професійну орієнтацію.

Соціальна адаптація: Важливою складовою є створення умов для інтеграції людини в суспільство та відновлення її соціальних зв'язків.

Психологічний простір особистості: Це суб'єктивно значуща частина буття людини, яка охоплює фізичні, соціальні та психологічні явища, з якими вона себе ототожнює і які впливають на її діяльність та стратегію життя.

Приклади реабілітаційних просторів: Навчально-реабілітаційні центри: для дітей з вадами психофізичного розвитку. Реабілітаційні лікарні та центри, що надають допомогу в післягострому та довготривалому періодах відновлення. Амбулаторні реабілітаційні заклади, що пропонують послуги поза стаціонаром.

Загалом, ***реабілітаційний простір*** - це не лише фізичне місце, але й цілісне середовище, що включає всі необхідні умови для повного відновлення людини.

Системний підхід необхідний, оскільки він дозволяє досліджувати об'єкт як цілісну єдність, виявляти взаємозв'язки між його елементами, зрозуміти функціонування та розвиток цілого, а також розкрити його взаємодію з оточенням. Це дає можливість отримати повне, об'єктивне та глибоке розуміння досліджуваного явища, що недосяжне при ізольованому вивченні його частин.

Обґрунтування необхідності системного підходу.

Цілісність об'єкта: Системний підхід дозволяє бачити об'єкт як систему, що складається з взаємопов'язаних елементів, які в сукупності утворюють щось більше, ніж просто сума їхніх частин.

Взаємозв'язки та взаємодії: Важливим є виявлення та аналіз як внутрішніх зв'язків між елементами системи, так і зовнішніх зв'язків з іншими системами та середовищем.

Функціонування та розвиток: Системний підхід допомагає зрозуміти, як система функціонує в цілому, які процеси в ній відбуваються та як вона розвивається.

Ієрархічність: Він розкриває структуру об'єкта, дозволяючи простежити ієрархію його частин та підсистем.

Об'єктивність дослідження: Розгляд об'єкта як системи забезпечує більш повне та об'єктивне уявлення про його сутність, що важко досягти при фрагментарному аналізі.

Виявлення властивостей: Системний підхід дає змогу виявити властивості елементів, які вони набувають лише в контексті системи.

Наприклад: Досліджуючи процес навчання майбутніх соціальних педагогів, системний підхід дозволить зрозуміти, як взаємодіють навчальна, виховна та наукова діяльність, як вони впливають на соціалізацію та адаптацію, розкриваючи сутність механізмів формування креативності.

Ми навели ***чотири рівні організації реабілітаційного простору***, які охоплюють різні рівні впливу та взаємодії: мікрорівень (сім'я), мезорівень (індивіди та установи), екзорівень (ЗМІ та соціополітика) та макрорівень (економіка та культура). Ця модель показує, як індивідуальні, сімейні, соціальні та загальнодержавні фактори взаємодіють у процесі реабілітації.

Мікрорівень: Стосується безпосереднього оточення людини, яке включає її сім'ю та близьких, які є частиною життєво важливих підсистем. Вплив на цьому рівні є найпрямішим і включає підтримку, розуміння та адаптацію сімейних стосунків.

Мезорівень: Охоплює взаємодію індивіда з різними установами та організаціями, такими як реабілітаційні центри, медичні заклади, освітні установи, а також спілкування з іншими людьми в громаді.

Екзорівень: Це ширше соціальне середовище, яке включає засоби масової інформації, соціальну політику, закони та інші соціо-політичні чинники, що формують суспільне ставлення та можливості для реабілітації.

Макрорівень: Це найширші суспільні структури, що включають загальну економіку країни, культурні цінності, національні традиції та політичний устрій, які впливають на реабілітацію в цілому.

ВИСНОВОК. Відсутність в Україні системи громадського здоров'я на державному і місцевих рівнях, загальна розбалансованість, переважна орієнтованість вітчизняної системи охорони здоров'я та соціального захисту населення на хворобу та інвалідність, а не на профілактику захворюваності та здорову людину створюють реальну загрозу виникнення глибоких незворотних наслідків.

Особливе занепокоєння викликає нинішній стан здоров'я і спосіб життя дітей і молоді. Існує наявна потреба у розробці та реалізації антикризових державних програм в умовах дефіциту бюджетного фінансування. Основними факторами, які характеризують існуючу модель охорони здоров‘я є неефективність та застарілість.

Тривале ігнорування вказаних негативних факторів пов‘язано з тим, що політичне керівництво держави не прийняло та не використовувало у своїй повсякденній діяльності парадигму Здоров'я, в основі якої лежать принципи: права людини на здоров‘я, як основи економічного і соціального розвитку, політичної стабільності й найважливішого критерію життя кожної людини,

сім‘ї, громади держави; прямої залежності економічного благополуччя держави від здоров‘я нації, на яке значний вплив має дієвість системи Громадської Охорони Здоров'я; адекватного фінансування видатків на ГОЗ, як об‘єктивно необхідного чинника відтворення продуктивних сил держави.

Метою Концепції є визначення напрямів створення та модернізації управлінських, організаційно-правових, комунікаційних, фінансово-економічних, структурних та інших компонентів національної системи Корекційно-Реабілітаційних Послуг (КРП), реалізація яких сприятиме забезпеченню умов для збереження та зміцнення здоров‘я населення, відтворення та примноження людського капіталу української держави.

Побудова нової моделі національної системи надання КРП, в основу якої покладена європейська політика «Здоров‘я-2020», а саме: забезпечення комплексного підходу до зміцнення здоров‘я, профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення ефективного контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, підвищення рівня благополуччя громадян, формування ефективної системи надання КРП, яка забезпечувала б загальне охоплення доступною та якісною, а відтак безпечною допомогою.

В основу нашої програми покладена ідея взаємодії між системою та зовнішнім середовищем, врахування європейських цінностей, максимальне залучення всіх сфер соціального життя до вирішення завдань щодо оздоровлення людини: скринінг-інтегральна експрес-оцінка психофізичного стану дітей і дорослих за допомогою новітніх технологій; психолого-педагогічне консультування; соціально-психологічний тренінг; медико-психолого-педагогічний супровід; паспортизація здоров‘я учнів шкіл і студентів, працівників підприємств і організацій; оздоровчо-профілактичні програми відновлення організму.

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

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

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

Реабілітація у сфері охорони здоров’я – це комплекс заходів, що здійснюють фахівці з реабілітації, які працюють у реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно, надають реабілітаційну допомогу особі з обмеженнями повсякденного функціонування

(або такій, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування) для досягнення й підтримання оптимального рівня діяльності та якості життя у її середовищі.

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

Фізична терапія – процес забезпечення розвитку, максимального відновлення та підтримання рухової і функціональної спроможності осіб із обмеженнями повсякденного функціонування або локалізація дій, що можуть призвести до цього. Фізична терапія призначається, планується та здійснюється фізичним терапевтом або під його контролем. Фахівці з реабілітації – особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку.

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда – це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому відновних періодах. Мультидисциплінарну реабілітаційну команду очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який відповідає за організацію роботи команди, виконання індивідуального реабілітаційного плану та інших завдань, покладених на команду.

Основними завданнями мультидисциплінарної реабілітаційної команди є: 1) забезпечення доступності реабілітаційної допомоги за першої необхідності; 2) визначення реабілітаційного прогнозу, мети та завдань реабілітації, розроблення індивідуального відновного плану; 3) забезпечення комплексного підходу в наданні реабілітаційної допомоги та уникнення або зниження стійких обмежень життєдіяльності в осіб зі звуженим спектром повсякденних функцій; 4) забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у належній кількості; 5) внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану та обговорення стану виконання такого плану; 6) планування виписки особи та внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану для продовження його виконання в амбулаторних умовах після виписки із закладу, який надавав реабілітаційну допомогу.

Професійний та кількісний склад команди залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації, а

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

Формою роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди є збори, на яких за результатами реабілітаційного обстеження розробляється індивідуальний реабілітаційний план, розглядаються результати моніторингу та оцінки виконання плану і здійснюється його коригування. Збори можуть проводитися як за особистої присутності членів команди, так і дистанційно з використанням інформаційних технологій, що забезпечують дотримання лікарської таємниці та інших вимог законодавства щодо захисту персональних даних. Збори мультидисциплінарної реабілітаційної команди проводять щотижня для всіх функціонуючих мультидисциплінарних реабілітаційних команд реабілітаційного закладу, відділення та підрозділу. Збори очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини. Учасники зборів мультидисциплінарної реабілітаційної команди повинні забезпечити можливість результативного обговорення інформації про стан повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації.

Питання, що розглядаються на зборах мультидисциплінарної реабілітаційної команди, включають (але не обмежуються): – обговорення, затвердження та внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану; – обговорення змін функціонального стану особи, яка потребує реабілітації; – визначення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації, зокрема індивідуальними ортезними виробами та медичними виробами (виробами медичного призначення); – обговорення ступеня досягнення мети та завдань реабілітації, чинників, що сприяють чи заважають цим досягненням; – визначення тривалості перебування особи, яка потребує реабілітації, у реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі; – визначення інформаційних потреб з питань реабілітації особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї, осіб, які здійснюють догляд за особою з обмеженнями повсякденного функціонування; – планування виписки особи, якій надається реабілітаційна допомога. Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно кожної з осіб, яка потребує реабілітації, документуються за формою затвердженою МОЗ.

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда надає реабілітаційну допомогу в реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, а також у інших відділеннях, підрозділах та інших закладах охорони здоров'я в мобільному режимі. Лікарі інших спеціальностей долучаються до роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди в консультативному режимі за потреби. До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка надає

відновну допомогу в реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, входить соціальний працівник.

Кількісний склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди та штатний розпис реабілітаційного закладу, стаціонарних та амбулаторних відділень післягострої та довготривалої реабілітації розраховується відповідно до потреб у фахівцях з реабілітації з урахуванням: 1) кількості осіб, які потребують одночасного отримання реабілітаційної допомоги в умовах стаціонарного відділення після гострої та довготривалої реабілітації, та потреби у забезпеченні реабілітаційної допомоги високого обсягу. Кількість годин реабілітації на добу у стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації є результатом множення значення кількості осіб, які потребують одночасного отримання реабілітаційної допомоги, на три (мінімальна кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, на добу для забезпечення високого рівня реабілітаційної допомоги); 2) ступеня важкості обмежень повсякденного функціонування осіб, які потребують реабілітації (кількісна потреба у фахівцях з реабілітації для безпечного проведення однієї реабілітаційної сесії в однієї особи, яка потребує реабілітації); 3) потреби у забезпеченні надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду в інших відділеннях закладу охорони здоров'я; 4) потреби у забезпеченні надання амбулаторної реабілітаційної допомоги працівниками стаціонарного відділення післягострої та довготривалої реабілітації закладу охорони здоров'я або амбулаторним підрозділом реабілітаційного закладу, що має стаціонарний ліжковий фонд, протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів (кількість годин реабілітації, зокрема реабілітаційних сесій, в амбулаторних умовах на добу); 5) потреби у забезпеченні надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду у нереабілітаційних відділеннях інших закладів охорони здоров'я, які не мають у своєму складі реабілітаційних відділень та підрозділів (на підставі договорів, укладених між закладами); 6) нормативів навантаження фахівців із реабілітації.

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

До осіб, яким надається реабілітаційна допомога, належать: 1) особи з обмеженнями повсякденного функціонування; 2) особи, у яких захворювання, травми, вроджені порушення або інші стани здоров'я можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності; 3) члени сімей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування.

Обсяг реабілітаційної допомоги – показник, що визначається кількістю годин роботи фахівців із реабілітації з особою з обмеженнями повсякденного

функціонування за добу. Обсяг реабілітаційної допомоги може бути високим, середнім і низьким.

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

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

Обсяг реабілітаційної допомоги – визначаються кількістю годин роботи фахівців із реабілітації (кількістю реабілітаційних сесій) з особою, яка потребує реабілітації, за добу. Обсяг реабілітаційної допомоги може бути: – високий – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, на добу становить три та більше годин або 15 годин реабілітації на тиждень та більше; – середній – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, на добу становить від однієї до двох; – низький – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, становить одну годину на добу та менше.

Перелік дидактичних засобів, що забезпечують наочність практичних занять (проектор, ноутбук, слайди, плакати).

Література: основна: 1, 2; додаткова: 1, 2; конспект лекцій:

Завдання на СРС: Визначити основні завдання педагогічної реабілітації.

Лекція № 4. Технологія соціальної реабілітації у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта.

Питання: Поняття про соціальну реабілітацію, мета та основні принципи. Соціальна терапія та технологічні підходи соціальної терапії. Педагогічна технологія соціальної адаптації особистості і середовища.

1. ***Поняття про соціальну реабілітацію, мета та основні принципи.***

Під **соціальною реабілітацією розуміється комплекс заходів,** спрямованих на поновлення зруйнованих або втрачених людиною суспільних зв'язків і стосунків внаслідок порушень здоров'я зі стійким розладом функцій організму (інвалідність), зміна соціального статусу (літні громадяни, біженці, змушені переселенці, та інші), девіантної поведінки особистості (неповнолітні, особи що страждають на алкоголізм, токсикоманію і

наркоманію, звільнились із місць позбавлення волі тощо).

Соціальна реабілітація - це відновлення соціального статусу, інтеграцію особи в суспільство та її здатність до самостійної діяльності, особливо для тих, хто опинився у складних життєвих обставинах. Це включає психологічну підтримку, розвиток соціальних навичок, адаптацію до побуту, допомогу у працевлаштуванні та відновлення соціальних зв'язків.

Метою соціальної реабілітації є поновлення соціального статусу особистості, забезпечення соціальної адаптації в суспільстві, досягнення матеріальної незалежності.

Основні цілі та завдання

- **Відновлення соціального статусу:** Допомога в поверненні до повноцінного життя після травм, хвороб, конфліктів або інших життєвих змін.
- **Соціальна інтеграція:** Створення умов для включення людини до суспільства, налагодження соціальних зв'язків та взаємодії.
- **Розвиток навичок:** Навчання та тренування навичок самообслуговування, спілкування, вирішення проблем та адаптації до навколишнього середовища.
- **Психологічна підтримка:** Допомога у подоланні психологічних наслідків складних обставин, підвищення самооцінки та впевненості.
- **Сприяння самостійності:** Надання допомоги, яка сприяє самостійному управлінню своїм життям.

Соціальна реабілітація включає в себе соціально-середовищну орієнтацію, соціально-побутову адаптацію і соціально-побутовий устрій. Важливою частиною соціального блоку, реабілітаційної програми є заходи матеріальної допомоги (соціальні пенсії, компенсаційні виплати, адресна натуральна підтримка, тощо).

Основні напрями соціальної реабілітації

- **Психологічна реабілітація:** Відновлення психічних сил та функцій, подолання психологічних травм.
- **Соціально-побутова адаптація:** Допомога у пристосуванні до повсякденного життя, самообслуговування та умов проживання.
- **Соціально-середовищна орієнтація:** Допомога в орієнтації в соціальному середовищі, пошуку ресурсів та підтримки.
- **Соціокультурна реабілітація:** Формування естетичних, культурних установок та сприяння саморозвитку.
- **Професійна реабілітація:** Відновлення або здобуття професійних навичок, працевлаштування.

Ефективність соціальної реабілітації досягається усім комплексом заходів реабілітаційного характеру (медичних, психологічних, професійних, соціальних), а ступінь їхньої ефективності визначається рівнем соціалізації клієнта, його здатністю адаптуватися в суспільстві.

До основних принципів соціальної реабілітації можна віднести: якомога більш ранній початок здійснення реабілітаційних заходів, безперервність і поетапність їх проведення, системний і комплексний характер здійснюваних

програм, індивідуальний підхід до визначення обсягу і характеру спрямованості заходів.

Соціальна реабілітація ***спрямована*** на поновлення не тільки здоров'я, працездатності, але й соціального статусу особистості, її правового статусу, морально-психологічної рівноваги, впевненості у собі.

Соціальне консультування – це кваліфікована порада, допомога людям, що мають різні проблеми, з метою їхньої соціалізації, поновлення й оптимізації їх соціальних функцій, вироблення соціальних норм спілкування. У рамках соціального консультування, поруч з іншими його видами(медико-соціальне, психолого-педагогічне, соціально-правове, соціально-управлінське та ін.), сьогодні виділяють і соціологічний напрямок.

Основною метою соціологічного консультування є надання допомоги клієнту у розв'язанні його соціальних проблем і в налагодження міжособистісних стосунків з оточуючими. Така консультативна діяльність дозволяє клієнту розширити уявлення про себе і власну ситуацію, а потім пережити в собі нові можливості. Клієнт у результаті консультації повинен прийняти відповідальність на себе за те, що з ним відбувається. Особливість технології консультування полягає саме в активізації резервів і внутрішніх сил клієнтів для розв'язання проблемних, кризових, або конфліктних ситуацій.

До основних принципів соціологічного консультування відноситься: доброзичливе безоцінне ставлення до клієнта; орієнтація на норми і цінності клієнта; заборона давати поради клієнту; анонімність консультування; включення клієнта в процес консультування; розмежування особистих і професійних стосунків. У процесі консультування потрібно дотримуватися наступного:

- доцільності й цілеспрямованості(консультація повинна ставити конкретну мету, вирішувати конкретне завдання, проблему);
- добровільності й ненав'язливості(клієнт має право в будь-який час відмовитись від допомоги консультанта);
- ефективність консультації визначається цінністю ідей, а не статусом консультанта;
- методичної грамотності й компетентності(консультант повинен мати широку ерудицію й бути компетентним в галузі проблеми, що обговорюється).

Хто може скористатися

- Люди, які пережили психологічні травми або мають проблеми з психічним здоров'ям.
- Особи з інвалідністю.
- Люди, які постраждали від домашнього насильства.
- Діти, які опинилися в складних життєвих обставинах (втрата сім'ї, поведінкові труднощі).
- Особи, які пережили кардинальні зміни діяльності або соціального оточення.

Як отримати послугу

Для отримання послуг з соціальної реабілітації за рахунок бюджетних коштів, особа або її законний представник може звернутися до органу соціального захисту населення за місцем проживання або перебування.

2. ***Соціальна терапія та технологічні підходи соціальної терапії.***

Термін **терапія** від грецького «піклування, догляд, лікування», все більше набуває широкого значення. Саме життя містить іноді цілий ряд «терапевтичних» ситуацій, що сприяють нормальному здоров'ю людей: щасливе дитинство, любовні, дружні й товариські взаємостосунки, задоволення, отримане від роботи, віра або переконання, які допомагають краще зрозуміти смисл життя й багато іншого.

У загальному значенні: **Терапія** - це **процес лікування захворювань або розладів організму** за допомогою різних методів (медикаментозних, фізичних, психотерапевтичних тощо).

Основні значення:

1. **У медицині:** Терапія - це **галузь клінічної медицини**, яка вивчає **внутрішні хвороби** (тобто захворювання внутрішніх органів) і методи їх лікування без хірургічного втручання. *Наприклад*: кардіотерапія (лікування серцевих хвороб), фізіотерапія (лікування фізичними методами), медикаментозна терапія (лікування ліками).
2. **У ширшому сенсі:** Будь-який **систематичний вплив, спрямований на покращення стану людини** — фізичного, психічного чи соціального. *Наприклад*: арт-терапія, музикотерапія, психотерапія.

Отже, коротко: **Терапія** - це лікування або система заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини.

1. Тлумачний словник української мови (ТСУМ)

Терапія - Розділ медицини, що вивчає **внутрішні хвороби людини** та способи їх лікування без хірургічного втручання. Це **Лікування** (загалом): система заходів, спрямованих на **відновлення здоров'я.**

Медичний словник (М. П. Лапач, 2010)

Терапія (*грец. therapeia* - лікування, догляд) - **Сукупність методів і засобів лікування хвороб. Клінічна дисципліна**, що займається вивченням і лікуванням хвороб внутрішніх органів.

Словник іншомовних слів (О. С. Мельничук, 1985)

Терапія - Лікування, система заходів, спрямованих на **боротьбу з хворобами.** Галузь медицини, що досліджує **внутрішні хвороби.**

Велика українська енциклопедія (ВУЕ)

Терапія - Наука про **загальні принципи лікування захворювань,** а також **сукупність методів і засобів,** які застосовують для усунення патологічних процесів і відновлення здоров'я.

Oxford English Dictionary (OED, англ.)

Therapy — treatment intended to **relieve or heal a disorder**; a method of treating illness or improving a particular condition.

(дослівно: лікування, спрямоване на полегшення або зцілення розладу).

Отже, у більшості словників “терапія” трактується двояко:

1. **Як процес лікування (практичне значення);**
2. **Як галузь медицини (наукове значення).**

Медична (клінічна) терапія - Це традиційні методи лікування, які застосовуються лікарями-терапевтами та іншими фахівцями медицини. **Приклади: Медикаментозна терапія** - лікування лікарськими препаратами. *Напр.: антибіотики при інфекціях, жарознижувальні при гарячці.*

- **Фізіотерапія** - лікування за допомогою фізичних факторів (тепло, світло, струм, ультразвук, лазер тощо).
- **Киснева терапія** - застосування кисню для поліпшення дихання, особливо при захворюваннях легень.
- **Імунотерапія** - зміцнення або корекція імунної системи (наприклад, при онкології чи алергіях).
- **Гормональна терапія** - використання гормонів для регуляції функцій організму (наприклад, при цукровому діабеті чи порушеннях щитоподібної залози).

2. Психотерапія - Методи лікування, спрямовані на **покращення психічного стану** та **поведінкових реакцій** людини. **Приклади:**

- **Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)** - допомагає змінити негативні думки та поведінку.
- **Психоаналітична терапія** - дослідження несвідомих конфліктів і переживань.
- **Гештальт-терапія** - розвиток усвідомлення власних почуттів і потреб.
- **Сімейна терапія** - робота з родиною для поліпшення стосунків.
- **Арт-терапія** - використання творчості (малювання, ліплення) для самовираження і зцілення.

3. Альтернативна (допоміжна) терапія - Методи, що не завжди входять до офіційної медицини, але часто застосовуються для підтримки здоров’я. **Приклади:**

- **Ароматерапія** - використання ефірних олій для покращення самопочуття.
- **Музикотерапія** - вплив музики на емоційний стан.
- **Рефлексотерапія (акупунктура)** - вплив на біологічно активні точки тіла.
- **Фітотерапія** - лікування лікарськими рослинами.
- **Масажна терапія** - вплив на тіло для розслаблення, зняття болю, покращення кровообігу.

Але існує ширше тлумачення терміна "терапія"- особливо у сучасному гуманітарному, психологічному та соціальному контексті. Розберімо це детально:

Розширене (метафоричне, немедичне) значення. У сучасній мові слово **«терапія»** часто використовується **в переносному сенсі,** не лише як лікування тіла, а й **як будь-яка форма допомоги, підтримки чи зцілення** - психологічного, емоційного, духовного чи соціального.

Приклади таких уживань:

- *Арт-терапія* - допомога через мистецтво.
- *Музикотерапія* - вплив музики для зняття стресу.
- *Еко-терапія* - відновлення психічного стану через взаємодію з природою.
- *Соціальна терапія* - допомога людям у складних життєвих обставинах.
- *Терапія спілкуванням* - підтримка через людську взаємодію.

У таких випадках **«терапія» означає будь-яку діяльність, що сприяє поліпшенню стану людини** - навіть якщо вона не є медичною процедурою.

2. Лексикографічне підтвердження

Деякі сучасні словники **включають це ширше значення.** *Наприклад:*

Cambridge Dictionary: *Therapy - a treatment or something that is done to make someone feel better or happier.* (Терапія - це лікування **або будь-що, що допомагає людині почуватися краще чи щасливіше.)**

- **Мультитлумачний словник сучасної української мови (2021):** *Терапія - не лише лікування хвороб, а й будь-який вплив, спрямований на покращення фізичного, психічного або емоційного стану.*
- **Науково-гуманітарне розуміння:** У психології, педагогіці, соціальній роботі, навіть у філософії, термін "терапія" означає: **Процес підтримки, допомоги або зцілення людини через взаємодію, діяльність чи переживання.**

Тобто: не обов'язково лікар лікує пацієнта; **людина може зцілитися через творчість, діалог, спільноту чи природу.**

Підсумок:

Підхід	**Суть тлумачення**
Медичний	Лікування хвороб, відновлення функцій організму
Психологічний	Допомога у подоланні емоційних чи поведінкових проблем
Соціально-гуманітарний / метафоричний	Будь-яка форма підтримки, що сприяє покращенню добробуту, самопочуття чи гармонії людини

Отже, **“терапія” може означати не лише медичне лікування, а й будь-який вплив, який має зцілюючий або підтримувальний ефект** - тілесний, душевний або соціальний.

Соціальна терапія – це цілеспрямований процес впливу на соціальні стосунки та дії особистості чи групи, який реалізується за допомогою спеціальних технологій, що охоплюють методи, прийоми та впливи для вирішення соціальних проблем.

- **Суть:** Цільовий вплив державних структур, громадських організацій та релігійних об'єднань на конкретні прояви соціальних відносин та дій особистості чи групи.
- **Мета:** Вирішення соціальних проблем, профілактика складних життєвих обставин та подолання їх негативних наслідків.
- **Ключові елементи:**
  - **Соціологічні методи:** Системний аналіз, соціологічне прогнозування.
  - **Психологічні методи:** Психологічні прийоми, що використовуються в процесі терапії.
  - **Педагогічні методи:** Соціально-педагогічна робота, що спрямована на допомогу населенню.
  - **Інші методи:** Біографічний, соціально-економічний та інші.
- **Функції соціального працівника:**

Діагностична, прогностична, правозахисна, організаційна, профілактична, соціально-медична, соціально-педагогічна та технологічна.

- **Застосування:**

Ці технології використовуються в таких установах, як управління праці та соціального захисту, служби зайнятості, пенсійні фонди, територіальні центри тощо.

Технологічні підходи включають використання соціологічних, психологічних та педагогічних методів, а також соціально-економічні та організаційні інструменти для досягнення цілей соціальної роботи.

- **Загальне визначення:**

Сукупність методів, прийомів і впливів, що застосовуються для досягнення поставлених цілей у соціальному управлінні та наданні соціальної допомоги.

На сьогодні існує ***декілька напрямків у технологічних підходах соціальної терапії.***

По-перше, підхід, що базується на лікувальній функції соціальної роботи. Тут роль працівника як спеціаліста полягає в наданні допомоги клієнту у вирішенні його загальних проблем разом з медиками. Так, у США і в багатьох інших країнах Заходу соціальні працівники часто працюють у клініках і центрах психічного здоров’я, де дотримуються орієнтації на індивідуальне лікування.

По-друге, підхід соціального розвитку, який передбачає включення клієнта до активної групової діяльності для вирішення різних соціальних проблем за місцем проживання, на роботі, тощо; діяльність таких груп розглядається як процес «спільного розвитку», позитивно впливає на соціальний розвиток і здоров'я клієнтів.

По-третє, підхід, що базується на функції відстоювання інтересів клієнта. Тут основна задача зводиться до того, щоб роз'яснити потреби пригноблених або соціально уразливих людей суспільству, з якими вони живуть, тощо.

У змістовному аспекті використовують технологію соціальної терапії, спираючись на досягнення психології, психіатрії. Будь-який з методів терапевтичного впливу вимагає два компоненти: інтелектуальний, нав'язаний з інформаційним впливом слова, та емоційний – вираз обличчя, тембр та інтонації голосу, характер і особливості тестів соціального порівняння. Він повинен бути для клієнта авторитетом, зразком поведінки, експертом і емоційно близькою людиною шляхом зв'язка, що виникає в рамках терапевтичного процесу. У цілому, методи соціальної терапії бувають на двох формах роботи – індивідуальній і груповій, кожна з яких передбачає певну технологію побудови взаємодії між працівником і клієнтом.

Таким чином, соціальна терапія як певна технологія й форма втручання (інтервенція) у світ пацієнта може бути розглянута як метод «лікування», що впливає на психічні й соматичні функції організму; як метод впливу, пов'язаний з навчанням і професійною орієнтацією; як інструмент соціального контролю; як засіб комунікації.

3. Педагогічна технологія соціальної адаптації особистості і середовища.

Наступним поняттям при застосуванні технології соціальної реабілітації і педагогічна технологія соціальної адаптації особистості і середовища. Поняття ***«адаптація»*** від латинського ***«пристосування».*** Задача адаптаційного процесу - це проблема виживання людини шляхом пристосування потенцій організму індивіда до процесів природного і соціального середовища. Розрізняють чотири види адаптації людини: біологічна, фізіологічна, психологічна та соціальна. Ці види тісно взаємопов'язані, але іноді можуть мати відносну незалежність або набувати тимчасового пріоритету.

Повна соціальна адаптація людини включає фізіологічну, соціальну, управлінську, економічну, педагогічну, психологічну і професійну адаптацію.

Управлінська (організаційна) ***адаптація*** це керований процес. Управління ним здійснюється в плані впливу соціальних інститутів на особистість у ході її системної життєдіяльності, і в плані самоврядування, яке передбачає вимогливе, самокритичне ставлення людини до самої себе. Без управління неможливо надати людині сприятливих умов, створити

передумови для розвитку її соціальної ролі, впливати на неї, забезпечувати діяльність, що відповідає інтересам суспільства й особистості.

Економічна адаптація - процес засвоєння нових соціально-економічних норм і принципів економічних відносин суб'єктів. Включає адаптування до реальної соціальної діяльності розмірів допомоги з безробіття, рівня зарплати, пенсій і допомоги; вони повинні відповідати не тільки фізіологічним, а соціокультурним потребам людини.

Педагогічна адаптація відображає пристосування до системи освіти (навчання або освіти), що формує систему ціннісних орієнтирів особистості.

Психологічна адаптація розглядається як процес пристосування органів відчуття до особливостей діючих на них стимулів з метою їх кращого сприйняття і попередження рецепторів від зайвого вантажу. Цей процес відбувається безперервно, оскільки постійно змінюються соціально-економічні умови життя, політичні й морально-етнічні орієнтири, економічна обстановка тощо.

Професійна адаптація - це пристосування індивіда до нового виду професійної діяльності, нового соціального оточення. умов праці й особливостей конкретної спеціальності.

Педагогічна технологія соціальної адаптації – це процес, який допомагає людині пристосуватися до соціального середовища, узгоджуючи його вимоги зі своїми потребами та цінностями. Така технологія передбачає розвиток соціальних навичок, психологічної стійкості та здатність активно взаємодіяти із середовищем, а не просто пасивно пристосовуватися. Її застосовують для допомоги різним групам людей, які опинилися у складних життєвих обставинах, наприклад, дітям з ООП, ветеранам війни чи особам з інвалідністю.

Основні аспекти:

- **Двобічний процес**: Соціальна адаптація – це не лише пасивне пристосування, а й активна взаємодія, коли людина прагне впливати на середовище, а середовище – адаптує свої вимоги.
  - **Ключові цілі**: Відновлення та підтримка психоемоційного здоров'я.
  - Розвиток соціальних та побутових навичок.
  - Формування здатності до активної соціалізації та самостійності.
  - **Методи реалізації**: **Навчання та тренінги:** Проведення спеціальних занять, спрямованих на засвоєння нових навичок (наприклад, соціально-побутових).
  - **Психологічна підтримка**: Групова та індивідуальна робота з психологами для відновлення психоемоційного стану.
  - **Соціальний супровід**: Надання комплексної допомоги та підтримки у повсякденному житті.

- **Модифікація середовища**: Внесення змін у навчальні програми чи умови життя для полегшення адаптації, особливо для дітей з ООП або осіб з інвалідністю.

Приклади застосування:

- **Особи з інвалідністю**: Відновлення побутових навичок та соціальної активності через спеціальні програми реабілітації.
- **Ветерани війни**: Підтримка сімейних стосунків та допомога в соціалізації після повернення з фронту.
- **Діти з ООП**: Адаптація навчальних програм для забезпечення засвоєння знань та навичок на рівні однолітків в інклюзивному середовищі.

Технології соціальної реабілітації у професійній діяльності фізичного терапевта та ерготерапевта передбачають використання спеціалізованих методів для відновлення соціальної адаптації пацієнта, включаючи навчання самостійності, використання допоміжних засобів, адаптацію середовища та роботу з громадськими зв'язками.

Це включає спільну роботу для досягнення фізичного, психологічного, емоційного та соціального благополуччя людини, з урахуванням її домашнього та робочого середовища.

Фізична терапія

- **Фокус на руховому потенціалі:** Покращення фізичного стану для підвищення якості життя, підтримки здорового способу життя та профілактики.
- **Навчання самостійності:** Навчання пацієнта самодогляду, пересуванню та підтримці фізичного здоров'я.
- **Використання фізичних засобів:** Застосування фізичних вправ, масажу, мануальної терапії та інших фізичних факторів для відновлення функцій.

Ерготерапія

- **Фокус на щоденній діяльності:** Покращення здатності людини виконувати повсякденні заняття (робота, хобі, самообслуговування) після фізичних або когнітивних порушень.
- **Адаптація середовища:** Оцінка та допомога в адаптації домашнього, робочого та соціального середовища пацієнта для підвищення його незалежності.
- **Робота з сенсорними та руховими порушеннями:** Використання сенсорної стимуляції, профілактика депривації та переключення на доступну рухову активність, особливо в реанімаційних відділеннях.
- **Навчання та консультування:** Навчання родичів та персоналу особливостям догляду за пацієнтом для його кращої адаптації.

Спільні аспекти соціальної реабілітації

- **Мультидисциплінарний підхід:** Спільна робота фізичних терапевтів та ерготерапевтів для досягнення повного відновлення, що охоплює фізичне, психологічне, емоційне та соціальне благополуччя.

- **Оцінка та визначення цілей:** Комплексна оцінка історії хвороби, функцій та середовища пацієнта для визначення реабілітаційних цілей, узгоджених з самим пацієнтом.

Соціальна педагогіка та основні завдання реабілітаційної діяльності соціального педагога.

Соціально-педагогічна реабілітація використовується для наступних категорій людей:

- особи, які мають фізіологічні чи психічні недоліки (порушення слуху, мови, затримка фізичного розвитку, розумова відсталість);
- соціальні сироти (в основному діти які залишилися без опіки батьків або які проживають в сім'ях девіантів, бомжів чи психічно хворих людей;
- особи, які тривалий час перебували в «сенсорній деривації» (психологічно недостатньому середовищі для розвитку, внаслідок інвалідності чи постійного впливу негативного фактору розвитку);
- діти або підлітки з відхиленням у структурі ігрової і навчальної діяльності (призводить до відхилень у емоційних контактах, у самоствердженні та професійному самовизначенні).

Основними завданнями реабілітаційної діяльності соціального педагога є:

- відновлення чи компенсаторний розвиток способів задоволення потреб осіб з фізичними і психічними відхиленнями у розвитку;
- правовий захист осіб які потребують реабілітації;
- відновлення або формування сенсорного досвіду у осіб, які мають затримку психічного розвитку за допомогою індивідуальної програми розвитку;
- відновлення структури ігрової та навчальної діяльності;
- відновлення соціального статусу у мікро- і макросередовищі;
- відновлення навичок спілкування;
- відновлення рівня освіти (оволодіння базовим компонентом змісту освіти);
- створення умов для професійного навчання;
- створення умов для самореалізації особистості як в професійній діяльності так і в інших сферах життя.

Об'єктивним показником ефективності реабілітаційної діяльності соціального педагога є соціальні досягнення особистості. Вони виражаються наступними показниками:

- вихованість особистості – це оволодіння соціально значимим способом задоволенням потреб, формування відповідальності за власні вчинки, здійснення вибору в суперечливих стосовно моралі ситуаціях;
- освіченість особистості – оволодіння необхідною системою знань про суспільство, культуру та науку;

- розвиток здібностей, які забезпечують особистості самоствердження в суспільстві. Розвиток здібностей характеризує індивідуальність та неповторність;
- соціальна і професійна самореалізація особистості – з'ясування своєї ролі в мікро- та макросоціумах, реалізація своїх можливостей у професійній діяльності;
- створення сім'ї – усвідомлений крок сформованої особистості, яка бере на себе відповідальність за виховання майбутнього покоління.

Окрему групу серед методів реабілітації становлять методи перевиховання.

2. Поняття про перевиховання.

Перевиховання – це педагогічний вплив, спрямований на попередження та подолання відхилень у поведінці особистості. Існує два різновиди цього методу:

- Власне перевиховання (як перебудова структури особистості, де структура особистості включає в себе мотив і поведінку).
- Виправлення (як викорінення певних недоліків).

До методів перевиховання відносяться:

а) метод переконання;

б) перенавчання (як здобуття нового досвіду);

в) переключення (праця, спорт, громадська діяльність);

г) метод "вибуху" (приклад за Макаренком).

Етапи застосування методу перевиховання розглянуто у творах А.С.Макаренка.

Важливим методом соціально-педагогічної діяльності є метод самовиховання (процес свідомого само-перетворення). "Пізнавши себе ніхто не залишається тим ким був" (Сократ). Етапи процесу самовиховання розглянуті у курсі Загальної педагогіки.

"Людині не достатньо пізнати саму себе, їй необхідно також знати спосіб, за допомогою якого вона зможе розумно показати, проявити себе і, в кінці кінців, змінити себе на краще" (Бекон). Найважчим у застосуванні цього методу є процес формування усвідомлення або розуміння необхідності і бажання здійснювати самовиховання. Для полегшення проходження цього етапу соціальний педагог може використовувати метод перспективи.

Не менш важливим в соціальній педагогіці є метод виховання колективом (власне процес соціалізації). Метод детально розглянуто у працях А. С. Макаренка "Педагогічна поема, «Сорока-Росінського «Школа імені Достоєвського».

3. Групи методів соціально-педагогічної реабілітації.

До методів соціально-педагогічної діяльності відносяться також такі групи методів:

1) метод подолання конфліктів:

а) прямі – розрізняють педагогічні (прохання, переконання, вимога), та адміністративні (попередження, наказ, звільнення, перевід, вигнання);

б) непрямі або опосередковані: авторитетного третього, виходу почуттів, метод емоційного заміщення, метод вимушеного вислуховування, метод розширення горизонту.

2) методи лікувальної педагогіки: метод переконання, перспективи, допомога у формуванні навиків саморегуляції і самодисципліни, метод зміцнення здоров'я засобами мистецтва (слова, хореографія, малювання, музикотерапія) організація рухових та розумових або інтелектуальних ігор – імаготерапія, виховання на позитивних прикладах – аретотерапія, використання природи в лікувально-виховних цілях.

3) методи народної педагогіки: виховання словом, ділом, релігією, природою, мистецтвом, традицією, грою та суспільною думкою.

4) метод тренінгу (сприяє розвитку уваги, спостережливості, уміння розуміти внутрішній світ людини та впливати на нього): вправа-гра, тренінг екстремальних ситуацій, тренінг соціальних ситуацій, рефлексивний тренінг (зняття стереотипу поведінки людини), організаційний тренінг (спрямовується на формування навичок керівництва ат підкорення).

5) методи діагностики: спостереження (включене, систематичне, не систематичне, ситуативне), первинна бесіда (ознайомлююча), анкетування (відкрите і закрите), тестування, соціометрія, інтерв'ю, моніторинг, генерація настрою (сприяє розв'язанню проблеми, зміни психічного або емоційного стану), біографічний метод (дослідження життєвого шляху людини).

Усі названі вище методи відносяться до так званої групи психолого-педагогічних методів.

Окрім психолого-педагогічних методів, відповідно до змісту діяльності соціального педагога розрізняють, ще дві групи методів:

- соціально-економічні (використовуються в роботі з малозабезпеченими сім'ями);
- організаційні (створення колективу, організація самоврядування, нових стосунків).

За ступенем поширення методи також бувають індивідуальні та групові.

Класифікують методи і за спрямованістю:

- методи формування свідомості особистості (демонстрація, бесіда);
- методи стимулювання діяльності та поведінки індивіда (перспективи);
- метод організації пізнавальної практичної діяльності і поведінки.

«Щоб змінити людей їх треба любити. Вплив на людей пропорційний любові до них» (Песталоцці).

Застосування певних методик у процесі вирішення конкретної проблеми формує технологію діяльності. Термін педагогічної технології офіційно був введений в науку у США в 40-х роках XX століття. Але у вітчизняній педагогіці з поняттям технології ми зустрічаємось вже у роботах А. С. Макаренка, який називав їх «програмами виховання».

Технологія соціально-педагогічної діяльності – це практична діяльність соціального педагога, яка характеризується раціональною послідовністю використання найрізноманітніших засобів, методів для досягнення результатів. Будь-яка технологія передбачає існування програми або алгоритму дій.

Програма 1:

Мета > Завдання > Зміст > Методи - Форми > Результат.

Програма 2:

Діагностика проблеми > Пошук вирішення > Розробка технології > Вирішення проблеми > Оцінка вирішення.

Впровадження технології в соціально-педагогічну діяльність дозволяє:

а) зекономити сили і засоби;

б) будувати соціально-педагогічну діяльність на науковій основі;

в) підвищити ефективність вирішення проблеми;

г) вирішити питання діагностики, профілактики, адаптації та реабілітації особистості (тобто соціалізувати особистість).

Перелік дидактичних засобів, що забезпечують наочність практичних занять (проектор, ноутбук, слайди, плакати).

Література: основна: 1, 2, 3; додаткова: 1, 2; конспект лекцій:

Завдання на СРС: Охарактеризувати групи методів соціально-педагогічної реабілітації. Пояснити сутність соціальної терапії.

Лекція № 5. Педагогічні принципи та механізмів формування рухових навичок у хворих в процесі виконання фізичних вправ. Педагогічні методи діяльності, переконання і вправи у фізичній терапії, ерготерапії.

Питання:

Педагогічні принципи при виконання фізичних вправ хворими.

Руховий динамічний стереотип як фізіологічна основа рухової навички.

Фази формування рухового досвіду та рухового динамічного стереотипу.

Методи та засоби діяльності у соціальній педагогіці.

Метод переконання та основні ознаки методу переконання і вимоги до нього.

Етапи формування навичок і звичок через вправу.

1. ***Педагогічні принципи при виконання фізичних вправ хворими***.

З метою результативного використання реабілітаційних заходів пацієнтам за допомогою різних фізичних вправ слід дотримуватись певних фізіологічно обґрунтованих педагогічних принципів.

Дотримуватись принципу всебічності застосування фізичних вправ повинні мати на меті не більш місцевий вплив, тобто прямий структурний і функціональний вплив на пошкоджену патологічним процесом ланку, але також загальний вплив на організм. Діючи і в якості неспецифічної терапії, вправи повинні підвищувати загальну тренованість організму, удосконалювати загальні нервоворефлекторні і ендокринно-гуморальні механізми регуляції, створюючи нові взаємини між функціональними системами захворілого організму, здатні підвищити як патогенетичний ефект впливу на болючий процес, так і загальну адаптацію і переадаптацію в умовах хвороби. Спеціальні фізичні вправи та інші доцільно виконувати на тлі різноманітних і загальноукріплюючих на організм вправ.

Свідомість є іншим принципом, який необхідно дотримуватись при виконані фізичних вправ в реабілітації. Свідома і активна участь і співробітництво хворого мають виключно важливе значення для ефективності застосовуваних реабілітаційних засобів. Це особливо відноситься до активних форм: ЛФК, трудотерапія та ін. Дотримання цього принципу стимульованого як через пояснення в ході виконання процедури, так і шляхом досягнення підходящого емоційного налаштування до занять, створює умови для оптимальної збудливості нервової системи, своєрідний «Оперативний спокій».

Таким чином, забезпечуються найкращі умови для протікання тих нервово-регуляторних і ендокринно-гуморальних процесів, які роблять лікувальну процедуру високоефективною. Разом з підвищенням активної участі хворого в лікувальному процесі підвищується психогенетичний ефект фізичного лікування.

Індивідуальний підхід до хворого виключно важливий. Необхідною умовою для дотримання цього принципу є попередньо точне з’ясування як характеру патологічного процесу (етіопатогенетично, симптоматично, диференційно-діагностичного і т.д.), так і реабілітаційного потенціалу хворого (ступінь тренованості, функціональні, адаптаційні та компенсаторні можливості). При розробці цілісної реабілітаційної програми (засоби,форми,методи тощо) не без значення також типу вищої нервової діяльності, вік, стать і професія хворого, його руховий статус.

Порушення принципу поступовості приводить до тих чи інших (в деяких випадках і до фатальних наслідків. Дотримання поступовості необхідно насамперед при підвищенні фізичного навантаження. Цей принцип слід дотримуватися як щодо окремої процедури (урок ЛФК та ін.), так і щодо всього курсу лікування, У ході окремої процедури необхідно дотримуватись наступного: проведення окремих етапів заняття (вступний, підготовчий, основний і заключний), систематичність при проведенні різних засобів і фізичних вправ, їх поступове збільшення за обсягом та інтенсивністю, У цілісному курсі лікування необхідно поступово збільшувати число і тривалість процедур, обсяг і число повторень, інтенсивність і темп виконання, складність вправ ті інше. При цьому в цілому курсі лікування слід дотримуватися такої

періодичності, яка забезпечила б поступовість у наростанні фізичних навантажень: підготовчий, основний, заключний етапи.

Систематичність - це принцип на якому ґрунтується рухова програма. Фізичні процедури повинні охоплювати порівняно довгий період часу, без тривалих перерв. У багатьох випадках заняття фізичного вправами не повинні закінчуватися з припиненням стаціонарного лікування, а тривають в амбулаторно-поліклінічних і домашніх умовах. У ряді випадків при інвалідності рухова програма впроваджується в побут хворого на все життя.

Порушення цього принципу-недостатня тривалість і повторюваність занять, різко знижує ефективність результатів і дотренованості. Використання різних фізичних вправ (за характером,обсягом і інтенсивністю) в реабілітаційних процедурах повинно забезпечувати достатню, оптимальну для кожного хворого силу подразника. Сила подразника визначається виглядом і масою м'язів, що беруть участь у роботі, тривалістю (обсягом і інтенсивністю (потужністю) виконаної фізичної роботи, залученістю в функціональні взаємини вегетативних функцій і аналізаторів.

Принцип почерговості забезпечує можливість тривалості лікувальної процедури пацієнту. Послідовні чергування фізичних вправ для різних м'язових груп зі спеціальними вправами загального характеру дає можливість шляхом використання фізіологічних механізмів так званого активного відпочинку при необхідності обсяг і підвищити ефективність фізичних процедур, без настання стомлення. Дотримання циклічності в чергуванні роботи з відпочинком пов'язано з визнанням оптимального інтервалу для відпочинку між двома вправами або двома процедурами. Оптимальний інтервал відпочинку дозволяє починати кожну наступну вправу чи процедуру не тільки в умовах повного відновлення, в й у фазі так званої суперкомпенсації.

Таким чином досягається підсумовування отриманих лікувальних результатів і підвищуються функціональні можливості на новому, більш досконалому етапі. Це приводить до досягнення найбільшого лікувального та тренувального ефекту.

При проведенні оздоровчо-лікувальних і тренувальних занять необхідно дотримуватись ***принципу наочності і доступності***. Пояснення виконання даного руху або вправи поєднується з показом, при чому хворий не тільки слухає пояснення і спостерігає за правильним виконанням вправи реабілітологом, а й сам повторює виконання (рухове підкріплення) до початку самої вправи. Шляхом підбору вправ, відповідних для рухового статусу хворого, забезпечується дотримання принципу доступності з урахуванням його правильного (з найбільшим лікувальним ефектом) виконання.

Кожному спеціалісту з фізичної реабілітації потрібно розуміти механізми формування рухових навичок та рухового динамічного стереотипу у хворих в процесі виконання фізичних вправ. Рухові навички це більш-менш складні звичні, завчені рухи, автоматизовані рухові акти, вироблені в процесі тренування в ході онтогенетичного розвитку людини. Вони є формою рухової

реакції, що сформувалася через багаторазове підкріплення основних етапів утворення тимчасових зв'язків.

Кожен рух є результатом умовно або безумовно виникаючого збудження у моторній зоні кори головного мозку. У той же час в корі головного мозку надходить потік імпульсів як з боку пропріорецепторів, так і з боку інших екстерорецепторів і інтрорецепторів, які беруть участь у сприйнятті результату, тобто робочого ефекту руху. Систематичні повторні поєднання збудження в моторних клітинах з порушенням в інших клітинах і зонах кори, куди надходять аферентні імпульси, приводять до утворення тимчасових зв'язків – умовні рухові рефлекси.

2. ***Руховий динамічний стереотип як фізіологічна основа рухової навички.***

Руховий динамічний стереотип є фізіологічною основою рухової навички. Він являє собою систему закріплених, що чергуються, умовних рухових рефлексів, обумовлених поєднанням і чергуванням в певному порядку процесами збудження і гальмування у відповідних зонах кори головного мозку.

Рухові навички і руховий динамічний стереотип мають фізіологічні особливості які важливі при застосуванні реабілітаційних фізичних вправ. Вони містять в собі комплекс різних компонентів: рухові компоненти (руховий пропріорецептивний аналізатор, нервово-м'язовий і опорно-руховий апарат); електрорецептивні компоненти (зоровий, слуховий, тактильний та інші аналізатори); вегетативні компоненти. Деякі з цих компонентів успадковані, філогенетично обумовлені (посилення кровообігу при фізичних зусиллях). Інші з них набуті (оволодіння різними типами дихання – діафрагмальне, грудне та ін.).

Стеріотипність рухової навички (з його консервативністю, економічністю і легким включенням діє тільки за допомогою пускового механізму) знаходиться в діалектичній єдності з його функціональним, мінливим, динамічним характером. Ця динамічність реалізується через існуючу екстраполяцію рухової діяльності. Існує велика різноманітність діяльності для вирішення даного рухового завдання. В рамках сформованої рухової навички і рухового динамічного стереотипу через зворотню аферентацію забезпечується адекватна реакція на новостворену ситуацію. Так, якщо під час ходіння (певний автоматизований руховий динамічний стереотип) зміниться нахил поверхні, то це викликає нове поєднання в роботі певних м'язових груп і відповідаючи вегетативне забезпечення при одному й тому же руховому навику – ходінні.

Формування нових рухових навичок і рухових динамічних стереотипів відбувається на підставі існуючих. Це зобов'язує реабілітолога добре знати послідовний розвиток різних моторних функцій в онтогенетичному розвитку людини. Тому, можна було б використовувати цю послідовність при навчанні та відновленні функцій при втраті або їх порушенні в результаті патологічного

процесу. Ця особливість дозволяє вирішувати швидше і з більшою ефективністю завдання у відношенні хворих з більш багатою руховою культурою. Рухові звички і руховий динамічний стереотип, що вже засвоєні і закріплені, мають програмований характер. Пусковий характер має тільки вказівка до початку вправи,при якому залучаються в дію за вже виробленої програми всі ланки, беруть участь у виконанні руху, всієї саморегульованої системи.

У результаті формування нових рухових динамічних стереотипів у ході виконання фізичних вправ не тільки збагачується рухова культура хворого, але також створюються нові кортико-вісцеральні зв'язки, нові вісцеральні динамічні стереотипи. Таким чином, організм вдосконалюється функціонально і структурно, покращується загальна регуляція і підвищуються його адаптаційні і компенсаторні можливості.

3. Фази формування рухового досвіду та рухового динамічного стереотипу.

Формування рухового досвіду і рухового динамічного стереотипу проходить через ***декілька фаз:***

- ***фаза генералізації*** характеризується широкою іррадіацією процесу збудження, у рухах відсутня точна диференціація. Відсутня достатня узгодженість між діяльністю опорно-рухового, нервово-м'язового апарату і діяльністю внутрішніх органів, швидко розвивається стомлення. Ця фаза характерна, головним чином, для першого підготовчого періоду при проведенні реабілітаційного курсу лікування. При цьому необхідне обережне дозування, при виконанні фізичних вправ, суворе дотримання фізіологічних принципів тренування і безперервний контроль за правильністю виконання рухів і вказівок;
- ***фаза концентрації*** збудливо-гальмівних процесів характеризується утворенням рухового цинічного стереотипу. Це здійснюється, з одного боку, на базі розвитку і зміцнення диференційного гальмування, а з іншого, за рахунок просторової і тимчасової концентрації процесу збудження. Створений протягом цієї фази руховий динамічний стереотип лабільний і легко зникає. Тому необхідно не переривати заняття фізичними вправами за виключенням спеціальних медичних показань для цього;
- ***фаза автоматизації***, тут руховий динамічний стереотип зміцнюється і стабілізується, вдосконалюється необхідна діяльність і взаємодія всіх компонентів рухової навички. Це кінцевий етап тренування, у ході виконання рухової програми організм працює як досконала саморегулююча система.

У результаті формування рухового досвіду і рухового динамічного стереотипу у хворого поліпшується стан опорно-рухового і нервово-м'язового апарату, дихальної та серцево-судинної системи, покращується його дієздатність.

Методи та засоби діяльності у соціальній педагогіці.

Методика – це сукупність методів, прийомів і засобів оптимального вирішення назрілої проблеми чи виконання певного виду діяльності.

Оскільки соціальна педагогіка із загальної педагогіки виділилась в окрему педагогічну дисципліну, а також, враховуючи зв'язок соціальної педагогіки з іншими суспільними науками, методи в соціальній педагогіці використовуються ті ж, що і в загальній педагогіці, психології, філософії, соціології, але всі вони мають свою специфіку.

Так, з точки зору філософії, метод – це спосіб практичного або теоретичного освоєння дійсності.

В соціальній педагогіці метод – це спосіб взаємодії соціального педагога з клієнтом, який сприяє соціалізації клієнта або його реабілітації в соціумі. Окрім поняття метод в соціальній педагогіці виділяють поняття прийому. Прийом – це конкретизований метод або його частка (метод реалізується саме через прийом). Прийоми використовуються залежно від методу, ситуації, досвіду соціального педагога та інших умов.

Усі прийоми поділяються на:

а) твірні (заохочення, увага, прохання, довіра, зміцнення клієнта у власні сили);

б) гальмівні (наказ, натяк, вдавана байдужість, недовіра, осуд, попередження, вибух емоцій).

Ефективність використання даних прийомів залежить від вищезгаданих умов, а також від міміки, жестів, тону соціального педагога і т. д.

Засіб діяльності це ширше поняття від прийому. Засоби соціально-педагогічної діяльності – це сукупність матеріальних, інтелектуальних, емоційних прийомів які використовуються соціальним педагогом в своїй діяльності. В якості засобів найчастіше виступають книги, засоби масової інформації, природа і навколишнє середовище. Існування засобів не залежить від бажання соціального педагога, але вміння їх використання призводить до досягнення ними позитивного результату.

Методи, прийоми і засоби в соціальній педагогіці тісно пов'язані між собою. Ефективність соціального педагога зумовлюється чіткою взаємодією та взаємо-відповідністю прийомів і засобів, що використовуються в межах даного методу і усієї методики. Особливістю діяльності соціального педагога, полягає у тому, що у людей з якими він працює, або ще не сформовані загальноприйняті норми поведінки і життя, або вони знівельовані (викривлені). Найчастіше в соціально-педагогічній діяльності використовуються методи переконання і вправи.

Метод переконання та основні ознаки методу переконання і вимоги до нього.

Переконання – це роз'яснення і доведення правильності і необхідності даної поведінки.

Основні ознаки методу переконання і вимоги до нього:

- метод переконання сприяє формуванню певної життєвої позиції;
- у ході переконання соціальний педагог впливає на свідомість, почуття і волю людини;
- виховна сила методу зумовлюється сприйняттям його людиною. У випадку несприйняття, метод переконання перетворюється в наказ (стає авторитарним);
- при застосуванні методу насамперед враховуються психологічні особливості клієнта, а також рівень його вихованості, інтереси та особистий досвід;
- переконувати слід перш за все словом;
- найважливішою частиною переконання є вимога.

При цьому слід пам'ятати, що будь-яка вимога повинна будуватись на повазі до особистості, розумінні її стану та зацікавленості долі особистості. Вимоги бувають: категоричні (не можна красти, не кради) і м'які (краще цього не робити, зроби будь-ласка);

Переконання реалізуються через такі педагогічні прийоми як:

- монологічні форми (розповідь з використанням алегорій, порівнянь);
- діалогічні форми (бесіда, диспут);
- позитивний приклад.

Слід зауважити, що приклад є найефективнішою формою переконання. "Довгий шлях через настанови, короткий – через приклад" (Сенека). "На виховання особистості можна вплинути лише особистістю" (Ушинський).

Іноді формою позитивного прикладу виступає ідеал. Ідеал – це рушійна сила для розвитку особистості. Основним завданням сучасного педагога є допомога у виборі позитивного ідеалу. Складність методу позитивного ідеалу полягає в тому, що ідеали для себе об'єкт вибирає незалежно від соціального педагога.

Не менш важливим в соціальній педагогіці є метод вправ. Вправа – це численне повторення дій і вчинків з метою закріплення певних навичок, умінь та формування звичок. З вправи формується поведінка. Поведінка складається з вчинків, які виражаються в дії, тобто вправа на початковому етапі формує дію.

Етапи формування навичок і звичок через вправу.

Формування навичок і звичок через вправу включає наступні етапи:

- постановка задачі;
- роз'яснення правил її виконання;
- формування потреби виконати задачу;
- практична демонстрація;
- організація практичної підготовки;
- постановка вимог;
- нагадування вимог;
- контроль за виконанням.

У практиці соціально-педагогічної роботи часто використовується також метод формування перспективи. "Надія вмирає останньою. Істинним мотивом людського життя є завтрашня радість" (Сенека).

Перспективи поділяються на:

- близькі (очікувана подія згорнута в часі);
- середні;
- далекі.

Особливо необхідний метод перспективи є у роботі з людьми, які з тих чи інших причин, на певний проміжок часу опинилися в ізоляції.

До корекційних методів соціально-педагогічної діяльності відносять, так само як і в педагогіці, методи заохочення і покарання. Ці методи неоднозначно трактуються як педагогами так і психологами, особливо це стосується методу покарання. Згідно чинного в Україні законодавства, будь-які прояви фізичного, психічного чи морального насильства над дитиною караються законом.

До використання цих методів ставляться такі вимоги:

- Як заохочення, так і покарання повинні бути спрямовані не на особистість, а на її вчинок.
- Заохочення і покарання повинні бути мобільні та індивідуальні.
- Обидва методи застосовуються лише авторитетною особою.
- Не використовувати ці методи часто стосовно однієї та тієї ж особи.
- Методи повинні мати свої різновиди.
- Для запобігання використання методу покарання застосовуються переконання (зміна одних цінностей іншими; перебудова свідомості) та попередження (прогнозування вчинків та їх негативних наслідків).

У соціально-педагогічній діяльності часто використовуються також методи соціально-педагогічної реабілітації.

Перелік дидактичних засобів, що забезпечують наочність практичних занять (проектор, ноутбук, слайди, плакати).

Література: основна: 1, 2, 3; додаткова: 1, 2; конспект лекцій:

Завдання на СРС: Пояснити сутність методу переконання і вимоги до нього.

Лекція № 6. Управління та маркетинг в сфері професійної діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта.

Питання:

Поняття про управління та маркетинг в оздоровчо-реабілітаційній сфері.

Складові елементи маркетингу у сфері оздоровлення і реабілітації.

Система знань про оздоровчо-реабілітаційний маркетинг.

Менеджмент є наукою, що вивчає принципи, методи та засоби управління для досягнення цілей організації з максимальною ефективністю. Він охоплює планування, організацію, керування та контроль ресурсів, і в той же час є мистецтвом застосування знань у практиці управління людьми, процесами та стратегіями.

Методи та підходи менеджменту як науки

Загальні методи: Діалектичний підхід, спостереження, моделювання, аналіз, синтез, індукція, дедукція.

Спеціальні методи: Збір та первинна обробка даних: Анкетування, інтерв'ювання, статистичний аналіз, групування, побудова графіків.

- Оцінка та узагальнення: Аналіз управлінських відносин, оцінка ефективності рішень, узагальнення передового досвіду.

Гуманітарні методи: Психодіагностика, соціоніка, методи соціальної психології (спостереження, експеримент, опитування).

Наукові основи менеджменту

- **Об'єкт вивчення:** Процес управління виробничо-господарською діяльністю підприємств та інших організацій.
- **Мета:** Підвищення ефективності роботи шляхом раціональної організації, оптимізації процесів, розвитку технічної бази та кваліфікації кадрів.
- **Сфери дослідження:** Менеджмент охоплює широкий спектр дисциплін, включаючи управління персоналом, операційний менеджмент, маркетинг, фінанси, стратегічне управління та інноваційний менеджмент.

Менеджмент як мистецтво та практика

- **Мистецтво:** Вміння добиватись поставлених цілей, використовуючи працю та інтелект інших людей.
- **Практика:** Повсякденна діяльність керівників з планування, організації, керування та контролю для досягнення організаційних цілей.

Функції менеджменту в охороні здоров'я - це планування (визначення цілей та стратегій), організація (створення структури та розподіл повноважень), мотивація (спонукання персоналу до роботи) та контроль (оцінка результатів та коригування дій). Ці функції є взаємопов'язаними процесами, спрямованими на ефективне досягнення цілей медичного закладу та забезпечення якісної медичної допомоги.

1. Планування

- **Сутність:** Прогнозування, встановлення цілей, розробка стратегій і завдань для досягнення цих цілей.
- **У сфері охорони здоров'я:** Включає розробку планів лікування, планів розвитку медичного закладу, визначення потреб у ресурсах (кадри, обладнання, медикаменти), а також прогнозування майбутніх потреб пацієнтів та стану здоров'я населення.

2. Організація

- **Сутність:** Створення структури управління, групування видів діяльності, делегування повноважень та встановлення зв'язків між підрозділами та працівниками.
- **У сфері охорони здоров'я:** Формування відділень, визначення ролей та обов'язків медичного персоналу, налагодження ефективних каналів комунікації (наприклад, між лікарями, медсестрами та адміністрацією), забезпечення раціонального використання ресурсів.

3. Мотивація

- **Сутність:** Процес спонукання працівників до діяльності через формування мотивів для досягнення як особистих, так і організаційних цілей.
- **У сфері охорони здоров'я:** Включає створення системи матеріального та нематеріального стимулювання (зарплата, премії, заохочення, покращення умов праці), що спонукає медичний персонал до якісного надання послуг, професійного розвитку та збереження високої мотивації.

4. Контроль

- **Сутність:** Моніторинг та оцінка результатів роботи, порівняння їх із запланованими показниками та прийняття коригуючих заходів за необхідності.
- **У сфері охорони здоров'я:** Відстеження якості медичного обслуговування, аналіз показників роботи (наприклад, задоволеність пацієнтів, рівень захворюваності, ефективність лікування), а також корегування процесу досягнення цілей, якщо виявлені відхилення.

Менеджер у сфері охорони здоров'я відповідає за планування, організацію, мотивацію та контроль роботи медичних закладів та команд для досягнення мети покращення здоров'я населення. Його роль передбачає розробку стратегій, управління ресурсами, комунікацію з персоналом та пацієнтами, прийняття рішень та впровадження змін, а також дотримання професійних якостей, таких як реалізм, організаторські здібності та вміння керувати.

Роль менеджера у сфері охорони здоров'я

- **Розробка та реалізація стратегій:** Визначення довгострокових цілей і розробка планів для їх досягнення в межах медичного закладу або установи.
- **Управління ресурсами:** Планування та розподіл фінансових, людських та матеріальних ресурсів для забезпечення ефективної роботи.
- **Керування командою:** Координація роботи медичного персоналу, формування команд та забезпечення ефективної взаємодії між ними.
- **Контроль та оцінка:** Моніторинг виконання завдань, аналіз результатів та контроль якості надання медичних послуг.
- **Прийняття рішень:** Самостійне прийняття відповідальних рішень, що стосуються діяльності закладу, а також управління ризиками.

- **Комунікація:** Встановлення ефективної комунікації з усіма зацікавленими сторонами, включаючи персонал, пацієнтів та партнерів.

Характерні особливості та вимоги

- **Організаторські здібності:** Вміння планувати, організовувати та керувати процесами.
- **Комунікабельність:** Здатність будувати ефективні взаємини з людьми на всіх рівнях.
- **Аналітичні навички:** Вміння аналізувати дані та приймати обґрунтовані рішення.
- **Знання законодавства:** Розуміння та застосування відповідних медичних, економічних та юридичних законів.
- **Лідерство:** Вміння мотивувати, надихати та вести за собою команду.
- **Стресостійкість:** Здатність зберігати спокій та ефективно діяти в умовах високого навантаження та стресу.
- **Цифрова грамотність:** Впевнене володіння комп'ютерними технологіями та системами.

Теоретичні основи маркетингу у сфері охорони здоров'я полягають у застосуванні класичних маркетингових принципів та інструментів для задоволення потреб пацієнтів та досягнення цілей медичних закладів. Ключовими елементами є орієнтація на клієнта, дослідження ринку, формування цінової політики, просування послуг, а також управління якістю та комунікаціями. Головними цілями є залучення нових і утримання існуючих пацієнтів, забезпечення високої якості обслуговування та підвищення лояльності.

Основні аспекти

- **Цілі маркетингу:** Залучення нових пацієнтів та утримання існуючих, підвищення задоволеності клієнтів та якості послуг.
- **Функції маркетингу:** Дослідження ринку, прогнозування попиту, планування асортименту послуг, ціноутворення та стимулювання збуту.
- **Комплекс маркетингу:**
  - **Товар/Послуга:** Якість медичних послуг, інноваційність, сервіс.
  - **Ціна:** Формування цінової політики, яка відповідає ринковим умовам та цінності для пацієнта.
  - **Місце (Розподіл):** Доступність послуг (розташування клінік, онлайн-сервіси).
  - **Просування:** Використання реклами, PR, стимулювання збуту та персональних продажів для інформування пацієнтів.

Принципи маркетингу:

- Орієнтація на споживача (пацієнта).
- Комплексність і системність.
- Гнучкість і адаптивність до змін ринку.
- Націленість на перспективу.

- Програмно-цільовий підхід.

- **Ключові поняття:** Потреба, запит, послуга, споживча цінність, якість, обмін, ринок.
- **Інструменти:** Сучасний медичний маркетинг використовує як традиційні, так і цифрові інструменти, такі як SEO, контекстна реклама, SMM, email-маркетинг.

Маркетинг реабілітаційних послуг - це комплекс інструментів і методів, спрямованих на планування, просування та реалізацію послуг реабілітації, які мають на меті виявити та задовольнити потреби пацієнтів, підвищити їхню задоволеність і, зрештою, поліпшити якість їхнього життя. Це включає розробку послуг, встановлення цін, організацію каналів розподілу та застосування методів просування (реклама, PR, стимулювання збуту) для створення взаємовигідних відносин із клієнтами.

Ключові аспекти маркетингу реабілітаційних послуг

- **Орієнтація на клієнта:** Виявлення та задоволення потреб пацієнтів є головною метою.
- **Комплексний підхід:** Використання різноманітних інструментів, таких як планування, реалізація та аналіз маркетингових активностей.
- **Цілі:** Підвищення споживчої задоволеності, забезпечення широкого вибору послуг та покращення якості життя пацієнтів.
- **Елементи маркетингу:** Включає розробку послуги, встановлення ціни, розподіл (канали збуту) та просування.
- **Просування:** Використання реклами, стимулювання збуту, персональних продажів та зв'язків з громадськістю (PR).

Сутність реабілітаційних послуг полягає в наданні комплексу заходів для відновлення або оптимізації функцій особи, яка зазнає або може зазнати обмежень, щоби допомогти їй повернутися до активного та самостійного життя. Реабілітаційні послуги класифікують за напрямками, як-от: медична, фізична, професійна та соціальна реабілітація, які можуть надаватися як окремо, так і у вигляді комплексної реабілітації.

Сутність реабілітаційних послуг

- **Основна мета:** Допомогти людині досягти максимальної самостійності та брати участь у житті суспільства, враховуючи всі її індивідуальні потреби та обмеження.
- **Принцип:** Це динамічний процес, який вимагає активної взаємодії між фахівцями, пацієнтом та його родиною.
- **Заходи:** Включають широкий спектр втручань, таких як фізична терапія, психологічна допомога, протезування, ерготерапія та інші.

Класифікація реабілітаційних послуг

- **Медична реабілітація:** Відновлення здоров'я та покращення функцій організму після хвороби чи травми, включає лікування, фізіотерапію, медикаментозну терапію.
- **Фізична реабілітація:** Зосереджена на відновленні рухливості, фізичної активності, координації та сили.

- **Психологічна реабілітація:** Надання психологічної підтримки, допомога у подоланні стресу, депресії, тривоги, адаптації до нового стану здоров'я.
- **Професійна (освітня) реабілітація:** Відновлення або отримання професійних навичок для повернення до роботи або працевлаштування.
- **Соціальна реабілітація:** Інтеграція особи в суспільство, відновлення соціальних функцій і статусу. Це може включати адаптацію до побуту, навчання та спілкування з оточенням.
- **Комплексна реабілітація:** Одночасне проведення різних видів реабілітації, де цілі та завдання різних напрямків взаємоузгоджені.

Схема послідовності дій фізичного реабілітолога перед наданням послуги включає збір інформації про пацієнта, первинний огляд та діагностику, складання індивідуального реабілітаційного плану, а також підготовку до початку реабілітації. Важливо ретельно вивчити історію хвороби, провести фізичний огляд, визначити цілі та методи лікування, а потім розпочати роботу з пацієнтом.

1. ***Збір інформації***

- **Вивчення історії хвороби:** Ознайомлення з медичною документацією пацієнта для розуміння його стану та анамнезу.
- **Консультація з пацієнтом:** Збір інформації про скарги, самопочуття, історію хвороби та попередні методи лікування.

2. ***Огляд та діагностика***

- **Фізичний огляд:** Оцінка рухових функцій, м'язової сили, гнучкості та координації.
- **Вимірювання показників:** Проведення вимірів тиску, ваги, об'ємів суглобів тощо, якщо це необхідно.
- **Діагностика:** Визначення рівня функціональних можливостей та наявних обмежень.

3. ***Планування реабілітації***

- **Складання індивідуального плану:** Розробка комплексної програми відновлення, що враховує специфічні потреби пацієнта.
- **Визначення цілей:** Спільне з пацієнтом встановлення реалістичних цілей, яких потрібно досягти за допомогою реабілітації.
- **Вибір методів:** Визначення найбільш підходящих методів: лікувальна фізична культура (ЛФК), масаж, мануальні техніки, фізіотерапія тощо.

4. ***Підготовка до сеансу***

- **Підготовка приміщення та обладнання:** Забезпечення необхідних умов для проведення реабілітаційних процедур.
- **Пояснення пацієнту:** Пояснення пацієнту суті вправ та процедур, які будуть виконуватися, для забезпечення його розуміння та мотивації.

Комплекс маркетингових комунікацій у сфері реабілітаційних послуг включає **рекламу, стимулювання збуту, зв'язки з громадськістю (PR),**

прямий маркетинг та особистий продаж. Ці інструменти використовуються для інформування, переконання клієнтів та побудови позитивного іміджу медичного закладу. Важливою частиною є також створення програм лояльності та збір зворотного зв'язку.

Основні елементи комплексу маркетингових комунікацій

Реклама: Інформаційні кампанії через різні медіа для широкої аудиторії.

Наприклад, оголошення в ЗМІ, медичних журналах, а також онлайн-реклама, яка показує переваги послуг і кваліфікацію фахівців.

Стимулювання збуту: Короткострокові заходи для заохочення клієнтів, наприклад, знижки на певний курс реабілітації або пакети послуг.

Зв'язки з громадськістю (PR): Формування позитивного іміджу через публікації, статті про успішні випадки, участь у тематичних конференціях та створення позитивного медійного образу.

Прямий маркетинг: Спрямовані комунікації з індивідуальними пацієнтами, наприклад, розсилка електронних листів, SMS-повідомлень з нагадуваннями про візит або пропозиціями, персоналізовані пропозиції.

Особистий продаж: Безпосереднє спілкування з потенційними клієнтами, консультації з фахівцями, пояснення особливостей реабілітаційного процесу та його переваг.

Додаткові інструменти

- **Програми лояльності:** Заохочення постійних клієнтів, які повертаються або користуються кількома послугами.
- **Збір зворотного зв'язку:** Активне опитування клієнтів для розуміння їхніх потреб та покращення якості послуг.
- **Брендинг та спонсорство:** Створення впізнаваного бренду та спонсорство тематичних заходів для розширення аудиторії.

На ринку реабілітаційних послуг для ***ціноутворення*** використовуються різні стратегії, такі як диференціація, ціноутворення на основі витрат, ціноутворення за конкурентами та ціноутворення на основі сприйнятої цінності. Ціна як концепція - це грошовий вираз вартості послуги, яка може бути динамічною (змінною), фіксованою, або пакетною, а її функції включають функцію розподілу, стимулювання та вимірювання вартості. Важливим є маркетингове дослідження для визначення цільової аудиторії та конкурентного середовища.

Поняття, види, функції та класифікація ціни

Поняття: Ціна - це грошовий вираз вартості послуги.

Види цін: Фіксована, динамічна, пакетна (для комплексу послуг).

Функції:

- **Розподільча:** Впливає на розподіл ресурсів.
- **Стимулююча:** Стимулює (або демотивує) споживачів та виробників.
- **Вимірювання вартості:** Слугує для порівняння цінності різних послуг.

Класифікація: Ціни можуть бути класифіковані за цілями, ринковими сегментами та послугами.

Структура ціни

- **Прямі витрати:** Вартість ресурсів, що безпосередньо використовуються (наприклад, оплата праці реабілітологів, витратні матеріали).
- **Непрямі витрати (накладні витрати):** Адміністративні, орендні, комунальні витрати.
- **Прибуток:** Очікувана прибутковість від надання послуги.

Стратегії та методи ціноутворення

Стратегії:

- **Диференціація:** Ціноутворення послуг, які мають унікальні характеристики та високу сприйняту цінність.
- **Ціноутворення на основі витрат:** Розрахунок собівартості послуги з додаванням бажаного прибутку.
- **Ціноутворення за конкурентами:** Встановлення цін з урахуванням цін конкурентів.
- **Ціноутворення на основі сприйнятої цінності:** Встановлення цін на основі того, яку цінність клієнт вважає такою.

Методи:

- **Ціноутворення за рівними витратами:** Загальна вартість витрат ділиться на кількість послуг.
- **Агреговане ціноутворення:** Ціноутворення комплексу послуг як єдиного пакету.
- **Залежно від цільової аудиторії:** Встановлення різних цін для різних сегментів клієнтів (наприклад, для людей похилого віку або дітей).

Процес формування цін

1. **Аналіз ринку:** Визначення цільової аудиторії, конкурентів та ринкових умов.
2. **Визначення цілей ціноутворення:** Збільшення прибутку, захоплення частки ринку або досягнення іншої мети.
3. **Визначення витрат:** Аналіз прямих та непрямих витрат.
4. **Оцінка конкурентних цін:** Аналіз цін конкурентів.
5. **Визначення цінової стратегії:** Вибір відповідної стратегії ціноутворення.
6. **Встановлення цін:** Встановлення конкретних цін на послуги.

Поняття про управління та маркетинг в оздоровчо-реабілітаційній сфері.

Управління в будь-якій області завжди є специфічною сферою діяльності, особливим видом праці. Тому необхідна спеціалізована підготовка кадрів. Від управлінської, організаторської діяльності багато в чому залежить ефективність рішення задач, що стоять перед оздоровчо-лікувальним та реабілітаційним процесом. Хороша організаторська робота залежить від

особливих якостей і здібностей керівника, від знання ним організовуваної справи, законів функціонування групового колективу, методики і особливостей управлінської роботи, уміння практично реалізувати намічені плани.

Організаторські знання це сума відомостей, пізнань в області організаторської роботи, чіткий аналіз всіх функцій діяльності колективів, розуміння цілей, завдань організації, знання психологічних основ управління колективом, знання особливостей особи, правових і нормативних положень.

Організаторські вміння в оздоровчо-реабілітаційній сфері – це здатність спеціаліста ефективно застосовувати одержані організаторські знання з практики, це уміння в обстановці, що постійно змінюється, вибирати вірне рішення і оперативно проводити його в життя, діяти з урахуванням ситуації, реальних умов, організовувати і проводити оздоровчо-реабілітаційні заходи, підвищувати фізичні спроможності людини.

Філософією бізнесу є маркетинг, без знання якого в умовах ринкової економіки складно добитися ефективного розвитку будь-якої галузі, а тому числі і оздоровчо-реабілітаційної. Оздоровчий маркетинг це знання складових елементів, функцій, механізму управління, особливостей організації і здійснення маркетингу у сфері оздоровчих, реабілітаційних, профілактичних, лікувальних послуг для населення.

Складові елементи маркетингу у сфері оздоровлення і реабілітації.

Складовими елементами маркетингу у сфері оздоровлення і реабілітації є:

- історія розвитку маркетингу в оздоровчій сфері;
- основи спонсорства і ліцензування в оздоровчій сфері;
- організація рекламної діяльності;
- джерела доходів в оздоровчій діяльності;
- правове регулювання маркетингу і питання оподаткування;
- організація проведення і фінансування оздоровчо-реабілітаційних заходів;
- сфери оздоровчо-реабілітаційних послуг;
- ціноутворення у сфері оздоровчо-реабілітаційних послуг;
- маркетингові дослідження.

Оздоровчо-реабілітаційний маркетинг це цілісна система знань про оздоровлення і реабілітацію людини та надання послуг як «товар», про його просування до споживача - людині, населенню, задоволення їх потребі отриманні економічної вигоди.

Система знань про оздоровчо-реабілітаційний маркетинг.

Система знань про оздоровчо-реабілітаційний маркетинг припускає, перш за все вивчення основних термінів, що носять як і загальний так і специфічний для даної діяльності характер. До загальних термінів слід

віднести меценатство, меценат, спонсорство, ліцензія, концесія, оренда, ринок, товар, послуга, ціна та інше.

Меценатство – акт або стиль поведінки, направлений на благодійність або захист з боку багатої, щедрої людини (організації, фонду) – мецената.

Меценат – людина, що надає фінансову або іншу матеріальну допомогу виключно за рахунок власних засобів і не переслідуючи інтересів економічного характеру.

Спонсорство – ділові взаємини, хто надає засоби, товари, послуги для бізнесу і які спонсор може використати в свої комерційних цілях.

Спонсор – економічний партнер, який чекає відповідної послуги від свого контр партнера за надання допомоги.

Ліцензія – дозвіл на здійснення якої-небудь діяльності.

Концесія – право, договір про передачу в експлуатацію чого-небудь на певний термін за відповідну винагороду.

Оренда – передача в експлуатацію за договором приміщення, обладнання, зали тощо.

Ринок – сукупність окремих елементів споживачів, які диференціюють купівельний попит і формуються в результаті комплексної взаємодії економічних, соціальних, психологічних і інших чинників.

Товар – продукт праці, вироблений для продажу.

Послуга – дія, зроблена для інших.

Ціна – грошовий вираз вартості товару (послуг).

Перелік дидактичних засобів, що забезпечують наочність практичних занять (проектор, ноутбук, слайди, плакати).

Завдання на СРС: Визначити основні елементи маркетингу в сфері оздоровлення і реабілітації.

Література: основна: 1, 2, 3; додаткова: 1, 2; конспект лекцій:

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров’я : навч. посіб. Київ : Центр учб. літ.; 2008. 640 с.

2. Баєва О. В. Менеджмент організацій: Мед. та фармац. менедж. К. : ДП «Вид. дім «Персонал», 2009. 336 с.

3. Голубков Є. П. Маркетинг для професіоналів: практичний курс : підручник і практикум для бакалаврату та магістратури. 2017. С. 358–390.

4. Іванечко Н., Борисова Т., Процишин Ю. Маркетинг: навч. посіб. Тернопіль : ЗУНУ, 2021. 180 с.

5. Котлер Ф., Катарджая Г., Сетьяван Ї. Маркетинг 4.0. Від традиційного до цифрового. К. : КМБУКС, 2019. 224 с.

6. Кузьмін О. Є., Мельник О. Г. Теоретичні та прикладні засади менеджменту: навчальний посібник. Львів: національний ун-т „Львівська політехніка”, 2016.

7. Моргулець О.Б. Менеджмент у сфері послуг: навчальний посібник. Центр навчальної літератури, 2019. 384 с.

8. Стасюк О. М. Маркетинг у сфері реабілітаційних послуг : навч. посіб. Л. : ЛДУФК, 2012. 167 с.

9. Стахів О. Г., Явнюк О. І., Волощук В. В. Основи менеджменту: навчальний посібник. За наук. ред. док. екон. наук, проф. М. Г. Бойко. Івано-Франківськ, «ЛілеяНВ». 2015. 336 с.

10. Худецький І.Ю., Антонова-Рафі Ю.В., Пономарьова Е.Е. Основи менеджменту, маркетингу та економіки в галузі охорони здоров'я: навч. посібник для студентів спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2022. 200 с.

11. Яцура В.В., Жук О.П. Менеджмент: навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2011.

Інформаційні ресурси

1. Електронна бібліотека підручників. URL: http:// www.infolibrary.com.ua/bookstext7303.html

2. Міністерство охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/

3. Національна бібліотека України ім В. І. Вербицького. URL: http://www.nbuv.gov.ua/

4. Національна наукова медична бібліотека України. URL: http://www.library.gov.ua/

5. Офіційний сайт Української асоціації маркетингу. URL: www.uam.kneu.kiev.ua/.

6. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник. URL: http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferiokhoronyzdorovia/5-zagalna-kharakteristika-pravovoji-sistemi-i-sistemi-okhoroni-zdorovjaukrajini/54-sistemaokhoroni-zdorovja-zagalniiogljad/#:~:text=0%B5%D0%BC%D1%96%D1%8F%20%D0%BC%D0%B5%D0%

7. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text

Лекція № 7. Педагогічні методи оцінки працездатності людини і визначення її динаміки.

Питання

Фізична і розумова працездатність людини.

Шляхи підвищення фізичної і розумової працездатність людини.

*1. **Фізична і розумова працездатність людини.***

Одним із об'єктивних критеріїв оцінки стану здоров'я людини є рівень фізичної працездатності. Висока працездатність є показником міцного здоров'я і навпаки, низькі її значення розглядаються як фактор ризику для здоров'я. Висока фізична працездатність, як правило, пов'язана з більш високою руховою активністю і меншою захворюваністю.

Прийнято розрізняти фізичну і розумову працездатність людини. Так, при фізичних навантаженнях первинно стомлюється м'язова, а при напруженій розумовій діяльності – центральна нервова система організму людини. Встановлено, що динаміка розумової працездатності взаємозалежна зі станом основних функціональних систем організму, хоча цей взаємозв'язок не є сталим.

Основою високої фізичної працездатності є хороша фізична тренованість як потенційна здатність організму людини адаптуватися до пропонованого їй навантаження. Істотним критерієм працездатності є вибір показників для її характеристики. Більшість дослідників пропонують використовувати для оцінки працездатності наступні показники:

- надійність і ефективність;
- стан систем і функцій організму, що забезпечують діяльність;
- хід відновлювальних процесів;
- дані поточного лікарського контролю.

Необхідно оцінювати вплив різних видів діяльності як на організм у цілому, так і на окремі його систему, тому що в будь-якій діяльності, фізичній чи розумовій, важкій чи легкій, бере участь увесь організм. При цьому основні системи (серцево-судинна, нервова, м'язова, дихальна) зазнають певного навантаження.

В одних випадках велике навантаження припадає на сенсорні, у інших – на нервові, у третіх – на м'язові утворення, у четвертих – на вегетативну систему організму. При цьому головний акцент припадає на визначення найбільш завантаженої системи, її вивчення й оцінку з погляду важкості, інтенсивності і напруженості роботи.

Ефективним засобом оцінки працездатності вважається системний підхід, орієнтований на якісне і кількісне отримане число показників для оцінки працездатності. Ці показники фіксуються у комплексній реабілітаційній програмі, що виключає дублювання або недостатнє дослідження органів і систем. У ході проведення реабілітаційної програми потрібно визначити наступні напрями працездатності людини. Так, ***працездатність людини може характеризуватися:***

- характером виконуваної роботи;
- змінами у стані різних органів і систем у результаті виконуваної роботи;
- суб'єктивною оцінкою фізичного стану (наявність і рівень стомлення).

У результаті аналізу уявлень про показники, що характеризують поняття «працездатність», потрібно визначити робоче поняття, що буде використовуватися у реабілітаційній програмі. Так, під ***фізичною працездатністю*** пацієнта потрібно розуміти визначений обсяг роботи, що може бути виконаний без зниження її якості. Під ***розумовою працездатністю*** пацієнта потрібно розуміти визначений обсяг розумової роботи з переробкою інформації у визначену одиницю часу без зниження

заданих критеріїв якості. Такий підхід потрібен спеціалісту з фізичної реабілітації для корегування навантаження при використанні фізичних вправ в якості засобів лікування і відновлення функцій організму, порушених або втрачених в наслідок захворювання, травм, перевтоми і інших причин.

Стосовно реабілітологів, які працюють у вищих навчальних закладах викладачами на кафедрах фізичного виховання зі студентами груп лікувальної фізичної культури, важливим є вивчення динаміки фізичної та розумової працездатності молоді в процесі організації навчально-виховного процесу. Дослідженню різних аспектів працездатності студентської молоді у процесі навчальної діяльності присвячені багато робіт.

Так, М. Я. Віленський визначив, що тільки через 20-30 хвилин після початку занять працездатність досягає оптимального рівня. За даними цих досліджень період підвищеної працездатності відзначається на протязі 3-4 годин, що супроводжується активізацією тих функцій організму, що забезпечують сприйняття, переробку і запам'ятовування інформації. Далі до кінця занять працездатність знижується внаслідок стомлення, особливо після лабораторних занять, і залишається на стабільному рівні після лекцій і семінарських занять.

Одностайні науковці в тому, що одним із шляхів підвищення фізичної і розумової працездатності людини, а також стійкості до психічних навантажень може слугувати застосування різноманітних фізичних вправ. Більшість дослідників визначають, що заняття з фізичного виховання, виконання фізичних вправ є ефективним засобом підвищення фізичної і розумової працездатності та зняття розумового стомлення.

Науковці з'ясували, що фізичне навантаження малої інтенсивності (частота серцевих серед скорочень 110-130 уд/хв) та моторною щільністю 40-50% помірно підвищує розумову працездатність студентів у наступні шість годин навчальної праці. Фізичне навантаження середньої інтенсивності (частота серцевих скорочень 130-160 уд/хв) і моторною щільністю 50-60% викликає найбільший підйом рівня розумової працездатності студентів та зберігається до кінця навчального дня. Фізичні навантаження малої і середньої інтенсивності доцільно розглядати як засіб скорочення періоду відпрацювання, стимулювання та подовження періоду високої працездатності.

2. ***Шляхи підвищення фізичної і розумової працездатність людини.***

Розумова працездатність студента є важливим показником, який може бути використаний реабілітологом для оцінювання стану інтелектуально-емоційної сфери без залучення спеціального обладнання. Якщо виконання різноманітних навчальних, фізкультурних завдань супроводжується збільшенням кількості помилок (послаблення уваги), утрудненням зосередження на завданні (зниження концентрації уваги), в'ялістю, апатією, втратою інтересу до діяльності - це тривожні сигнали, які поряд

із вегетативними змінами (прискорення чи зрідження пульсу, посилення потовиділення, тощо), головними болями є свідченням стомлення або перевтоми і загалом – погіршення здоров'я.

Фізична та розумова працездатність характеризується визначеною динамікою впродовж дня і тижня, зрозуміти біологічні закономірності якої дає змогу вивчення біоритмічної організації людського організму.

Початок дня називають фазою входження в роботу. У цей час відбувається, по-перше, налаштування нервових і гуморальних механізмів управління певним видом діяльності; по-друге, поступове формування необхідного стереотипу рухів; по-третє, досягнення потрібного рівня вегетативних функцій. Швидкість входження в роботу значною мірою визначається типом нервової системи, тому вона вища в холерика порівняно з флегматиком і в сангвініка порівняно з меланхоліком.

Після фази входження в роботу настає фаза оптимальної стійкої працездатності. У цей час людина діє, сприймає чи відтворює інформацію найбільш продуктивно і якісно. Природно, що тривалість цієї фази як і попередньої, індивідуальна і залежить від стану здоров'я, самопочуття, мотивації, умов виконання роботи (температурні показники, світловий і повітряний режим, фоновий шум тощо).

Поступово у процесі діяльності працездатність починає знижуватися, розвивається фаза стомлення. На цьому етапі реабілітологу важливо усвідомити фізіологічний механізм стомлення, правильно діагностувати його за зовнішніми ознаками, щоб застосувати адекватні прийоми компенсації. Стомлення це природний стан організму, який розвивається у процесі життєдіяльності або роботи і виявляється у пониженій працездатності (табл. 1).

Таблиця 1.

Об'єкти спостереження	*Стомлення незначне*	*Стомлення значне*	*Стомлення різке*
Увага	Нерегулярна, є деяке розслаблення	Розсіяна	Послаблена, реакція на нові подразники або нові словесні вказівки відсутня
Поза	Непостійна, розслаблення ніг і випрямлення тулуба	Часта зміна поз, повороти голови у різні боки, підтримка голови руками	Прагнення покласти голову на стіл, витягнутися відхилившись на спинку стільця
Рухи	Точні	Невпевнені, із затримкою	Метушливі рухи рук і пальців

Інтерес	Жвавий інтерес, бажання ставити питання	Слабкий інтерес, питань немає	Цілковитий брак інтересу, апатія

Внутрішній ритм організму - періодичне чергування можливостей та підготовкою організму до тих чи інших зовнішніх впливів залежно від часу доби, річного сезону та інших природних періодів. У існуванні таких ритмів практично ніхто з учених не сумнівається, суперечки йдуть лише про їхню причину і наслідки. Знання цих ритмів дозволяє приймати найбільш вірне рішення, наприклад, про те, коли найкраще робити щеплення дітям, складати іспит, готувати обід, відпочивати, коли побоюватися серцевого нападу, пити вино або керувати автомобілем і т. д. Протягом будь-якої години дня і ночі реакції на конкретні подразники людського організму різні, але вони мають властивість повторюватися у 24-годинному ритмі, що визначає життєдіяльність. Знання роботи органів та систем полегшить його «експлуатацію».

Відомо кілька вітчизняних і зарубіжних розробок на тему «наш внутрішній годинник». У деталях вони різняться: кожна має свої акценти та оригінальні знахідки, варті уваги. Але мета єдина: розібратися в цьому ритмі та діяти відповідно до нього, а не всупереч.

3.00 – так звана «година зміни». Саме тоді симпатична частина вегетативної нервової системи перебирає контроль над організмом. Внаслідок звуження кровоносних судин шкіри починається «фаза розігріву», під час якої зростає температура тіла, а організм поступово готується до роботи.

4.00-багатьом починає бракувати повітря. При деяких хворобах легені можуть бути цієї пори найслабшою частиною організму. Гладкі м'язи бронхів скорочуються, дихальні шляхи максимально звужені, вдихнути повітря важко. Здорові люди нічого не відчувають.

5.00 до нирок не доходить майже нічого. Активність нирок мінімальна. Протягом усієї ночі вони відправляли менше сечі до сечового міхура і видаляли менше шкідливих речовин. У цьому випадку біологічний ритм для нас сприятливий, тому що якби нирки були однаково активні весь час, то доводилося б схоплюватися серед ночі неодноразово.

6.00-час початку активності. «Внутрішній годинник» пробуджує всі системи. Серце починає працювати швидше, артеріальний тиск зростає. У крові з'являється більше глюкози та амінокислот, необхідних клітинам для отримання енергії та матеріалів для синтезу речовин, що підтримують життєві процеси.

7.00 з ранковими калоріями турбот менше. Травний тракт у найвищому тонусі, це найкращий момент для спорожнення нижнього відділу товстої кишки. І шлунок у найкращій формі — він легко впорається із сніданком. Більшість вуглеводів, що надійшли з їжею, в процесі метаболізму перетвориться на енергію, яка найближчим часом буде використано. Тому ранкові калорії викликають менше турбот навіть при надлишку ваги.

Концентрація у крові чоловічого статевого гормону (тестостерону) на 40% вище, ніж опівночі. Тому багато чоловіків відчувають найсильнішу сексуальну потребу, не маючи часу на її задоволення (маленький стрес!).

8.00-серце в небезпеці! У цей час серце обтяжує не тільки зростання артеріального тиску та прискорення ритму скорочень. З'являється інша небезпека особливо для хворого серця, венозні судини якого звужені через атеросклеротичний процес. Злипання тромбоцитів (кров'яних платівок) досягає добового максимуму. Це означає, що тромбоцити мають найбільшу схильність до утворення кров'яних згустків (тромбів), які можуть перекрити вже звужені кровоносні судини серцевого м'яза. Найважчим наслідком може стати інфаркт міокарда.

9.00 – максимум кортизону, мінімум лімфоцитів. Кортизон - гормон кори надниркових залоз - досягає максимального вмісту в крові. Одним із наслідків цього є зменшення числа лімфоцитів до найнижчого рівня протягом доби. Оскільки лімфоцити відіграють важливу роль в імунній системі, сила захисних реакцій організму різко знижується. Тому фактори, що викликають інфекційні захворювання, можуть легко виявити свою небезпечну дію.

10.00 мозок повністю активний. Це найкраща пора для інтенсивної розумової діяльності. Найкраще функціонує також короткочасна пам'ять, що зберігає інформацію лише протягом кількох годин. Загальний настрій досягає максимуму.

11.00 - найсприятливіший момент дня. Більшість тілесних функцій – на найвищих показниках. Організм здатний виконати будь-які завдання.

12.00 – з цього моменту лише «під гору». "Полуденний максимум" ще триває, але здатність до максимальної віддачі починає знижуватися. Звичайно, після досягнення піку активності потрібен відпочинок.

13.00-ритм змушує нас до відпочинку. Сонливість протягом дня настає кожні 4 години і це природний фізіологічний цикл. Просто у людей у різному віці та з іншими установками активності він має різну інтенсивність – від невеликого позіхання та бажання подрімати до засинання «на ходу». Найбільш яскраво цей цикл проявляється близько 13:00. Той, хто має в цей час працювати, змушений застосовувати більше зусиль, а результати при цьому значно нижчі, оскільки продуктивність знижується в середньому на 20%.

14.00 - зроби зрештою перепочинок для себе. «Післяполудневий мінімум» триває. Тіло і розум - у своєрідному розслабленні, не здатні на мобілізацію. Відпочинок просто необхідний.

15.00 - новий приплив сил. Здатність до напруги починає повертатися. «Внутрішній годинник» переставляє вегетативну нервову систему: від її симпатичного відділу, що забезпечує високу віддачу, до парасимпатичного, керуючого періодом спокою. Результати відчуваються, однак, із великим запізненням, лише за кілька годин.

16.00 – час профілактичних щеплень. У цей час щеплення найбільш продуктивні, оскільки викликають найменшу імунну реакцію, відрізняючись цим від ранкових щеплень. Думаєте, лікарі не знають про це? Ні, просто їм

зручніше робити щеплення вранці, а то підопічні (студенти, школярі) розбіжаться, не дочекавшись таких противних щеплень, а те, що вони життєво необхідні, не бажає знати ні підростаюче покоління, ні неуважні до свого здоров'я дорослі.

17.00-повторний пік. Здатність людини до зусилля досягає другого, хоч і трохи меншого максимуму. Серце знову перекачує більше крові, м'язи сильніші. Якщо тепер ви маєте можливість, займіться фізичними вправами, отримайте найбільший заряд енергії. Це також час для склянки вина. У пізні післяполудні години організм переробляє алкоголь у 5 разів легше, ніж рано вранці. Але... нагадаємо, пити — таки шкідливо!

18.00 - прагнення до спокою та відпочинку. Температура тіла тим часом найвища — близько 37,4 ОС, тобто. на 1 градус вище, ніж о 3.00 ранку. Але з цього часу температура тіла поступово знижуватиметься (звичайно, у здорової людини). Одночасно уповільнюють свій темп важливі функції організму, фізична потенція зменшується, починає превалювати прагнення відпочинку і спокою.

19.00- зовсім не вдалий час для стресів. Найкращий для організму годинник вже позаду. Навіть на стрес організм реагує явно слабше. В аналогічній стресовій ситуації опівдні кількість серцевих скорочень збільшується на 35%, а зараз лише на 25%.

20.00 - пік автоводійських здібностей. У цей час водії реагують дуже швидко та правильно. Час реакції - найкоротший протягом доби і становить 0,095 с. О 22.00 людина реагує значно повільніше, а о 2.00 — рефлекс просто нікуди, з 7.00 повертається стерпний час для рефлексу.

21.00-«стоп» для шлунка та кишечника. Травний тракт вже відпочиває Шлунок здатний виділити дуже мало травного секрету; близько півночі виділення припиняється майже повністю. Тому рясна вечеря «каменем лежить у шлунку» і може серйозно порушувати сон (пам'ятаєте про це люди похилого віку, адже шлунок тисне на серце, коли ви лежите!).

22.00 – діти ростуть уві сні! Гіпофіз дитини приблизно через годину після того, як вона заснула, виділяє дуже багато гормонів росту. Діють вони, зокрема, на ростові хрящі трубчастих кісток, порушуючи посилений поділ клітин. Батьки, пам'ятайте – діти ростуть уві сні!

23.00- найкраще бути в ліжку. Сон до півночі – найздоровіший. Нам можуть заперечити, що це — у «жайворонків», а «совам» краще засипати пізніше, тому що у них у цей час період найпліднішої роботи. Все правильно, проте дослідження 80-90-х років показали, що «пташина» установка аж ніяк не вроджений, а набутий стан (свідоме насильство над природним біоритмом), і в першій половині ночі сон міцний, глибокий, у другій – неспокійний, що супроводжується сновидіннями.

Зрозуміло, що немає абсолютної регламентації життя людського організму протягом доби. На діяльність організму накладає свій відбиток як індивідуальність кожної людини, а й горезвісні «переклади часу».

Перелік дидактичних засобів, що забезпечують наочність практичних занять (проектор, ноутбук, слайди, плакати).

Література: основна: 1, 3; додаткова: 1; конспект лекцій:

Завдання на СРС: Визначити шляхи підвищення фізичної і розумової працездатність людини.

Лекція 8. Методика проведення педагогічного експерименту.

План

1. Педагогічний експеримент як метод наукового дослідження. Експериментальні фактори дослідження.
2. Види педагогічних експериментів.
3. Організація педагогічного експерименту.

Педагогічний експеримент є таким методом досліджень, при якому відбувається активний вплив на педагогічні явища шляхом створення нових умов, що відповідають меті дослідження.

Педагогічний експеримент - це своєрідно (відповідно до завдань дослідження) сконструйований і здійснений педагогічний процес, що включає принципово нові його елементи і поставлений таким чином, що дає можливість глибше, ніж звичайно, бачити зв'язки між різними його сторонами і точно враховувати результати внесених змін.

У широкому розумінні **об'єктом** педагогічного експерименту є весь педагогічний процес із його умовами, пов'язаними з організацією спеціальних впливів, що йдуть від навмисної і цілеспрямованої діяльності в процесі навчання і виховання.

Педагогічний експеримент слід розглядати як своєрідний комплекс методів, який забезпечує переконливе підтвердження обґрунтованої на початку дослідження гіпотези. Тому педагогічний експеримент повинен спиратися на весь арсенал методів, що реалізують експериментальний науковий пошук (бесіда, анкетування, різноманітні види спостережень, опити, масові дослідження та ін.). Кожний із методів відповідно до дослідницької задачі призводить до накопичення специфічного фактичного матеріалу, що забезпечує перехід від спостереження до глибокого пізнання сутності явищ і виробітку практичних рекомендацій. Разом з тим експеримент дає можливість грунтовніше, ніж інші методи, перевірити дієвість педагогічних нововведень.

Предметом дослідження педагогіки як науки є закономірності виховання, навчання й освіти, що забезпечують передачу суспільно-історичного досвіду одним поколінням іншому. Ці закономірності усвідомлюються тільки тоді, коли стають відомими форма, спрямованість і сила факторів, що діють на кінцевий результат виховання і навчання. У вирішенні цих питань важлива роль належить педагогічному експерименту. Підготовка і розробка експерименту вимагають насамперед усвідомлення його цілей і місця в загальному ході дослідження, формулювання гіпотези, з позиції якої потім ведеться науковий пошук.

Педагогічний експеримент найчастіше проводиться в умовах реального навчального процесу, у звичній для учнів обстановці. Доказом правильності встановлених дослідником залежностей є, як відомо, практика навчання і виховання.

Педагогічний експеримент – це наукове дослідження, що передбачає активний вплив дослідника на педагогічні явища для перевірки ефективності певних методів, засобів, форм навчання та їх впливу на освітній процес. Це цілеспрямоване вивчення, яке створює спеціальні умови для підтвердження гіпотез і розробки нових підходів до навчання та виховання.

Педагогічний експеримент є методом наукового дослідження, який передбачає активний і цілеспрямований вплив на педагогічний процес для перевірки гіпотез. Його суть полягає у створенні спеціальних умов, що дозволяють вивчати та перевіряти ефективність певних педагогічних впливів. Експеримент є комплексним методом, що забезпечує об'єктивну та доказову перевірку теорій у точно контрольованих умовах.

Ключові характеристики педагогічного експерименту

- **Активний вплив:** Дослідник не просто спостерігає, а втручається в освітній процес, створюючи експериментальні ситуації.
- **Цілеспрямованість:** Експеримент проводиться з конкретною метою, наприклад, для перевірки ефективності нового методу викладання, нової методики чи дидактичного матеріалу.
- **Наукове обґрунтування:** Він спрямований на обґрунтування та підтвердження теоретичних припущень (гіпотез).
- **Умови для перевірки:** Проводиться у спеціально створених умовах, які дозволяють точно враховувати всі фактори та повторювати результати.
- **Штучно створені умови:** Дослідник створює спеціальні умови, які відповідають меті дослідження, щоб глибше зрозуміти зв'язки між різними сторонами педагогічного процесу.
- **Прогнозування:** Зібрані дані дозволяють прогнозувати розвиток якостей та характеристик учнів.
- **Об'єктивність і доказовість:** Метою є отримати об'єктивні та доказові підтвердження або спростування висунутої гіпотези.
- **Комплексний підхід:** Педагогічний експеримент часто поєднує в собі інші методи, такі як спостереження, бесіди та опитування, для збору даних.

Етапи проведення:

1. **Підготовчий етап:** Розробка гіпотези та програми експерименту.
2. **Проведення експерименту:** Активне втручання у педагогічний процес згідно з розробленою програмою.
3. **Обробка та аналіз даних:** Збір та аналіз отриманих результатів для підтвердження чи спростування гіпотези.

Педагогічний експеримент - це ключовий метод реабілітації, що передбачає науково організовану діяльність для перевірки гіпотез та оцінки ефективності нових реабілітаційних програм, методів чи підходів. Він включає активний вплив на процес (на відміну від пасивного спостереження) та комплексний аналіз результатів для обґрунтованого впровадження у практику.

Як педагогічний експеримент використовується в реабілітації

- **Організація дослідження:** Розробляється програма експерименту з чітко визначеною гіпотезою (наприклад, "чи сприятиме нова програма соціальної адаптації покращенню комунікативних навичок у дітей з особливими потребами?").
- Вибираються спеціальні умови, що дозволяють отримати об'єктивні дані про вплив реабілітаційної діяльності.
- Визначається, які саме засоби (наприклад, навчальні матеріали, терапевтичні заняття, спеціальні вправи) будуть використовуватися в експерименті.
- **Проведення експерименту:** Проводиться активне втручання у педагогічну діяльність згідно з розробленою програмою.
- Збираються дані та результати спостережень для аналізу.
- **Аналіз та впровадження:** Отримані дані обробляються та аналізуються для підтвердження або спростування гіпотези.
- На основі результатів експерименту формулюються висновки та рекомендації, які можуть бути впроваджені в реабілітаційну практику.

Переваги педагогічного експерименту в реабілітації

- **Наукова обґрунтованість:** Дозволяє об'єктивно перевірити ефективність нових методів реабілітації.
- **Активний вплив:** Дає можливість не просто спостерігати, але й активно впливати на процес та змінювати його в потрібному напрямку.
- **Цілеспрямованість:** Спрямований на досягнення конкретних реабілітаційних цілей та перевірку наукових гіпотез.

Педагогічний експеримент у науковому дослідженні проводиться з метою перевірки та обґрунтування теоретичних припущень, а також для вивчення ефективності різних педагогічних методів, прийомів і умов шляхом активного втручання дослідника. Він дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки, апробувати та вдосконалювати педагогічні методики в точно враховуються умовах.

Основні цілі педагогічного експерименту:

- **Перевірка гіпотез:** Дослідження заздалегідь розроблених теоретичних положень та гіпотез.
- **Вивчення ефективності:** Оцінка ефективності конкретних педагогічних впливів, таких як методи, прийоми, зміст або організаційні форми навчання.

- **Апробація методик:** Тестування та вдосконалення науково розробленої методики, яка визначає, за яких умов система дає кращі результати.
- **Встановлення зв'язків:** Виявлення причинно-наслідкових зв'язків між різними педагогічними явищами.
- **Активне втручання:** Активне втручання в педагогічний процес для виявлення закономірностей і, за необхідності, зміни існуючої практики.

Особливості експерименту:

а) можливість свідомо розмежувати предмет дослідження для вивчення його окремих сторін та особливостей;

б) не обмежується часом та простором: дослідник може повторювати експеримент необмежену кількість разів, переносити його в бажані просторові умови до того часу, поки не отримає необхідних результатів;

в) дає можливість досліднику (за потребою), в межах можливого, змінювати умови існування предмету, підсилюючи ті сторони, які необхідні;

г) дає можливість втручання в природничий хід явищ, прискорювати їх протікання, що наближує до певних результатів;

д) утворює необхідні умови для активізації дослідника.

Експериментальні фактори

Сутність втручання в природничий хід педагогічного процесу полягає в абстрагуванні, тобто у штучному вилучанні із природних зв'язків будь-якої з сторін процесу, що вивчається. Ці зв'язки обумовлюють різні фактори, а саме індивідуальні особливості особистості тренера-викладача, контингенту спортсменів; методи тренування; засоби тренування; умови організації тренувального процесу тощо. Тому, необхідно штучно ізолювати досліджуваний фактор від впливу усіх інших. Будь-який експеримент може дати об'єктивні результати лише в тому випадку, коли буде здійснено контроль за факторами, які впливають на ефективність навчально-тренувального процесу в педагогічному експерименті.

Ці фактори поділяються на:

- експериментальні (які в свою чергу бувають причинними і наслідковими)
- супутні (до яких відносяться зрівнювальні і спонтанні).

Під експериментальними факторами розуміють ті, які штучно запроваджуються у відповідності до гіпотези в навчально-тренувальний процес, і ті, які є результатом дії перших.

Той фактор, що навмисно запроваджується в навчально-тренувальний процес, називається **причинним** (або незалежним) експериментальним фактором.

Той фактор, що в наслідок дії причинного отримує певну величину або якість, називається - **наслідковим** (або залежним) експериментальним фактором.

Супутніми експериментальними факторами називаються усі ті, які повинні бути зрівняні для доказу дії причинного експериментального фактору. Слід пам'ятати, що вони можуть суттєво впливати на результати навчально- тренувального процесу. Складність контролю за супутніми експериментальними факторами полягає в тому, що вони не завжди піддаються зрівнюванню і не завжди залежать від волі експериментатора.

Тому, серед них ***доцільно виділити різновиди:***

1. Зрівнювальні супутні фактори, ті, які дійсно можуть бути передбачені та зрівняні (наприклад: розминка спортсменів під час дослідження нового методу навчання руховим діям).
2. Спонтанні супутні фактори, ті, які непередбачувано виникають і ними майже неможливо управляти (наприклад: настрій спортсмена).

Крім того, кожний педагогічний експеримент в навчально-тренувальному процесі пов'язаний з діяльністю досліджуваного як особистості, тому штучна ізоляція його від динамічної взаємодії з навколишнім середовищем та вилучення впливу неконтрольованих факторів неможливе. В цьому і полягає специфіка та труднощі будь-якого педагогічного експерименту. Знаючи всі різновиди діючих в експерименті факторів дослідник повинен звернути особливу увагу на спонтанні супутні експериментальні фактори.

Всі експериментальні фактори можуть мати певні характеристики.

Характеристики педагогічних факторів:

- Якісна (оцінка у вигляді того або іншого словесного опису).
- Кількісна (оцінка за різними шкалами від бальної до метричної, яка отримується під час дослідження).
- Статистична (оцінка у вигляді показників взаємозв'язків між різними факторами, які обчислюються за методами статистичних зв'язків (Л.Б.Ітельсон, 1978; і ін.).

Як правило, в спортивній практиці обирають характеристики, які мають декілька оцінок, наприклад: якісну і кількісну, тощо.

За допомогою експерименту вирішуються наступні завдання:

- Вивчення або підтвердження фактів наявності чи відсутності залежностей між отриманими педагогічними впливами і передбачуваним результатом.
- Визначення кількісної міри взаємозв'язків (якщо такі є).
- Виявлення характеру або механізму цих залежностей чи взаємозв'язків.

Відносно загальної класифікації завдань педагогічного експерименту існують окремі особливості його проведення:

По-перше: слід розрізняти педагогічний експеримент в галузі дидактики та педагогічний експеримент в галузі виховання (дидактика - навчання та розвиток якостей, виховання - ближче до соціологічного експерименту).

По-друге: з педагогічного процесу для експериментального вивчення можна відокремити тільки ті елементи, які реально існують в практиці навчання та виховання як відносно самостійні, наприклад: неможна об'єктом дослідження розділяти метод показу "у чистому вигляді" без зв'язку з методом слова; можна вивчати їх співвідношення на різних етапах навчання, в заняттях з різними віковими категоріями.

По-третє: фактори, які прийняті в експерименті для порівняльного аналізу, повинні бути диспарантні, тобто мати різкі відмінності, навіть з елементами протилежності

Наприклад: під час вивчення ефективності переважного розвитку швидкісних якостей в комплексі з розвитком інших фізичних якостей, зміст занять в експериментальних групах (по відношенню до змісту занять в контрольних групах) повинен відрізнятись контрастовим обсягом вправ на швидкість. Однак поняття "диспарантності" обумовлює одна обов'язкова вимога: порівнювальні фактори повинні бути спрямовані на виконання тої самої задачі (в нашому випадку - підвищення загальної фізичної підготовленості). Таким чином, диспарантність досліджуваних факторів визначає зміст занять в контрольній групі.

Наприклад: вивчення питання про формування навичок просторової орієнтації, неможливе без порівняння з контрольною групою в якій взагалі не використовували вправи такої дії. Часто довести ефективність педагогічного процесу в експериментальній групі можна визначивши тривалість навчання окремим руховим діям. вважається, що чим скоріше спортсмени засвоюють фізичні вправи, тим більша ефективність методів навчання. Однак такий підхід не може бути абсолютним показником ефективності експериментальних методів.

Кожен процес має оптимальну тривалість і за умов скорочення термінів оволодіння будь-якими руховими діями або навичками, в експерименті, необхідно довести, що це в свою чергу:

- не зменшило міцності сформованих рухових навичок;
- не сприяло негативному впливу на процес формування інших рухових навичок;
- викликало підвищення спортивного результату або рівня підготовленості до професійної діяльності.

В іншому разі скорочення терміну навчання стає самоціллю, а ефективність педагогічного процесу не доведеною.

Види педагогічних експериментів

Залежно від мети, умов проведення та інших ознак у практиці функціонує декілька видів педагогічного експерименту в дослідженнях фізичного виховання і спорту

За метою дослідження експеримент може бути констатуючим і формуючим.

Констатуючий експеримент ще називають діагностичним або контролюючим. Всі ці назви відповідають його сутності, спрямований на встановлення існуючих на момент експерименту характеристик та властивостей досліджуваного явища.

Зібрані в констатуючому експерименті дані є підставою для такої побудови дослідження, яка дозволяє прогнозувати розвиток властивостей, якостей, характеристик явища, що вивчається.

Формуючий експеримент ще називають перетворюючим або дослідницьким. Його мета – перевірити ефективність розробленого дослідником нового в науці і практиці педагогічного положення. Він реалізується за допомогою спеціально побудованої дослідником експериментальної моделі розвиваючих та формуючих впливів на предмет дослідження. Експеримент може поєднувати в собі процедури різного характеру: навчальні, ігрові, практичні тощо. Особливо важливим моментом проведення формуючих впливів є аналітична модель "розвиваючого ефекту" експерименту — своєрідний "ідеальний образ" очікувань дослідника щодо результатів експерименту

І констатуючий, і формуючий експеримент залежно від поінформованості тих, хто займається, про завдання і зміст дослідження, може бути відкритим або закритим.

Відкритий експеримент передбачає детальне ознайомлення його учасників із завданнями і змістом дослідження. При цьому треба мати на увазі, що поінформованість, зазвичай, сприяє активності обстежуваних, їх свідомому ставленню до виконання завдань занять, і це може сприятливо впливати на їх результати. Водночас, прагнення виконати завдання якнайкраще привносить у навчально-виховний процес елементи неприродної поведінки його учасників і може деформувати результати роботи, особливо учнів початкових класів.

Поінформованість про завдання дослідження і його зміст в окремих випадках може викликати і навмисну, або спонтанну, негативну реакцію учасників експерименту, що слід вважати абсолютно небажаним явищем, оскільки таке ставлення провокує зрив усього ходу дослідження. Але, якщо в цих умовах буде досягнуто позитивного результату, то це найкращий доказ ефективності експериментального фактора.

Закритий експеримент не передбачає інформування учнів про їх участь в дослідженні, що надає їх поведінці невимушеності, яка допоможе найоб’єктивніше віддзеркалити достоїнства і недоліки запропонованого дослідником експериментального чинника. Проте забезпечити повну закритість експерименту надзвичайно трудно, оскільки заняття будуть дещо незвичайними, на деяких з них буде присутнім експериментатор або його помічники, які будуть вести спостереження та вимірювання і фіксувати їх, а це вже викличе певну реакцію тих, хто займається.

Організація педагогічного експерименту

Не існує єдиного шаблону або схеми, за допомогою яких можна було б будувати експеримент для будь-якої проблеми. Сама наукова проблема визначає вибір типу експерименту і конкретний план його проведення.

До загальної структури експерименту входять:

1) суб'єкт пізнання і його діяльність;
2) об'єкт експериментального дослідження;
3) засоби впливу на досліджуваний об'єкт.

Сказане вище відноситься і до педагогічного експерименту.

Щоб здійснити педагогічний експеримент, треба знати його основні етапи й компоненти, вміти враховувати й вимірювати всі фактори, які можуть вплинути на його хід і результати.

Проведення експерименту складається з таких основних етапів:

1. Діагностичний - На цьому етапі відбувається виявлення проблеми та обґрунтування її актуальності: аналіз стану педагогічного процесу з досліджуваної проблеми, виявлення і формулювання суперечностей, що потребують негайного усунення за допомогою нових методик, технологій, структур, нового функціонального механізму.

2. Прогностичний - На цьому етапі дослідником визначаються мета і завдання експерименту, вибудовуються моделі нової технології (методика, структура, система заходів тощо); формулюється гіпотеза, прогнозуються очікувані позитивні результати, а також можливі збитки, втрати, негативні наслідки тощо, визначаються компенсаційні механізми (заходи, резерви тощо).

3. Організаційний - Цей етап передбачає складання програми експерименту, забезпечення умов для її реалізації, підготовку матеріальної бази експерименту, розподіл управлінських функцій у дослідно-експериментальній роботі, організацію спеціальної підготовки кадрів, що беруть участь в експериментальній роботі, створення методичного забезпечення їхньої діяльності тощо.

4. Практичний - На цьому етапі дослідник здійснює вихідні діагностичні зрізи, що констатують стан досліджуваного явища; реалізує нові технології (методики, системи заходів тощо); відстежує специфіку досліджуваного процесу; вимірює проміжні (поточні) результати; коригує випробовувану освітню технологію; здійснює контрольні діагностичні зрізи. На цьому етапі провадиться констатувальний і формувальний експерименти.

5. Узагальнювальний - Дослідник обробляє здобуті емпіричні дані, співвідносить результати експерименту з поставленими цілями і завданнями, аналізує усі результати, коригує гіпотезу, моделі нової технології відповідно до кінцевих результатів, оформлює і здійснює опис процесу і результатів експерименту.

6. Упроваджувальний - На цьому етапі відбувається поширення і впровадження у практику результатів дослідження, нових освітніх технологій або методик як керовних процесів.

Виходячи з цього підготовка до проведення експериментального дослідження передбачає здійснення таких дій:

- розробку гіпотези, що підлягатиме експериментальній перевірці;
- складання програми експериментальних робіт;
- визначення способів і прийомів впливу на об'єкт дослідження;
- забезпечення умов для здійснення процедури експериментальних робіт;
- розробку прийомів фіксування проміжних і кінцевих результатів експерименту;
- підготовку експериментальних засобів (приладів, установок, моделей тощо);
- визначення і підготовку учасників експериментального дослідження.

До початку експерименту складається план (програма) його проведення. У ньому формулюють: мету і завдання експерименту; визначають об'єкт, що підлягає експериментальній перевірці; обґрунтовують обсяг експерименту, кількість дослідів, послідовність їх реалізації; визначають фактори впливу на об'єкт дослідження та у якій послідовності вони будуть змінюватись у процесі експерименту; обґрунтовують засоби вимірювань; визначають способи обробки та аналізу експериментальних матеріалів.

При плануванні педагогічного експерименту експериментатор повинний визначити:

1) кількість досліджуваних;
2) способи добору досліджуваних;
3) кроки проведення експерименту;
4) вірогідність отриманих результатів;
5) правильну їхню інтерпретацію.

Варто підкреслити, що, чим продуманіше спланований педагогічний експеримент, тим більше об'єктивні результати дає він із самого початку. Різні доповнення і зміни в ході експерименту утрудняють роботу експериментатора і зменшують об'єктивність результатів.

План експерименту повинний включати:

1) мету і завдання експерименту;
2) місце і час проведення експерименту і його обсяг;
3) характеристику осіб, що беруть участь в експерименті (учнів, студентів);
4) опис матеріалів, використовуваних для експерименту;
5) опис методики проведення експерименту;
6) опис додаткових змінних, здатних уплинути на результати експерименту;
7) методику спостереження за ходом експерименту;

8) опис методики обробки результатів експерименту;

9) опис методики інтерпретації результатів експерименту.

Необхідно відзначити, що дослідник повинен скласти план експерименту таким чином, щоб будь-яка інша досить підготовлена особа могла по ньому успішно провести експеримент. Адже цілком зрозуміло, що залежно від масштабу експерименту, сам дослідник фізично не в змозі бути присутнім у всіх місцях його проведення.

Проведенню експерименту передує попередньо розроблена його методика (сукупність мислительних і реальних операцій, розташованих у певній послідовності, відповідно до якої досягається мета дослідження). ***Розробка методики експерименту передбачає дотримання деяких умов:***

- необхідність проведення попереднього цілеспрямованого спостереження за об'єктом дослідження чи явищем з метою визначення вихідних даних (гіпотези, факторів, що будуть вивчатись);
- створення умов, у яких можливо здійснити експеримент (добір об'єктів для експериментального впливу, усунення впливу випадкових факторів);
- визначення меж вимірювань, які будуть здійснюватись у процесі спостереження за факторами, що впливають на об'єкт дослідження;
- забезпечення можливості систематичного спостереження за процесом розвитку досліджуваного явища і точного опису одержуваних фактів;
- можливість проведення систематичної реєстрації вимірювань і оцінювання фактів різними засобами і способами;
- можливість створення повторних ситуацій або ускладнених ситуацій з метою підтвердження чи заперечення раніше одержаних даних;
- можливість здійснити перехід від емпіричного вивчення до логічних узагальнень, до аналізу і теоретичної обробки одержаних фактичних матеріалів.

У методиці докладно розкривається процес експерименту, визначається послідовність проведення потрібних вимірювань і спостережень, описується кожна експериментальна дія з урахуванням обраних для проведення експерименту засобів, обґрунтовуються методи контролю якості експериментальних дій, які повинні забезпечувати при мінімальній (попередньо встановленій) кількості вимірювань високу надійність і задану точність. Розробляються форми протоколів (або таблиць) для фіксації результатів спостережень і вимірювань.

Важливим виступає вибір методів обробки і аналізу експериментальних даних. Обробка даних полягає у систематизації всіх кількісних показників (найчастіше це цифрові матеріали), їх класифікації та наступному аналізі.

Залежно від теми наукового дослідження обсяг експерименту може бути різним. У кращому випадку щоб підтвердити гіпотезу дослідження достатньо провести тільки лабораторний експеримент. Але може бути потреба і в проведенні цілої серії експериментальних досліджень: попередніх

(пошукових), лабораторних, на дослідних зразках в реальних умовах їх функціонування (на виробництві) та ін.

Висновки. Отже, підсумовуючи зазначимо, що досконале знання методологічних основ проведення науково-педагогічного експерименту – важлива складова професійної компетентності педагога-дослідника, необхідний інструмент в його повсякденній роботі. Кожному педагогу потрібно чітко усвідомлювати послідовність етапів, співвідношення форм та методів організації експериментальної роботи, специфічні прийоми та шляхи її реалізації. Компетентний спеціаліст у галузі педагогіки повинен вміти майстерно підбирати і доцільно використовувати цілий спектр засобів та технологій педагогічного експерименту.

Список використаних джерел.

1. Фіцула М.М. Педагогіка: навч. посібник / М. М. Фіцула. К.: Академія, 2002. – 515 с.
2. Ягупов В.В. Педагогіка: навч. посібник / В.В Ягупов. К.: Либідь, 2002. – 560с.
3. РудницькаО.П., Болгарський А.Г., Свистельнікова Т.Ю. Основи педагогічних досліджень: Навч. метод. посібник. / О.П Рудницька, А.Г Болгарський, Т.Ю Свистельнікова. К.: 1998. – 143с
4. Шейко В.М., Кушнаренко Н.М. Організація та методика науково-дослідницької діяльності: Підручник / В.М. Шейко, Н.М. Кушнаренко. К.: 2003.– 295 с.

ДОДАТОК Б

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 1

Тема: Психолого-педагогічні технології як суспільне явище. Сутність, класифікація та етико-правові засади реабілітаційної діяльності

Характеристика	Деталізація
Вид заняття	Практичне заняття, семінар-дискусія
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Групова робота, аналіз кейсів, фронтальна бесіда
Мета	Сформувати системне уявлення про психолого-педагогічні технології у контексті реабілітаційної діяльності; визначити ключові поняття, класифікацію та етико-правові основи професії фізичного терапевта/ерготерапевта.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** поняття **«психолого-педагогічна технологія»** та її місце у структурі реабілітаційного процесу.
- **Засвоїти** класифікацію психолого-педагогічних методів (діагностичні, корекційні, прогностичні).
- **Ознайомитися** з чинним законодавчо-правовим регулюванням діяльності фахівців у галузі терапії та реабілітації (Закон України "Про реабілітацію..." та інші).

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок аналізу та синтезу інформації, виділення суттєвого у нормативно-правових документах.
- **Формування** здатності аргументувати свою позицію в етичних та правових дилемах.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** навичок застосування **Біопсихосоціальної моделі (МКФ)** для комплексного опису стану пацієнта.
- **Відпрацювання** навичок обговорення етичних норм у практичній діяльності.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Понятійний апарат:** Співвідношення понять «терапія», «реабілітація», «педагогіка», «психологія». Сутність та мета психолого-педагогічних технологій.
2. **Правове регулювання:** Законодавча та нормативно-правова база діяльності фізичного терапевта та ерготерапевта в Україні.
3. **Етичні основи: Етичний кодекс** фахівця реабілітаційної сфери. Принципи конфіденційності, інформованої згоди та доброзичливості.
4. **Сучасна парадигма:** Перехід від біомедичної моделі до **Біопсихосоціальної моделі (МКФ)**. Значення категорії **Health-Related Quality of Life (HRQoL)** як кінцевої мети реабілітації.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Введення у Тему**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Актуалізація знань про реабілітаційний процес. Запитання: «Чому фізичному терапевту потрібна педагогічна та психологічна майстерність?» Визначення ключових термінів.
2.	**Правові та Етичні Основи**	20 хв.	**Метод: Міні-лекція + Груповий аналіз.** Коротка презентація основних положень етичного кодексу. **Завдання для малих груп:** Аналіз 2-х **етичних дилем** (наприклад, конфіденційність VS безпека третіх осіб, або

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
			конфлікт інтересів). Групи пропонують шляхи вирішення.
3.	**Ключовий інструмент: МКФ**	25 хв.	**Метод: Дискусія та Візуалізація.** Пояснення **Біопсихосоціальної моделі**. Введення **Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)**. **Практична вправа:** Студенти, працюючи в парах, описують один і той самий стан (наприклад, наслідки перелому ноги) спочатку з точки зору **біомедичної** моделі (травма, біль), а потім з точки зору **МКФ** (структури, функції, активність, участь, фактори середовища).
4.	**Класифікація Технологій**	25 хв.	**Метод: Мозковий штурм та Схематизація.** Класифікація психолого-педагогічних технологій: 1. Діагностичні (оціночні шкали); 2. Корекційні (навчання, тренінги); 3. Прогностичні (визначення потенціалу). **Завдання:** Навести приклади конкретних інструментів (шкал, тестів) для кожної групи технологій.
5.	**Підведення підсумків та Домашнє Завдання**	10 хв.	Оцінювання активності. Визначення основних висновків щодо необхідності **комплексного підходу** (біо-психо-соціального). Надання завдання для **СРС** (реферат).

4. Практичне Завдання та Засоби Контролю

Завдання для Групової Роботи (Етап 3)

Тема: Застосування МКФ у плануванні реабілітації.

Інструкція: Оберіть один із наданих клінічних кейсів (наприклад, 40-річна жінка після інсульту). Використовуючи структуру МКФ, заповніть наступну таблицю, фокусуючись на психолого-педагогічних аспектах:

Компонент МКФ	Проблема (Обмеження)	Мета (Відновлення)	Психолого-педагогічна Технологія (Втручання)
Функції організму	Дефіцит уваги, порушення пам'яті.	Покращення концентрації уваги.	**Когнітивний тренінг**, навчання стратегіям запам'ятовування.

Компонент МКФ	**Проблема (Обмеження)**	**Мета (Відновлення)**	**Психолого-педагогічна Технологія (Втручання)**
Активність	Нездатність самостійно готувати їжу.	Відновлення навички приготування простої страви.	**Навчання** послідовності дій, **рольові ігри** (ерготерапія).
Участь	Уникнення соціальних контактів, сором.	Повернення до участі у групі підтримки/хобі.	**Групова психотерапія**, тренінг соціальної адаптації.

Питання для Самоконтролю

1. У чому полягає відмінність між **біомедичною** та **біопсихосоціальною** моделлю реабілітації?
2. Наведіть приклади, коли психолого-педагогічна технологія стає провідною у реабілітаційному процесі.
3. Які етичні принципи є найбільш важливими при роботі з пацієнтом, який не може дати **інформовану згоду** (наприклад, після важкої черепно-мозкової травми)?

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусії (аргументованість).
2. Правильне розмежування моделей (біомедична VS МКФ).
3. Якість заповнення таблиці МКФ (точність вибору психолого-педагогічних втручань).

Практичне завдання: Розробка індивідуального плану соціальної адаптації для підлітка

Кейс (Ситуація):

Підліток, 14 років, Влад, після тривалої госпіталізації та перенесеної травми хребта пересувається на інвалідному візку. Він повертається додому та має відновити навчання в інклюзивному класі з нового навчального року. Влад відчуває сильне психологічне напруження, сором'язливість, страх перед осудом однолітків, а також стикається з фізичними бар'єрами в освітньому закладі та новому соціальному середовищі. Батьки занепокоєні його емоційним станом та соціальною ізоляцією.

Мета практичного завдання:

Розробити комплексний індивідуальний план психолого-педагогічного супроводу та соціальної адаптації Влада, використовуючи елементи **технології кейс-менеджменту** та **технології соціально-психологічного тренінгу**.

Опис застосування технології та етапи виконання завдання

Для вирішення цього кейсу фахівець (психолог, соціальний педагог або реабілітолог) застосовує системний підхід, що складається з кількох етапів:

Етап 1: Діагностика та оцінка потреб (Застосування діагностичних технологій)

1. **Збір інформації:** Проведення інтерв'ю з Владом, його батьками, лікарями, майбутнім класним керівником.
2. **Психологічне тестування:** Оцінка рівня тривожності, самооцінки, соціальної компетентності та готовності до інтеграції.
3. **Аналіз середовища:** Оцінка фізичної доступності школи (наявність пандусів, спеціалізованих туалетів, ліфтів).

Результат етапу: Складання повної картини фізичних, психологічних та соціальних бар'єрів.

Етап 2: Розробка індивідуального плану (Технологія кейс-менеджменту)

Фахівець виступає як **кейс-менеджер**, координуючи дії різних служб. План включає:

Напрямок роботи	Заходи	Відповідальний	Термін
Медичний/Фізичний	Консультації з фізіотерапевтом, забезпечення зручного крісла	Батьки, лікар	Постійно
Освітній	Адаптація навчальної програми, забезпечення помічника	Класний керівник, адміністрація школи	Вересень
Психологічний	Індивідуальні консультації, групові заняття	Шкільний психолог	2 рази на тиждень
Соціальний	Проведення "Уроку доброти" для однолітків, залучення до гуртків	Соціальний педагог	Жовтень

Результат етапу: Чіткий, узгоджений план дій.

Етап 3: Реалізація: Застосування корекційно-розвивальних технологій (Соціально-психологічний тренінг)

Ключовим елементом роботи з Владом буде проведення **індивідуального тренінгу соціальної адаптації** з психологом.

Приклади вправ у рамках тренінгу:

1. **Рольова гра "Моя презентація":** Влад вчиться розповідати про свій стан та нові потреби одноліткам у безпечній обстановці з психологом, репетируючи відповіді на незручні запитання.

2. **Вправа "Карта моїх сильних сторін":** Фокусування уваги підлітка на його досягненнях та позитивних якостях, а не на інвалідності, що підвищує самооцінку.

3. **Ситуаційна вправа "Прохання про допомогу":** Моделювання ситуацій, коли Владу потрібно попросити про допомогу (наприклад, відкрити важкі двері), щоб зняти психологічний бар'єр прохання.

Результат етапу: Зниження тривожності Влада, формування навичок самопрезентації та ефективної комунікації.

Етап 4: Моніторинг та оцінка

Регулярні зустрічі команди супроводу (батьки, вчителі, психолог) для оцінки прогресу Влада та корекції плану за потреби.

Резюме:

Це практичне завдання демонструє, як психолого-педагогічні технології — від діагностики до тренінгу та кейс-менеджменту — перетворюються з абстрактних понять на конкретний, структурований інструмент допомоги людині в складній життєвій ситуації, дотримуючись при цьому всіх етичних та правових засад реабілітаційної діяльності.

Практичне заняття: Застосування технології арт-терапії (мандалотерапії) у роботі з клієнтами в реабілітації

Тема: Використання проективних методик у психолого-педагогічній практиці: мандалотерапія.

Мета заняття: Ознайомити учасників з сутністю технології мандалотерапії, сформувати практичні навички її застосування для діагностики емоційного стану та корекції тривожності у клієнтів реабілітаційних центрів.

Цільова група: Студенти, психологи-початківці, педагоги, соціальні працівники.

Необхідні матеріали:

- Аркуші паперу з готовим контуром кола (мандали);
- Набори кольорових олівців, фломастерів, фарб;
- Спокійна фонова музика;
- Бланки для рефлексії.

Опис технології: Мандалотерапія

Сутність: Мандала (санскр. "коло", "центр") – це символічне зображення внутрішнього світу, що використовується в психології як інструмент самопізнання та зцілення. Процес створення (малювання, розфарбовування) мандали допомагає центрувати внутрішній стан, знизити рівень стресу, гармонізувати емоції та активізувати творчий потенціал.

Етико-правові засади: Використання цієї технології вимагає дотримання принципів **конфіденційності** (результати інтерпретуються лише

з клієнтом і не розголошуються), **безпеки** (процес не повинен травмувати) та **інформованої згоди**.

Порядок проведення практичного завдання (5 етапів)

Етап 1: Вступ та інструктаж (10 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор (ведучий) пояснює, що таке мандала, її психологічну функцію (символ цілісності, захисту).
- **Інструкція:** Учасникам пропонується обрати аркуш із контуром кола та матеріали.
  - *Завдання:* "Створіть свій внутрішній світ сьогоднішнього дня. Обирайте кольори та форми інтуїтивно, не думайте про результат, головне — процес. Це ваш безпечний простір".

Етап 2: Основна діяльність – створення мандали (30-40 хв)

- Учасники в тиші (або під спокійну музику) малюють/розфарбовують свої мандали.
- *Роль фасилітатора:* Спостерігати за процесом, забезпечувати емоційну підтримку, не втручатися в творчий процес.

Етап 3: Рефлексія та обговорення в групі (30 хв)

- **Презентація робіт:** Кожен учасник, за бажанням, презентує свою роботу.
- **Ключові питання для обговорення:**
  - Які емоції виникали під час роботи?
  - Який колір домінує і чому?
  - Чи легко було заповнювати простір кола?
  - Що для вас символізує центр мандали?

Етап 4: Інтерпретація та аналіз (20 хв)

- Фасилітатор надає базові ключі до інтерпретації (наприклад, яскраві кольори — енергія; темні кольори — напруга; перервані лінії — тривога; наповнений центр — стабільність).
- **Важливо:** Наголошується, що інтерпретація в арт-терапії завжди суб'єктивна і має уточнюватися в клієнта. Це не діагноз, а привід для діалогу.

Етап 5: Підсумок та зворотний зв'язок (10 хв)

- Обговорення ефективності технології для роботи з різними категоріями клієнтів (діти, дорослі з ПТСР, люди з інвалідністю).
- Відповіді на питання учасників.

Очікуваний результат для учасників заняття

Після проходження цього практичного заняття фахівці зможуть самостійно застосовувати елементи мандалотерапії у своїй реабілітаційній або педагогічній практиці як ефективний інструмент експресивної діагностики та емоційної саморегуляції.

Практичне заняття: Використання технології "Коло спілкування" для розвитку соціальної взаємодії

Тема: Формування навичок ефективної комунікації та групової згуртованості через структуровану взаємодію.

Мета заняття: Активізувати учасників групи до взаємного спілкування, навчити слухати та поважати думку інших, знизити соціальну напругу та сприяти інтеграції.

Цільова група: Реабілітаційна група підлітків або дорослих, інклюзивний клас, група соціальної адаптації.

Необхідні матеріали:

- Зручні стільці, розташовані в колі;
- М'який предмет (наприклад, м'ячик, іграшка-естафета);
- Перелік тем для обговорення;
- Правила роботи групи, написані на плакаті.

Опис технології: "Коло спілкування" (Технологія групової взаємодії)

Сутність: "Коло спілкування" — це структурована педагогічна технологія, яка передбачає регулярну організацію обговорень у форматі кола, де кожен учасник має рівне право висловитися. Вона ґрунтується на принципах фасилітації (сприяння спілкуванню) та активного слухання. Це безпечний простір для обміну думками, досвідом та емоціями.

Етико-правові засади: Технологія вимагає чіткого дотримання **правил групи**:

1. **Активне слухання:** Слухати того, хто говорить, не перебиваючи.
2. **"Правило однієї особи":** Говорить лише той, у кого в руках "естафета" (м'ячик/іграшка).
3. **Конфіденційність:** Все, що обговорюється в колі, залишається всередині кола.
4. **Повага до почуттів:** Не критикувати та не засуджувати думки інших.

Порядок проведення практичного завдання (4 етапи)

Етап 1: Підготовка та організація простору (10 хв)

- **Організація:** Учасники сідають у коло так, щоб кожен бачив обличчя інших.
- **Оголошення правил:** Фасилітатор (педагог/психолог) чітко проговорює та вивішує правила групи. Отримує згоду учасників на їх дотримання.
- **Представлення "естафети":** Пояснення правила "говорить тільки той, у кого предмет".

Етап 2: Розминка – "Передай імпульс" (10 хв)

- **Мета:** Зняття напруги, налагодження невербальної взаємодії.
- **Завдання:** Учасники передають стиснення руки (імпульс) по колу якомога швидше. Потім те саме роблять у зворотному напрямку або із заплющеними очима.

Етап 3: Основна сесія – "Вільний мікрофон" або Тематичне обговорення (30 хв)

- Фасилітатор пропонує тему, що відповідає цілям реабілітації (наприклад, "Мій найуспішніший день тижня", "Що допомагає мені долати труднощі?", "Мої плани на майбутнє").
- "Естафета" передається по колу. Кожен може висловитися на тему або передати хід далі, якщо не готовий говорити (право на мовчання).
- *Роль фасилітатора:* Забезпечувати дотримання правил, підтримувати рівну атмосферу, ставити уточнюючі, відкриті запитання, якщо це необхідно.

Етап 4: Рефлексія та зворотний зв'язок (10 хв)

- **Підсумок заняття:**
  - "Що нового я дізнався про інших учасників сьогодні?"
  - "Як я почувався під час обговорення?"
  - "Чи було мені комфортно висловлювати свою думку?"

Очікуваний результат для учасників заняття

В результаті застосування цієї технології у клієнтів знижується відчуття ізоляції, формуються навички емпатії (співчуття), покращується соціальний клімат у групі, розвивається почуття спільноти та взаємопідтримки. Це важливий елемент соціальної реабілітації.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 2

Тема: Педагогічна та психологічна майстерність як складова професійної компетентності ФТ/ЕТ. Профілактика професійного вигорання

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Практичне заняття, тренінг особистісного зростання
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Індивідуальне тестування, рольові ігри, групова рефлексія
Мета	Засвоєння структури професійної компетентності ФТ/ЕТ; формування навичок емпатійної комунікації; оволодіння методами саморегуляції та профілактики професійного вигорання.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** складові професійної компетентності ФТ/ЕТ (когнітивна, операційна, особистісна).
- **Засвоїти** поняття **«педагогічна майстерність»** та **«психологічна майстерність»** у контексті терапії.
- **Ознайомитися** з концепцією **професійного вигорання (Burnout)**, його фазами та факторами ризику в реабілітаційній сфері.

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **саморефлексії** та критичної оцінки власних комунікативних якостей.

- **Формування** умінь встановлювати **терапевтичний альянс** з пацієнтом та його родиною.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** практичних навичок використання елементів **«Я-повідомлення»** та **активного слухання** в складних комунікативних ситуаціях.
- **Оволодіння** експрес-методами **саморегуляції** для зниження стресу та емоційного напруження.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Структура майстерності:** Педагогічна (навчання, виховання, оцінювання) та психологічна (діагностика, мотивація, підтримка) складові діяльності ФТ/ЕТ.
2. **Особистісні якості:** Роль **емпатії, толерантності, стресостійкості** та **асертивності** у роботі з хронічно хворими пацієнтами.
3. **Професійне вигорання: Синдром вигорання** як триєдина проблема (емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження професійних досягнень).
4. **Методи саморегуляції:** Техніки релаксації, дихальні вправи, когнітивна реструктуризація для відновлення емоційного балансу.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення: «Якими трьома якостями має володіти ідеальний ФТ/ЕТ?» Введення поняття **«професіограма»** фахівця.
2.	**Діагностика та Рефлексія**	20 хв.	**Метод: Міні-тестування.** Студентам пропонується експрес-тест на рівень емпатії або експрес-оцінка схильності до вигорання (наприклад, опитувальник К. Маслач, скорочений варіант). **Рефлексія:** Анонімне обговорення результатів та розуміння власних зон ризику.
3.	**Тренінг Комунікації**	30 хв.	**Метод: Рольова гра «Складний діалог». Сценарій:** Студенти працюють у парах: ФТ та Розгнівана мама (або пацієнт, який не вірить у відновлення). **Завдання ФТ:** Застосувати техніки **активного слухання** (вербальні та невербальні) та **«Я-повідомлення»** («Я відчуваю занепокоєння, коли бачу, що Ви пропускаєте заняття...»).
4.	**Практикум: Саморегуляція**	20 хв.	**Метод: Груповий тренінг.** Вивчення та відпрацювання двох-трьох експрес-методів: **1.**

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
			Дихальна техніка «4-7-8». **2.** Техніка **«Безпечне місце»** (міні-медитація). Обговорення, як ці методи можуть бути використані в клінічній практиці (для себе та для пацієнта).
5.	**Підведення підсумків та СРС**	10 хв.	Систематизація знань: Майстерність — це поєднання знань, навичок та особистісних якостей. Домашнє завдання: Почати роботу над есе для МКР (вибір теми, збір джерел).

4. Деталізація Рольової Гри (Етап 3)

Сценарій для Рольової Гри

Пацієнт/Родич (Роль): Батько 10-річної дитини з ДЦП, який дуже розчарований відсутністю швидкого прогресу, є вороже налаштованим і звинувачує терапевта у неефективності роботи.

Завдання ФТ/ЕТ

1. **Починати** діалог з **емпатії** та **валідації** почуттів («Я бачу, наскільки Ви засмучені, і розумію Ваше розчарування...»).
2. **Використовувати активне слухання**, щоб дозволити батькові висловити свій гнів, не перериваючи.
3. **Уникати захисної позиції**, застосовуючи **«Я-повідомлення»** для вираження власних почуттів і меж («Мені прикро чути, що Ви так вважаєте, і я хотів би, щоб ми разом переглянули наш план, щоб Ви знову відчули довіру до процесу»).

Зворотний Зв'язок Спостерігача

- Чи вдалося ФТ/ЕТ зберегти спокій та професійну поведінку?
- Наскільки ефективно було використано **«Я-повідомлення»**?
- Чи переходив ФТ/ЕТ до **оціночних суджень** або **звинувачень**?

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння сутності професійної компетентності).
2. Результати саморефлексії (усвідомлення власних ризиків).
3. Ефективне застосування технік **активного слухання** та **«Я-повідомлення»** у рольовій грі.
4. Якість виконання та відпрацювання техніки **саморегуляції**.
5. **Загалом за ПЗ № 2 | 5 балів**

Педагогічна та психологічна майстерність є ключовими складовими **професійної компетентності** фахівців із фізичної терапії (ФТ) та ерготерапії (ЕТ). Ці навички необхідні не лише для ефективної взаємодії з пацієнтами та їхніми родинами, але й для підтримки власного психоемоційного здоров'я та запобігання професійному вигоранню.

1. Педагогічна та психологічна майстерність як складова професійної компетентності ФТ/ЕТ

Професійна діяльність фізичних терапевтів та ерготерапевтів за своєю суттю є глибоко людиноцентричною і міжособистісною. Вона вимагає не тільки знань у галузі анатомії, фізіології та методів реабілітації, але й високого рівня комунікативних, педагогічних та психологічних навичок.

Педагогічна майстерність ФТ/ЕТ

Педагогічна майстерність у цій професії полягає в умінні навчати, мотивувати та скеровувати пацієнта до досягнення реабілітаційних цілей. ФТ/ЕТ виступає в ролі вчителя, який адаптує інформацію до можливостей та потреб клієнта.

Ключові аспекти педагогічної майстерності:

- **Навчання руховим навичкам:** Демонстрація вправ, пояснення механізмів рухів, використання адаптивних засобів.
- **Мотивація та підтримка:** Вміння надихати пацієнта продовжувати складні та часто монотонні заняття, формувати внутрішню мотивацію до відновлення.
- **Інформування та консультування:** Надання чіткої та зрозумілої інформації про стан здоров'я, прогноз реабілітації, домашні програми вправ для пацієнта та його родичів.
- **Адаптація методів:** Використання різних педагогічних підходів залежно від віку, когнітивних здібностей та культурного контексту пацієнта (наприклад, ігрові методи для дітей).

Психологічна майстерність ФТ/ЕТ

Психологічна майстерність передбачає глибоке розуміння психологічного стану пацієнта, вміння будувати довірливі стосунки та надавати емоційну підтримку. Робота з людьми, які переживають біль, втрату функцій, страх та невизначеність, вимагає високого рівня емпатії та стресостійкості.

Ключові аспекти психологічної майстерності:

- **Емпатія та активне слухання:** Вміння почути пацієнта, зрозуміти його страхи, переживання та потреби, не засуджуючи.
- **Побудова довіри (рапорт):** Створення атмосфери безпеки та відкритості, що є критично важливим для успішної співпраці.
- **Кризове консультування:** Надання первинної психологічної допомоги при гострих реакціях на травму чи хворобу.
- **Управління конфліктами:** Вміння вирішувати суперечки з пацієнтами чи їхніми родинами, які часто перебувають у стані фрустрації чи агресії.

2. Профілактика професійного вигорання

Професійне вигорання (burnout) є серйозною загрозою для фахівців допомагаючих професій, зокрема ФТ та ЕТ. Постійний емоційний та фізичний контакт із чужим болем, високі очікування від результатів роботи,

бюрократичне навантаження та робота в умовах обмежених ресурсів — усе це фактори ризику.

Професійне вигорання — це синдром, що складається з трьох основних компонентів:

1. **Емоційне виснаження:** Відчуття спустошеності, втоми, відсутність енергії.
2. **Деперсоналізація:** Цинічне, відсторонене ставлення до пацієнтів, об'єктивація їх як "випадків" чи "діагнозів".
3. **Зниження професійних досягнень:** Відчуття власної некомпетентності, сумніви в ефективності своєї роботи.

Стратегії профілактики професійного вигорання

Профілактика вимагає системного підходу як на індивідуальному, так і на організаційному рівнях.

Індивідуальні стратегії (Самодопомога):

- **Самоусвідомлення:** Регулярний аналіз власного емоційного стану, визнання перших ознак втоми чи цинізму.
- **Встановлення меж:** Чітке розмежування робочого та особистого часу. Не працювати понаднормово, вчитися говорити "ні" додатковим навантаженням.
- **Регулярний відпочинок:** Забезпечення повноцінного сну, збалансованого харчування, фізичної активності (що особливо іронічно, але важливо для ФТ/ЕТ).
- **Хобі та інтереси поза роботою:** Наявність діяльності, яка приносить задоволення та не пов'язана з професійною сферою.
- **Пошук соціальної підтримки:** Спілкування з друзями, родиною, які не пов'язані з медициною, для отримання емоційної розрядки.

Професійні та організаційні стратегії:

- **Супервізія та інтервізія:** Регулярні зустрічі з колегами або досвідченим супервізором для обговорення складних випадків, отримання зворотного зв'язку та емоційної підтримки. Це допомагає зняти тягар відповідальності та побачити ситуацію під іншим кутом.
- **Безперервний професійний розвиток:** Участь у тренінгах, конференціях, що підтримує відчуття компетентності та новизни в роботі.
- **Створення сприятливого робочого клімату:** Підтримка позитивних стосунків у колективі, командна робота, взаємодопомога.
- **Психологічна підтримка на робочому місці:** Залучення штатних психологів або організація доступу до послуг психологічного консультування для співробітників.

Висновок

Педагогічна та психологічна майстерність є невід'ємними компонентами професійного "Я" фізичного терапевта та ерготерапевта. Розвиток цих навичок не тільки підвищує якість надання допомоги пацієнтам, але й формує необхідний "імунітет" до емоційного вигорання, забезпечуючи довготривалу та ефективну професійну діяльність.

Порядок проведення практичного завдання (5 етапів)

Етап 1: Вступ та експрес-діагностика (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Обговорення симптомів вигорання у ФТ/ЕТ (цинізм, втома, апатія). Акцент на етичній відповідальності фахівця за власний стан ("Я не можу допомогти іншому, якщо сам виснажений").
- **Практична вправа "Емоційний термометр":** Учасники обирають картку з емоцією, яка найкраще відображає їхній поточний стан після робочого дня, та коротко пояснюють свій вибір.
- **Самодіагностика:** Учасники анонімно заповнюють скорочений бланк шкали емоційного виснаження.

Етап 2: Технологія швидкої саморегуляції – "Квадратне дихання" (15 хв)

- **Мета:** Фізичне та ментальне заспокоєння.
- **Інструкція:** Фасилітатор проводить вправу:

1. Зробити вдих на рахунок 4.
2. Затримати дихання на рахунок 4.
3. Зробити видих на рахунок 4.
4. Затримати дихання на рахунок 4.

- **Рефлексія:** Обговорення відчуттів до та після вправи. Цей метод можна використовувати між прийомами пацієнтів.

Етап 3: Технологія інтервізії – "Складний випадок" (40 хв)

- **Мета:** Зменшення емоційного тягаря, пошук нових рішень, відчуття підтримки.
- **Методика:** Учасники діляться на малі групи (по 3-4 особи).

1. Один учасник презентує складний клінічний випадок або ситуацію взаємодії з пацієнтом/родиною, яка викликала сильні емоції (5 хв).
2. Інші учасники слухають, не перебиваючи, потім ставлять уточнюючі запитання (5 хв).
3. Учасники групи висловлюють слова підтримки та пропонують можливі шляхи вирішення (5 хв).
4. Зміна ролей (повторити для кожного учасника).

Етап 4: Розробка індивідуального плану профілактики (15 хв)

- **Завдання:** Кожен учасник на окремому аркуші складає свій особистий "План дій для збереження ресурсу", включаючи 2-3 конкретні дії (наприклад, "робити дихальну вправу щодня о 14:00", "раз на тиждень зустрічатися з колегою для інтервізії").

Етап 5: Підсумок та зворотний зв'язок (5 хв)

- Обговорення відчуттів від заняття.
- Наголошення на важливості постійного піклування про себе як про професійний обов'язок.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники отримають конкретні, прості у використанні інструменти для управління стресом, навчаться ефективно використовувати підтримку колег та

усвідомлять необхідність вбудовування профілактичних заходів у свою щоденну професійну рутину.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 3

Тема: Психолого-педагогічні технології та механізм соціальної адаптації особистості та середовища. Універсальний дизайн та інклюзія.

Характеристика	Деталізація
Вид заняття	Практичне заняття, семінар-практикум, проєктування
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Групове проєктування, аналіз стандартів, рольова гра
Мета	Засвоєння механізмів соціальної адаптації особистості та середовища; оволодіння принципами **Універсального Дизайну** та **Інклюзії** як ключовими психолого-педагогічними технологіями у реабілітації.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** поняття **«реабілітаційний простір»** та **«соціальна адаптація»** у реабілітаційному контексті.
- **Засвоїти** принципи **Універсального Дизайну** (UD) та його застосування для мінімізації бар'єрів.
- **Ознайомитися** з роллю фізичного терапевта та ерготерапевта у сфері **інклюзії** та адвокації прав пацієнтів.

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **системного мислення** при оцінці середовища пацієнта (на основі факторів середовища МКФ).
- **Формування** умінь проєктувати адаптивні рішення для конкретних обмежень функціонування.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** навичок проведення **аудиту доступності** (експрес-оцінка) навчального/робочого/житлового середовища.
- **Розробка** конкретних рекомендацій щодо модифікації середовища з використанням принципів UD.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Соціальна адаптація та інтеграція:** Етапи та психологічні механізми повернення особистості до соціуму.
2. **Реабілітаційний простір:** Визначення та елементи, що формують терапевтичне середовище.
3. **Універсальний Дизайн (UD):** Сім принципів UD (наприклад, справедливе використання, гнучкість у використанні, низькі фізичні зусилля).

4. **Інклюзія в освіті та праці:** Роль ФТ/ЕТ у забезпеченні **розумного пристосування** (Reasonable Accommodation) для пацієнтів.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення концепції «бар'єрів». Запитання: «Чи є інвалідність хворобою людини чи проблемою середовища?» Введення поняття **Універсального Дизайну**.
2.	**Теоретичний міні-блок: UD**	15 хв.	**Лекція з елементами дискусії.** Деталізація **Семи Принципів Універсального Дизайну**. Наведення прикладів успішної імплементації UD у міському середовищі.
3.	**Практикум: Аудит доступності (Кейс-стаді)**	35 хв.	**Метод: Групове Проєктування.** Студенти діляться на 3-4 групи. Кожній групі надається **сценарій середовища** (наприклад: *Сільська школа, Квартира літньої людини після ендопротезування, Робоче місце офісного працівника з порушенням зору*). **Завдання:** Використовуючи принципи UD, провести експрес-аудит та розробити **ТОП-5** найважливіших рекомендацій з модифікації, які може реалізувати ерготерапевт.
4.	**Рольова гра: Адвокація**	20 хв.	**Сценарій:** Студенти працюють у парах: **1 – ФТ/ЕТ**, **2 – Директор школи/Керівник компанії. Завдання ФТ/ЕТ:** Переконати керівника у необхідності фінансування **«розумного пристосування»** (наприклад, пандус, адаптована вбиральня), аргументуючи це не лише законом, але й психолого-педагогічними перевагами (підвищення участі, покращення соціальної адаптації).
5.	**Підведення підсумків та Рефлексія**	10 хв.	Кожна група представляє свій проєкт (Етап 3). Обговорення: «Які психолого-педагогічні переваги надає інклюзивне середовище?». Домашнє завдання: Підготовка до ПЗ № 4.

4. Деталізація Групового Проєкту (Етап 3)

Приклад Сценарію: Квартира пацієнта після інсульту (геміпарез)

Завдання: Застосувати принципи UD для забезпечення максимальної незалежності пацієнта у щоденній активності (туалет, кухня).

Принцип UD	Проблема пацієнта	Рекомендація (Модифікація)	Психолого-педагогічний ефект
Гнучкість у використанні	Складнощі з відкриванням кранів.	Встановлення важільних або сенсорних змішувачів замість круглих.	Зниження фрустрації, підвищення впевненості у своїх силах.
Низькі фізичні зусилля	Складнощі з переміщенням у ванній.	Встановлення поручнів біля унітазу та у душовій зоні; сидіння для душу.	Зменшення страху падіння, що є ключовим бар'єром для активності.
Сприймальна інформація	Складнощі з орієнтацією вночі.	Використання контрастних кольорів на сходах/порогах; сенсорне нічне освітлення.	Покращення безпеки, підвищення самостійності пересування.

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння взаємозв’язку інклюзії та реабілітації).
2. Якість аналізу етико-правових аспектів (Етап 2).
3. Ефективність групового проєктування (оригінальність та практичність **ТОП-5** рекомендацій на основі принципів UD).
4. Аргументація під час рольової гри (переконливість у захисті розумного пристосування).
5. **Загалом за ПЗ № 3 | 5 балів**

Психолого-педагогічні технології та механізм соціальної адаптації особистості й середовища. Універсальний дизайн та інклюзія

Ця тема охоплює взаємопов’язані аспекти інтеграції осіб з особливими потребами в суспільство. Вона поєднує теоретичні засади психолого-педагогічних технологій із практичними механізмами адаптації, що реалізуються через концепції універсального дизайну та інклюзії.

1. Психолого-педагогічні технології та механізм соціальної адаптації особистості

Соціальна адаптація — це безперервний процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища, а також результат цього процесу. Для осіб з обмеженнями здоров'я або особливими освітніми потребами цей процес часто вимагає цілеспрямованого втручання та підтримки.

Психолого-педагогічні технології в цьому контексті є інструментарієм, що оптимізує процес адаптації. Вони спрямовані на розвиток внутрішніх ресурсів особистості та зміну її взаємодії із зовнішнім світом.

Механізм соціальної адаптації включає:

1. **Когнітивний компонент:** Усвідомлення особою своїх можливостей та обмежень, розуміння соціальних норм та очікувань.
2. **Емоційний компонент:** Прийняття свого стану, управління стресом, розвиток емоційної стійкості.
3. **Поведінковий (діяльнісний) компонент:** Формування конкретних соціальних навичок, вміння спілкуватися, працювати та відпочивати в соціумі.

Приклади психолого-педагогічних технологій для адаптації:

- **Тренінги соціальної компетентності:** Навчання навичкам вирішення конфліктів, самопрезентації, ведення діалогу.
- **Технології супроводу (кейс-менеджмент):** Координація послуг різних фахівців для забезпечення комплексного підходу до адаптації клієнта.
- **Ігрові технології:** Використання рольових ігор для моделювання та відпрацювання соціальних ситуацій у безпечному середовищі.
- **Корекційно-розвивальні заняття:** Розвиток порушених психічних функцій (уваги, пам'яті, мислення), що є основою для успішної соціальної взаємодії.

2. Універсальний дизайн та інклюзія: Адаптація середовища

Ефективна соціальна адаптація неможлива без адаптації самого середовища. Концепції **інклюзії** та **універсального дизайну** відіграють тут ключову роль, переносячи акцент з "виправлення" людини на "виправлення" недосконалого оточення.

Інклюзія (Включення)

Інклюзія — це філософія та процес забезпечення рівного доступу до можливостей, ресурсів та послуг для всіх членів суспільства, незалежно від їхніх фізичних, психічних, інтелектуальних чи інших особливостей.

На відміну від інтеграції (коли особа має пристосуватися до існуючої системи), інклюзія передбачає перебудову самої системи (освітньої, соціальної, робочої) для задоволення потреб різноманітних користувачів.

Ключові принципи інклюзії:

- **Цінність різноманіття:** Визнання унікальності та цінності кожної людини.
- **Рівність прав та можливостей:** Усунення бар'єрів для участі в житті суспільства.
- **Партнерство:** Співпраця між фахівцями, сім'ями та самими особами з особливими потребами.

Універсальний дизайн (Universal Design, UD)

Універсальний дизайн — це стратегія дизайну навколишнього середовища, предметів, продуктів та послуг, яка забезпечує їх доступність та

зручність використання для всіх людей, **без необхідності спеціальної адаптації чи спеціалізованого дизайну**.

Мета УД — створити світ, де пандуси потрібні не тільки людям на візках, а й батькам з дитячими колясками, кур'єрам із візками, літнім людям.

Сім принципів універсального дизайну:

1. **Рівноправне використання:** Дизайн корисний і доступний для людей з різними можливостями (наприклад, автоматичні двері).
2. **Гнучкість у використанні:** Дизайн враховує широкий діапазон індивідуальних уподобань та здібностей (наприклад, ножиці для правшів та лівшів).
3. **Просте та інтуїтивно зрозуміле використання:** Легкість розуміння, незалежно від досвіду, знань чи мовних навичок (наприклад, піктограми в аеропортах).
4. **Сприйняття інформації, незалежно від сенсорних можливостей:** Ефективна передача важливої інформації (наприклад, звукові та візуальні сигнали світлофора).
5. **Терпимість до помилок:** Мінімізація небезпек та негативних наслідків випадкових або ненавмисних дій (наприклад, функція "скасувати" в програмах).
6. **Низький рівень фізичних зусиль:** Можливість ефективного використання дизайну з мінімальною втомою (наприклад, сенсорні крани, зручні ручки дверей).
7. **Відповідний розмір та простір:** Забезпечення достатнього простору для маневрування та використання, незалежно від статури чи мобільності користувача (наприклад, широкі проходи в магазинах, низькі банкомати).

Взаємозв'язок технологій, адаптації та дизайну

Універсальний дизайн та інклюзія створюють **доступне середовище**, яке є необхідною передумовою для успішного застосування **психолого-педагогічних технологій**.

- Якщо в школі немає пандуса (порушення УД), дитина на візку не потрапить до класу (відсутність інклюзії), і жоден соціально-педагогічний тренінг не зможе допомогти їй адаптуватися до освітнього процесу.

Таким чином, повний опис теми полягає в синергії цих елементів: використання науково обґрунтованих технологій для розвитку особистості паралельно з усуненням фізичних та соціальних бар'єрів у середовищі.

Практичне заняття: Оцінка та адаптація середовища з позиції універсального дизайну

Тема: Аудит доступності фізичного простору для забезпечення інклюзії.

Мета заняття: Навчити учасників ідентифікувати фізичні та інформаційні бар'єри в типовому середовищі (наприклад, освітньому закладі, лікарні, офісі) та пропонувати рішення на основі принципів універсального дизайну.

Цільова група: Фахівці з фізичної терапії (ФТ), ерготерапевти (ЕТ), педагоги, архітектори, менеджери соціальних проєктів.

Необхідні матеріали:

- Контрольний список (чек-ліст) оцінки доступності (зразок додається нижче);
- Вимірювальні рулетки/лінійки;
- Фотоапарати або смартфони для фіксації бар'єрів;
- Плакати та маркери для презентації результатів.

Опис технології: Аудит доступності на основі 7 принципів універсального дизайну

Цей практичний підхід використовує **технологію аудиту (оцінки) середовища** з використанням **принципів Універсального дизайну** як критеріїв оцінювання. Це дозволяє перейти від абстрактних понять інклюзії до конкретних інженерних та організаційних рішень.

Етико-правові засади: Дотримання державних будівельних норм (ДБН В.2.2-40:2018 "Інклюзивність будівель і споруд") та Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, що гарантують право на доступність.

Порядок проведення практичного завдання (4 етапи)

Етап 1: Інструктаж та формування команд (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує 7 принципів універсального дизайну. Акцентується увага на тому, що "доступно для всіх" не означає "доступно тільки для візків", а враховує потреби людей з вадами зору, слуху, літніх людей, батьків з колясками тощо.
- **Організація:** Учасники діляться на малі групи (3-4 особи). Кожна група отримує завдання провести аудит певної зони:
  - Група 1: Вхідна група та коридори.
  - Група 2: Аудиторія/Клас/Кабінет терапії.
  - Група 3: Санітарні кімнати (туалети).

Етап 2: Проведення аудиту – польова робота (40 хв)

- **Діяльність:** Кожна група переміщується у свою зону. Використовуючи чек-ліст та рулетки, вони оцінюють відповідність середовища критеріям доступності.
- **Приклади критеріїв із чек-ліста:**
  - *Ширина дверного отвору:* > 90 см? (Принцип 7: Відповідний розмір та простір).
  - *Наявність контрастної розмітки на сходах:* Так/Ні? (Принцип 4: Сприйняття інформації).
  - *Висота вимикачів/розеток:* 80-100 см від підлоги? (Принцип 6: Низький рівень фізичних зусиль).
  - *Наявність дублювання інформації шрифтом Брайля:* Так/Ні? (Принцип 4).

- **Фіксація:** Учасники фотографують виявлені бар'єри та невідповідності.

Етап 3: Аналіз результатів та розробка рішень (30 хв)

- Групи повертаються та аналізують зібрані дані.
- **Завдання:** На основі виявлених бар'єрів групи розробляють 2-3 конкретні, реалістичні пропозиції щодо їх усунення, що відповідають принципам УД.
  - *Наприклад:* Бар'єр – вузькі двері туалету. Рішення – замінити двері на ширші або встановити автоматичні розсувні двері (Принцип 1 та Принцип 6).

Етап 4: Презентація та обговорення (25 хв)

- Кожна група презентує свої висновки та пропозиції іншим учасникам.
- **Рефлексія:**
  - "Які бар'єри виявилися для вас несподіваними?"
  - "Наскільки складно було застосовувати принципи УД на практиці?"
  - "Як результати цього аудиту вплинуть на вашу подальшу професійну діяльність (наприклад, при роботі з клієнтами в цьому закладі)?"

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники отримають практичний досвід проведення аудиту доступності, навчаться бачити середовище очима людини з обмеженнями функціонування, зможуть аргументовано обґрунтовувати необхідність впровадження універсального дизайну та пропонувати конкретні інклюзивні рішення.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 4

Тема: Психолого-педагогічні методи корекції та реабілітації. Корекційно-реабілітаційна педагогіка та її зв'язок зі спеціальною психологією.

Характеристика	Деталізація
Вид заняття	Практичне заняття, семінар-практикум
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Презентації, аналіз та розробка корекційних програм, рольова гра
Мета	Засвоєння теоретичних засад **корекційно-реабілітаційної педагогіки**; набуття навичок вибору та застосування адекватних психолого-педагогічних методів корекції (навчання) для вирішення специфічних проблем пацієнтів.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** предмет та завдання **корекційно-реабілітаційної педагогіки** та її відмінність від звичайної.
- **Засвоїти** класифікацію та механізми дії психолого-педагогічних методів корекції (наприклад, сугестивні, ігрові, тренінгові).
- **Ознайомитися** з взаємозв'язком між корекційною педагогікою та **спеціальною психологією** (дефектологія, олігофренопсихологія тощо).

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок аналізу індивідуальних освітніх потреб пацієнтів (наприклад, з порушеннями мовлення, слуху, інтелекту).
- **Формування** умінь адаптувати навчальний/тренувальний матеріал під психологічні особливості пацієнта.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** навичок використання елементів **ігрової терапії** та **арт-терапії** для непрямого впливу на психоемоційний стан пацієнта.
- **Складання** фрагмента індивідуальної **корекційно-реабілітаційної програми** для конкретного клінічного випадку.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Корекційна педагогіка:** Мета, принципи (єдність корекції та розвитку, динамічність, комплексність).
2. **Спеціальна психологія:** Її роль у діагностиці та розумінні специфічних порушень (порушення інтелекту, сенсорні порушення, розлади спектру аутизму).
3. **Класифікація методів корекції: Прямі** (навчання, тренування) та **непрямі** (ігрова терапія, арт-терапія, музикотерапія).
4. **Використання корекційних методик у ФТ/ЕТ:** Навчання компенсаторним рухам, відновлення когнітивних функцій (наприклад, уваги, пам'яті) через рух.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Запитання: «У чому принципова відмінність корекції від звичайного навчання?». Введення поняття **«зони найближчого розвитку»** як педагогічного орієнтира у реабілітації.
2.	**Теоретичний міні-блок та Дискусія**	20 хв.	**Лекція:** Зв'язок **корекційної педагогіки** зі **спеціальною психологією**. **Дискусія:** Обговорення: «Як порушення когнітивних функцій (наприклад, деменція, ЗПР) впливає на вибір методу фізичної терапії?».
3.	**Практикум: Розробка**	35 хв.	**Метод: Групова робота (Міні-проєкти).** Студенти діляться на 3 групи. Кожній групі

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
	корекційної програми (Кейс-стаді)		надається **клінічний кейс** зі специфічним порушенням (наприклад: *Дитина з ДЦП та затримкою мовленнєвого розвитку; Дорослий після ЧМТ з порушенням уваги*). **Завдання:** Скласти фрагмент корекційно-реабілітаційної програми, включаючи: **1.** Специфічну мету (SMART); **2.** Вибраний метод корекції (педагогічний/психологічний); **3.** Обґрунтування вибору.
4.	**Демонстрація Непрямих Методів**	15 хв.	**Метод: Рольова гра/Демонстрація.** Студенти демонструють елементи **ігрової терапії** (для дитини) або **музикотерапії** (для дорослого), які можуть бути використані в перерві між основними фізичними вправами. Обговорення психолого-педагогічного ефекту.
5.	**Підведення підсумків та СРС**	10 хв.	Презентація результатів групових проєктів. Висновки: **Комплексність** корекційного впливу. Домашнє завдання: Підготовка до ПЗ № 5 (Мотиваційне інтерв'ю).

4. Деталізація Групового Проєкту (Етап 3)

Приклад Сценарію: Дитина (8 років) з ДЦП та затримкою мовленнєвого розвитку

Проблема: Недостатня координація рухів, порушення дрібної моторики, обмежений словниковий запас.

Крок	Мета корекції	Метод (Технологія)	Обґрунтування вибору
1. Координація	Покращення точності рухів верхньої кінцівки.	**Метод: Ігрова корекція (Монтессорі-терапія).** Навчання дрібній моториці через сортування предметів з промовлянням назв.	Використовує ігрову діяльність (прямий педагогічний вплив) для підвищення мотивації та залучення.
2. Мовлення	Стимуляція активного словника.	**Метод: Логопедична ритміка та Музикотерапія.** Вправи на рух під ритмічну музику з	Задіює зв'язок **моторної та мовленнєвої зон** кори головного мозку (нейропсихологічний підхід).

Крок	Мета корекції	Метод (Технологія)	Обґрунтування вибору
		повторенням простих фраз.	
3. Поведінка	Зменшення тривожності та опору заняттям.	**Метод: Арт-терапія (Малювання).** Використання малюнку як невербального каналу комунікації.	Непрямий психологічний вплив. Допомагає дитині виразити емоції, знизити внутрішній бар'єр перед основним тренуванням.

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння зв'язку спеціальної психології та педагогіки).
2. Якість теоретичного матеріалу (чітке визначення методів корекції).
3. Практична цінність групового проєкту (оригінальність та наукова обґрунтованість обраних корекційних методів).
4. Демонстрація навичок (Етап 4) та вміння пояснити психолого-педагогічний ефект.
5. **Загалом за ПЗ № 4 | 5 балів**

Психолого-педагогічні методи корекції та реабілітації. Корекційно-реабілітаційна педагогіка та її зв'язок зі спеціальною психологією

Ця тема розкриває теоретичні та практичні засади роботи з особами, які мають порушення розвитку або потребують відновлення втрачених функцій. Вона об'єднує дві ключові дисципліни – педагогіку та психологію – в єдиному корекційно-реабілітаційному процесі.

1. Психолого-педагогічні методи корекції та реабілітації

Психолого-педагогічні методи — це система прийомів та способів цілеспрямованого впливу на особу з метою виправлення (корекції) або відновлення (реабілітації) порушених психічних функцій, поведінки, соціальних навичок та освітніх компетенцій.

Корекція зосереджується на виправленні відхилень у розвитку, які ще формуються (частіше у дітей та підлітків). **Реабілітація** спрямована на відновлення функцій, втрачених внаслідок хвороби чи травми (стосується всіх вікових груп).

Класифікація та приклади методів:

Група методів	Опис	Приклади технологій та прийомів

Методи діагностики	Виявлення причин, структури та ступеня порушень.	Спостереження, тестування, бесіда, аналіз продуктів діяльності (малюнки, вироби).
Методи навчання та виховання	Формування нових знань, умінь, навичок та особистісних якостей.	Пояснювально-ілюстративний метод, метод проблемного навчання, тренінги, рольові ігри.
Методи психологічного впливу	Зміна емоційного стану, мотивації, поведінкових патернів.	Арт-терапія, пісочна терапія, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), релаксаційні техніки.
Методи активізації діяльності	Стимулювання пізнавальної та фізичної активності.	Ігрова терапія, метод проектів, використання допоміжних засобів (ТЗР - технічні засоби реабілітації).

Ефективність цих методів залежить від їх комплексного застосування та індивідуалізації підходу до потреб клієнта/пацієнта.

2. Корекційно-реабілітаційна педагогіка та її зв’язок зі спеціальною психологією

Ці дві наукові дисципліни є фундаментальними для системи спеціальної освіти та реабілітації, вони не існують одна без одної.

Корекційно-реабілітаційна педагогіка

Це галузь педагогічної науки, яка вивчає закономірності навчання та виховання осіб з фізичними, психічними чи інтелектуальними порушеннями. Її мета — максимально можлива соціальна адаптація та інтеграція цих осіб у суспільство через освітні процеси.

Основні завдання педагогіки:

- Розробка спеціальних навчальних програм, методів та дидактичних матеріалів.
- Навчання компенсаторним способам діяльності (наприклад, читання шрифтом Брайля, використання жестової мови).
- Формування ключових життєвих компетенцій та соціальних навичок.
- Організація інклюзивного або спеціального освітнього середовища.

Спеціальна психологія

Це галузь психологічної науки, що вивчає закономірності психічного розвитку осіб з різними видами порушень. Вона досліджує особливості сприйняття, мислення, пам'яті, емоційно-вольової сфери у людей з інвалідністю.

Основні завдання психології:

- Глибока діагностика структури порушення (первинного дефекту та вторинних відхилень).
- Вивчення механізмів компенсації та пластичності нервової системи.
- Психологічний супровід та корекція емоційних та поведінкових розладів.
- Консультування батьків та фахівців щодо психологічних аспектів розвитку особи.

Зв'язок та взаємодія дисциплін

Зв'язок між корекційно-реабілітаційною педагогікою та спеціальною психологією є нерозривним і двостороннім:

1. **Психологія як фундамент для педагогіки:** Педагогічні методи ґрунтуються на даних психологічної діагностики. Неможливо ефективно навчати дитину з дислексією без розуміння психологічних механізмів порушення читання. Психологія дає відповідь на питання **"Як?"** і **"Чому?"** відбувається розвиток при порушенні.
2. **Педагогіка як інструмент реалізації психологічних цілей:** Психологія визначає, які функції потребують корекції, а педагогіка надає конкретні технології для їх розвитку через діяльність (навчальну, ігрову, трудову).
3. **Комплексний підхід:** На практиці фахівець (наприклад, фізичний терапевт чи ерготерапевт) одночасно застосовує і педагогічні (навчання вправі), і психологічні методи (мотивація, емпатія, підтримка).

Резюме:

Психолого-педагогічні методи є основою ефективної корекції та реабілітації. Ці методи застосовуються в рамках єдиної системи, де спеціальна психологія забезпечує глибоке розуміння внутрішнього світу та механізмів розвитку особистості з порушеннями, а корекційно-реабілітаційна педагогіка надає структурований інструментарій для її навчання, виховання та успішної соціалізації.

Практичне заняття: Розробка індивідуальної програми корекції на основі психолого-педагогічної діагностики

Тема: Проектування індивідуальної освітньої траєкторії (ІОТ) для дитини з особливими освітніми потребами (ООП).

Мета заняття: Навчити учасників аналізувати результати первинної психолого-педагогічної діагностики, визначати ключові цілі корекції та обирати адекватні психолого-педагогічні методи та технології для їх досягнення.

Цільова група: Студенти-дефектологи, корекційні педагоги, психологи, фахівці ІРЦ (інклюзивно-ресурсних центрів).

Необхідні матеріали:

- Опис гіпотетичного "Кейсу дитини" (приклад додається);
- Бланки "Індивідуальна програма розвитку (ІПР/ІОТ)";

- Перелік психолого-пепедагогічних технологій (як довідковий матеріал);
- Фліпчарт/дошка для спільного обговорення.

Опис технології: Технологія індивідуалізації навчання та кейс-аналізу

В основі заняття лежить **технологія кейс-аналізу** (розбір конкретної ситуації) та **технологія проектування індивідуальної освітньої траєкторії**. Ці методи поєднують принципи спеціальної психології (розуміння дефекту) та корекційної педагогіки (методи впливу).

Етико-правові засади: Дотримання Закону України "Про освіту" та "Про повну загальну середню освіту", що передбачають обов'язкове створення ІПР для дітей з ООП.

Порядок проведення практичного завдання (5 етапів)

Етап 1: Вступ та ознайомлення з кейсом (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор обговорює різницю між медичним діагнозом та психолого-педагогічним висновком. Акцентується увага, що корекційна робота будується не на діагнозі, а на актуальних потребах дитини.
- **Ознайомлення з "Кейсом":** Учасники отримують опис дитини (наприклад, "Хлопчик 8 років, ЗПР (затримка психічного розвитку), порушення уваги, низька мотивація до навчання, труднощі з читанням").

Етап 2: Психолого-педагогічний аналіз кейсу (30 хв)

- Учасники в малих групах аналізують надану інформацію, використовуючи знання спеціальної психології.
- **Завдання:** Визначити сильні сторони дитини (ресурси) та основні дефіцити (порушення когнітивних функцій, емоційно-вольової сфери, поведінки).

Етап 3: Проектування ІПР/ІОТ – Вибір методів (40 хв)

- Кожна група отримує бланк ІПР і має заповнити розділи, що стосуються корекційної роботи.
- **Завдання:**

1. Сформулювати 3-4 конкретні, вимірювані цілі на семестр (наприклад, "Підвищити концентрацію уваги під час фронтальної роботи до 10 хвилин").
2. Обрати конкретні психолого-педагогічні методи та технології для досягнення кожної цілі (наприклад, для уваги: "використання ігрових технологій, нейропсихологічні вправи, метод поетапного формування розумових дій").

Етап 4: Презентація та експертна оцінка (25 хв)

- Групи презентують свої розроблені фрагменти ІПР.

- Відбувається обговорення: "Чи є цілі реалістичними?", "Чи достатньо обґрунтовані обрані методи з позиції корекційної педагогіки та спеціальної психології?".
- Фасилітатор надає зворотний зв'язок та корегує підходи.

Етап 5: Рефлексія та підсумок (10 хв)

- **Обговорення:**
  - "Наскільки складно було перейти від психологічного аналізу до педагогічної дії?"
  - "Чому важлива командна робота (психолог + педагог) при складанні ІПР?"

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники навчаться бачити цілісну картину потреб дитини, використовувати міждисциплінарний підхід, а також отримають практичний навик складання основного документа, що регламентує корекційно-реабілітаційний процес — Індивідуальної програми розвитку.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 5

Тема: Психологічні фактори при застосуванні реабілітаційних технологій. Мотиваційне інтерв'ю (МІ) як інструмент підвищення комплаєнсу пацієнтів

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Практичне заняття, тренінг професійних навичок
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Групова дискусія, Кейс-стаді, Рольова гра (Мотиваційне інтерв'ю)
Мета	Оволодіння студентами принципами та техніками **Мотиваційного інтерв'ю (МІ)** для ефективної роботи з **опором, низькою мотивацією** та психологічними бар'єрами пацієнтів у реабілітації.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** психологічні бар'єри (страх болю, тривога, заперечення, вивчена безпорадність), що перешкоджають активній участі пацієнта.
- **Засвоїти** теоретичні основи **Мотиваційного інтерв'ю (МІ)**, його **Дух** (партнерство, прийняття, співчуття, викликання) та чотири базові техніки **OARS**.
- **Ознайомитися** з **Транстеоретичною моделлю змін (ТМЗ)** Прохаськи і ДіКлементе та навчитися визначати **фазу готовності** пацієнта до змін.

Огляд

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **активного та рефлексивного слухання** для виявлення прихованих побоювань пацієнта.
- **Формування** умінь ідентифікувати та посилювати **«мовлення про зміни»** (Change Talk), мінімізуючи **«мовлення про підтримку статусу-кво»** (Sustain Talk).

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** практичних навичок проведення короткої мотиваційної бесіди в ролі фізичного терапевта.
- **Розробка** індивідуальної стратегії комунікації для пацієнта згідно з його **фазою готовності** до терапії.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Психологія мотивації у реабілітації:** Внутрішня проти зовнішньої мотивації. Феномен **вивченої безпорадності** та шляхи її подолання.
2. **Мотиваційне інтерв'ю (МІ):** Принципи та **Дух МІ**. Відмінність від прямого переконання чи конфронтації.
3. **Техніки OARS:** Детальний розбір:
   - **O**pen Questions (Відкриті запитання): Як формулювати запитання, щоб отримати розгорнуту відповідь, а не «так/ні».
   - **A**ffirmations (Підтвердження): Як визнавати зусилля пацієнта, навіть якщо результат мінімальний.
   - **R**eflections (Рефлексії): Як використовувати **комплексні рефлексії** (наприклад, почуття + зміст) для поглиблення розмови.
   - **S**ummaries (Резюме): Узагальнення для підкреслення **мовлення про зміни**.
4. **Робота з опором:** Як реагувати на критику, заперечення та агресію пацієнта, не вступаючи у суперечку.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** «Що таке комплаєнс (прихильність) у реабілітації?» Введення понять **внутрішньої мотивації** та **опору**. Міні-огляд ТМЗ для розуміння, де знаходиться пацієнт.
2.	**Теоретичний міні-блок**	15 хв.	**Презентація Духу МІ та OARS**. Наголос на техніці **Рефлексій** як головному інструменті (проста, складна, подвійна рефлексія).
3.	**Кейс-стаді: Аналіз мовлення про зміни**	20 хв.	**Завдання:** Студентам надаються 5 цитат пацієнтів. **Завдання: 1.** Визначити, чи є це «мовлення про зміни» чи «мовлення про

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
			статус-кво». **2.** Сформулювати одну **Складну Рефлексію** для кожного прикладу «мовлення про зміни».
4.	**Практикум: Рольова гра «Мотиваційна сесія»**	35 хв.	**Формат:** Трійки (ФТ, Пацієнт, Спостерігач). **Сценарій:** Пацієнт (45 років, хронічний біль у спині) зізнається, що перестав робити домашні вправи, бо **«це не допомагає і займає багато часу»**. **Завдання ФТ:** Провести 7-хвилинну бесіду, використовуючи **МІ-підхід** для виявлення **розбіжності** (між бажанням жити без болю та небажанням тренуватися). **Завдання Спостерігача:** Оцінити, чи вдалося ФТ **уникнути суперечок**.
5.	**Підведення підсумків та Рефлексія**	10 хв.	Звіт спостерігачів. Обговорення: Які техніки OARS були найскладнішими у застосуванні? Колективне формулювання 3-х практичних порад щодо роботи з «важкими» пацієнтами.

4. Деталізація Рольової Гри (Етап 4)

Сценарій для Рольової Гри

Пацієнт (Роль): Людина з хронічним болем у спині. Знає, що треба тренуватися, але боїться посилення болю та не бачить швидкого результату. Висловлює сумніви та легку агресію: "Я вже робив це вдома, нічого не змінилося. Це все марно, а ви просто хочете, щоб я до вас частіше ходив."

Приклади Очікуваних Реакцій ФТ (МІ-підхід)

Техніка МІ	Приклад застосування (Реакція ФТ)
Відкрите запитання	"Розкажіть, будь ласка, що саме у вашій домашній програмі не спрацювало, як ви очікували?"
Складна Рефлексія	"З одного боку, ви справді хочете позбутися болю, але з іншого – ви не бачите сенсу продовжувати тренування, оскільки вони не приносять швидкого результату."
Підтвердження	"Я високо ціную вашу чесність та те, що ви продовжуєте приходити до мене, незважаючи на розчарування. Це показує, що ви все ж таки готові боротися за своє здоров'я."
Резюме	"Отже, ми з'ясували, що ви засмучені через повільний прогрес і відчуваєте, що тренування забирають час. Минулого тижня ви згадували, що хотіли б знову грати з онуками... Якщо ми знайдемо спосіб полегшити біль, то це допоможе вам досягти цієї мети?"

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Активна участь у дискусіях та теоретичних блоках.
2. Точне застосування **Складної Рефлексії** у завданні Кейс-стаді.
3. Ефективність комунікації у рольовій грі (здатність уникнути конфронтації та ініціювати «мовлення про зміни»).
4. Якість зворотного зв'язку від Спостерігача (чітке використання термінології МІ).
5. **Загалом за ПЗ № 5 | 5 балів**

Психологічні фактори при застосуванні реабілітаційних технологій. Мотиваційне інтерв'ю (МІ) як інструмент підвищення комплаєнсу пацієнтів

Успіх реабілітації залежить не лише від досконалості технологій (фізичних вправ, апаратів, ергономічних рішень), а й від активної участі самого пацієнта. Психологічні фактори відіграють вирішальну роль у цьому процесі, а **Мотиваційне інтерв'ю** є потужним інструментом для управління цими факторами та підвищення прихильності пацієнта до лікування (комплаєнсу).

1. Психологічні фактори при застосуванні реабілітаційних технологій

Психологічний стан пацієнта може як прискорювати, так і гальмувати процес відновлення. Фізичні терапевти та ерготерапевти постійно стикаються з цими факторами.

Ключові психологічні фактори:

А. Мотивація

Мотивація є рушійною силою реабілітації. Вона може бути:

- **Внутрішньою:** Бажання відновити незалежність, повернутися до сім'ї, роботи, хобі. Це найстійкіший тип мотивації.
- **Зовнішньою:** Бажання догодити лікарю, родичам, уникнути осуду. Вона менш стійка і вимагає постійної підтримки ззовні.

Б. Прийняття хвороби/травми та адаптація до нових умов

Шок, заперечення, гнів, депресія — це нормальні стадії переживання втрати здоров'я чи функції. Непропрацьовані емоції блокують бажання співпрацювати з фахівцями.

В. Самоективність (Self-efficacy)

Це віра пацієнта у власну здатність успішно виконувати необхідні дії (вправи, використання допоміжних засобів, адаптація до побуту). Низька самоективність часто призводить до відмови від спроб.

Г. Тривожність та страх (кінезіофобія)

Страх болю або повторної травми (кінезіофобія) може змусити пацієнта уникати фізичних навантажень, що критично сповільнює реабілітацію.

Д. Комплаєнс (Прихильність до лікування)

Комплаєнс — це ступінь, до якого пацієнт дотримується рекомендацій лікаря чи терапевта. Психологічні фактори безпосередньо впливають на рівень комплаєнсу.

2. Мотиваційне інтерв'ю (MI) як інструмент підвищення комплаєнсу пацієнтів

Мотиваційне інтерв'ю (Motivational Interviewing, MI) — це клієнтоцентрований, напівдирективний метод консультування для підвищення внутрішньої мотивації до змін через дослідження та вирішення амбівалентності (суперечливих почуттів) пацієнта.

MI було розроблено Вільямом Міллером та Стівеном Роллніком і довело свою ефективність у різних сферах медицини та психології, включаючи реабілітацію.

Сутність MI

Замість того, щоб переконувати пацієнта ("Ви повинні робити вправи, інакше не зможете ходити"), терапевт використовує MI для того, щоб пацієнт сам дійшов висновку про необхідність змін.

Чотири фундаментальні принципи MI (RULE):

1. **R (Resist the righting reflex) – Опір бажанню "виправити":** Терапевт відмовляється від ролі експерта, який знає "як краще", і не нав'язує готові рішення.
2. **U (Understand the patient's motivation) – Розуміння мотивації пацієнта:** Акцент робиться на цілях та цінностях пацієнта, а не на цілях терапевта.
3. **L (Listen with empathy) – Емпатичне слухання:** Глибоке, безоціночне слухання, що створює атмосферу довіри та безпеки.
4. **E (Empower the patient) – Розширення можливостей пацієнта:** Підтримка віри пацієнта у власні сили (самоективність), надання йому контролю над процесом реабілітації.

Основні навички MI (OARS):

Ефективність MI досягається через використання конкретних комунікативних технік:

- **O (Open-ended questions) – Відкриті запитання:** Запитання, що вимагають розгорнутої відповіді (наприклад, "Що ви думаєте про цю вправу?", а не "Вам подобається ця вправа?").
- **A (Affirmations) – Афірмації (Підтвердження):** Визнання зусиль, сильних сторін та досягнень пацієнта ("Я бачу, як наполегливо ви працюєте", "Ви дуже терпляча людина").
- **R (Reflections) – Рефлексії (Віддзеркалення):** Перефразування слів пацієнта для перевірки розуміння та поглиблення розмови ("Ви кажете, що хотіли б гуляти з онуками, але боїтеся впасти?").
- **S (Summaries) – Резюмування:** Підведення підсумків розмови для структурування інформації та виділення ключових моментів, пов'язаних зі змінами.

Висновок

Мотиваційне інтерв'ю є критично важливим психолого-педагогічним інструментом для фахівців із реабілітації. Воно дозволяє не просто лікувати фізичні порушення, а працювати з людиною цілісно, підвищуючи її внутрішню мотивацію та комплаєнс, що зрештою забезпечує довгостроковий та сталий успіх реабілітаційного процесу.

Практичне заняття: Застосування Мотиваційного інтерв'ю (МІ) для підвищення комплаєнсу пацієнтів у реабілітації

Тема: Від "Ви повинні" до "Я хочу": Практичні навички Мотиваційного інтерв'ювання в роботі фізичного терапевта / ерготерапевта.

Мета заняття: Сформувати базові навички використання технік Мотиваційного інтерв'ю (OARS) для роботи з пацієнтами з низьким рівнем мотивації або амбівалентністю щодо виконання реабілітаційних програм.

Цільова група: Фізичні терапевти (ФТ), ерготерапевти (ЕТ), реабілітологи, студенти реабілітаційних спеціальностей.

Необхідні матеріали:

- Опис "Кейсу пацієнта з амбівалентністю" (приклад додається нижче);
- Бланки для самооцінки навичок МІ;
- Рольові картки для учасників;
- Таймер.

Опис технології: Рольова гра з використанням навичок Мотиваційного інтерв'ювання (OARS)

На занятті використовується імітаційна (рольова) гра для відпрацювання комунікативних навичок МІ в безпечному середовищі. Це дозволяє фахівцям "на собі" відчути різницю між директивним підходом та підходом, що ґрунтується на емпатії та партнерстві.

Етико-правові засади: Дотримання принципу партнерства з пацієнтом, повага до його автономії та права на відмову від лікування, що є основою МІ.

Порядок проведення практичного завдання (4 етапи)

Етап 1: Вступ та аналіз амбівалентності (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує про 4 принципи МІ (RULE) та основні навички (OARS). Акцентується увага на понятті "амбівалентність" (одночасне бажання змін і небажання їх) як нормальному явищі в реабілітації.
- **Кейс для роботи:** Пацієнт 55 років після інсульту має значний потенціал до відновлення ходьби, але відмовляється від щоденних занять з ФТ, мотивуючи це болем, втомою та зневірою.

Етап 2: Рольова гра "Терапевт і пацієнт" (40 хв)

- Учасники діляться на трійки: **"Терапевт"**, **"Пацієнт"** та **"Спостерігач"**.
- **Завдання:** "Терапевт" має провести 10-хвилинну бесіду з "Пацієнтом", використовуючи виключно навички OARS, щоб зрозуміти його

внутрішню мотивацію та зменшити амбівалентність. "Пацієнт" грає роль згідно з кейсом.

- **Зміна ролей:** Після першої сесії учасники міняються ролями, щоб кожен спробував себе в ролі терапевта.

Етап 3: Дебрифінг та зворотний зв'язок (30 хв)

- **Обговорення в трійках:** Спостерігач надає зворотний зв'язок "Терапевту", описуючи, які саме техніки (відкриті запитання, афірмації, рефлексії, резюмування) були використані ефективно, а де "Терапевт" "провалився" в директивність ("рефлекс виправлення").
- **Загальна дискусія:** Обмін досвідом між групами. Які фрази пацієнта були найскладнішими для відповіді? Що спрацювало найкраще?

Етап 4: Підсумок та інтеграція навичок (5 хв)

- **Рефлексія:** Учасники діляться одним ключовим інсайтом (усвідомленням), який вони виносять із заняття.
- **Закріплення:** Фасилітатор підкреслює, що МІ — це не маніпуляція, а глибока повага до автономії пацієнта, яка парадоксальним чином підвищує його власну готовність до змін.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники навчаться свідомо відмовлятися від директивного стилю спілкування, опанують базові інструменти МІ (OARS), що дозволить їм більш ефективно працювати з психологічними факторами реабілітації, підвищувати мотивацію та комплаєнс пацієнтів у реальній клінічній практиці.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 6

Тема: Методи організації педагогічної роботи у дослідних групах. Організація психолого-педагогічних досліджень в роботі міждисциплінарних груп.

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Практичне заняття, семінар-дослідження, проєктування
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Групове проєктування досліджень, дискусія, презентації
Мета	Оволодіння принципами організації та методологією проведення **педагогічних та психологічних досліджень** у сфері реабілітації; формування навичок ефективної співпраці у **міждисциплінарній команді** (МДК).

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** основні **методи педагогічного дослідження** (спостереження, бесіда, анкетування, експеримент) та їх застосування у реабілітації.

- **Засвоїти** етапи та структуру **педагогічного експерименту** (констатувальний, формувальний, контрольний).
- **Ознайомитися** з принципами функціонування та ролями фахівців у **Міждисциплінарній Команді (МДК)**.

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **формулювання гіпотези**, мети та завдань наукового дослідження.
- **Формування** умінь вибирати адекватні **методи статистичної обробки** результатів педагогічного дослідження.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** навичок планування **науково-дослідної роботи (НДР)** у реабілітаційному середовищі.
- **Складання** проєкту інструментарію (наприклад, анкети, протоколу спостереження) для збору даних.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Педагогічне дослідження в реабілітації:** Особливості, об'єкт та предмет. Відмінність від клінічного дослідження.
2. **Методи дослідження:** Комплексне застосування емпіричних (спостереження, експеримент) та теоретичних (аналіз, синтез, моделювання) методів.
3. **Міждисциплінарна Команда (МДК):** Ключові принципи співпраці, розподіл ролей (лікар, ФТ, ЕТ, психолог, соціальний працівник).
4. **Математичне опрацювання результатів:** Вибір статистичних критеріїв (наприклад, t-критерій Стьюдента, χ^2-критерій) для оцінки ефективності педагогічного втручання.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення: «Навіщо ФТ/ЕТ, як магістру, вміти проводити дослідження?». Введення поняття **доказової реабілітації (EBP)**.
2.	**Теоретичний міні-блок: Методологія**	15 хв.	**Лекція:** Основні етапи та структура **педагогічного експерименту** (визначення контрольної та експериментальної групи). Пояснення поняття **надійності та валідності** інструментарію.
3.	**Практикум: Проєктування дослідження**	35 хв.	**Метод: Групове проєктування.** Студенти діляться на 3 групи. Кожній групі надається **завдання на НДР** (наприклад, *Порівняти ефективність VR-тренувань та традиційних методів у моторному навчанні*). **Завдання:** Розробити **«Паспорт дослідження»**,

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
			включаючи: **1.** Актуальність та проблему; **2.** Гіпотезу; **3.** Метод (типовий експеримент); **4.** Вибірку; **5.** Інструментарій.
4.	**Рольова гра: Звіт МДК**	20 хв.	**Сценарій:** Студенти працюють у малих групах, кожен бере на себе роль фахівця МДК (ФТ, Психолог, Соціальний працівник). **Завдання:** Скласти спільний **комплексний план реабілітації** для пацієнта (наприклад, дитина з аутизмом), узгоджуючи педагогічні, психологічні та соціальні цілі.
5.	**Підведення підсумків та Рефлексія**	10 хв.	Презентація результатів проєктів. Обговорення: «Які статистичні методи підійдуть для вашого дослідження?». Домашнє завдання: Скласти розширений план дослідження (для СРС/МКР).

4. Деталізація Групового Проєкту (Етап 3)

Приклад Завдання: «Паспорт дослідження»

Тема: Порівняння ефективності використання технологій **Віртуальної Реальності (VR)** та традиційних фізичних вправ у покращенні балансу у літніх пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба.

Елемент дослідження	Зміст
Актуальність та Проблема	Поширеність падінь серед літніх. Необхідність пошуку інноваційних та мотивуючих педагогічних технологій.
Гіпотеза	Використання VR-тренувань (педагогічна технологія) буде більш ефективним для покращення динамічного балансу, ніж стандартні вправи.
Метод	**Педагогічний експеримент** (Формувальний етап). Рандомізоване контрольоване дослідження.
Вибірка	Дві групи: **Експериментальна** (VR-тренування балансу) та **Контрольна** (стандартні вправи). По 15 осіб у кожній.
Інструментарій	**1.** Шкала Берга (Berg Balance Scale) – для оцінки балансу. **2.** Протокол спостереження за якістю виконання вправ. **3.** Анкета самооцінки мотивації (для оцінки психологічного чинника).
Математична обробка	Порівняння середніх значень (показник Шкали Берга) між групами до та після втручання за допомогою **t-критерію Стьюдента**.

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння ролі фахівця у МДК).
2. Якість теоретичного матеріалу (чітке визначення етапів експерименту).
3. Логічність та наукова обґрунтованість **«Паспорта дослідження»** (вибір гіпотези, інструментарію та статистики).
4. Демонстрація навичок **комплексного планування** в МДК (Етап 4).
5. **Загалом за ПЗ № 6 | 5 балів**

Методи організації педагогічної роботи в дослідних групах. Організація психолого-педагогічних досліджень у роботі міждисциплінарних груп

Організація дослідницької діяльності у сфері педагогіки та психології вимагає спеціальних підходів, особливо коли робота ведеться в складі міждисциплінарних команд (наприклад, педагоги, психологи, лікарі, терапевти). Ефективна організація такої роботи забезпечує глибину, комплексність та достовірність отриманих результатів.

1. Методи організації педагогічної роботи в дослідних групах

Педагогічні дослідження спрямовані на вивчення освітніх процесів, методів навчання, виховання та розвитку особистості. Організація роботи в дослідній групі передбачає структурований підхід до планування, збору даних, їх аналізу та презентації результатів.

Ключові методи організації роботи:

А. Метод проектних команд

- **Сутність:** Дослідження розглядається як проект з чітко визначеними етапами (ініціація, планування, виконання, моніторинг, завершення), цілями та кінцевим продуктом (стаття, методичні рекомендації, навчальна програма).
- **Організація:** Призначення керівника проекту (лідера групи), розподіл ролей та відповідальності, використання інструментів проектного менеджменту (діаграми Ганта, Trello, Jira).
- **Переваги:** Висока структурованість, чіткі дедлайни, прозорість процесу.

Б. Метод проблемно-орієнтованих груп (Problem-Based Learning, PBL)

- **Сутність:** Група об'єднується навколо конкретної актуальної педагогічної проблеми (наприклад, "Як підвищити мотивацію студентів до онлайн-навчання?"). Учасники спільно шукають рішення, використовуючи різні джерела знань.
- **Організація:** Регулярні зустрічі (воркшопи, семінари), фасилітація дискусій, стимулювання креативного мислення та генерації гіпотез.

- **Переваги:** Глибоке занурення в проблему, розвиток критичного мислення, висока залученість учасників.

В. Метод "Наукового гуртка" або Семінарський метод

- **Сутність:** Більш традиційний підхід, що передбачає регулярні зустрічі групи для обговорення літератури, представлення проміжних результатів досліджень кожного учасника, взаємного рецензування та планування наступних кроків.
- **Організація:** Наявність наукового керівника/ментора, чіткий розклад засідань, доповіді учасників.
- **Переваги:** Систематичність, можливість отримання експертної оцінки від досвідченого керівника.

2. Організація психолого-педагогічних досліджень у роботі міждисциплінарних груп

Міждисциплінарний підхід (наприклад, у реабілітації, інклюзивній освіті) є необхідним для комплексного розуміння складних явищ. Він поєднує перспективи різних наук (психології, педагогіки, медицини, соціології).

Специфіка організації міждисциплінарних досліджень:

А. Інтеграція термінології та концепцій

Перша та найбільша складність — це "мова". Психологи, педагоги та лікарі використовують різну термінологію для опису одних і тих же явищ.

- **Метод організації:** Проведення початкових "установчих" семінарів, де відбувається узгодження понять, вироблення спільного глосарію (словника термінів) проекту, що є критично важливим для взаєморозуміння.

Б. Координація методів збору даних

Кожна дисципліна має свої улюблені методи (психологи — тести, педагоги — спостереження та анкетування, лікарі — клінічні шкали).

- **Метод організації:** Розробка єдиного протоколу дослідження, який комбінує різні методи (mixed methods research). Наприклад, використання якісних методів (інтерв'ю) для глибшого розуміння кількісних даних (результатів тестів).

В. Управління динамікою групи та конфліктами

У міждисциплінарних групах часто виникають конфлікти через різні професійні ієрархії або різні погляди на пріоритети дослідження.

- **Метод організації:** Застосування фасилітації та медіації. Залучення нейтрального лідера або фасилітатора, який допомагає групі зосередитися на спільній меті, а не на дисциплінарних розбіжностях.

Г. Спільний аналіз та інтерпретація результатів

Найцінніший етап міждисциплінарної роботи — це спільна інтерпретація даних, коли результати однієї дисципліни пояснюють або доповнюють результати іншої.

- **Метод організації:** Проведення "круглих столів" для обговорення результатів. Використання технології "мозкового штурму" для генерації

комплексних висновків, які неможливо було б отримати, працюючи ізольовано.

Висновок

Організація педагогічної роботи в дослідних групах вимагає структурованості та використання методів проектного чи проблемного навчання. При переході до міждисциплінарних команд критично важливими стають навички комунікації, узгодження термінології та методів, а також ефективна координація для забезпечення синергії знань та отримання цілісних, інноваційних результатів досліджень.

Практичне заняття: Організація міждисциплінарного дослідження "Інклюзивне освітнє середовище"

Тема: Планування та координація психолого-педагогічного дослідження в міждисциплінарній групі.

Мета заняття: На основі гіпотетичного дослідницького завдання навчити учасників розробляти план міждисциплінарного дослідження, узгоджувати методи збору даних та розподіляти ролі в команді.

Цільова група: Педагоги, психологи, соціальні працівники, фізичні терапевти, ерготерапевти.

Необхідні матеріали:

- Опис гіпотетичної "Проблемної ситуації" (приклад додається);
- Бланки "Плану дослідження";
- Папір А3, маркери;
- Стікери різних кольорів (по кольору дисципліни: синій – психологи, зелений – педагоги, червоний – терапевти).

Опис технології: Метод "Спільне проектування" та "Кольорова координація"

Заняття використовує **метод спільного проектування (co-design)**, де учасники колективно створюють план дослідження. **Технологія "кольорової координації"** допомагає візуалізувати внесок кожної дисципліни та забезпечити міждисциплінарну інтеграцію.

Етико-правові засади: Дотримання етичних норм проведення досліджень за участю людей (отримання інформованої згоди, конфіденційність даних).

Порядок проведення практичного завдання (5 етапів)

Етап 1: Вступ та визначення проблеми (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор наголошує на важливості спільної мови та інтегрованого підходу в міждисциплінарних дослідженнях.
- **Проблемна ситуація:** "У місцевій школі відкрито інклюзивний клас. Адміністрація, вчителі та батьки стикаються з труднощами: низька успішність дітей з ООП, конфлікти між батьками, фізична недоступність простору. Необхідно провести дослідження для розробки ефективної моделі інклюзії".

Етап 2: Формування міждисциплінарних груп та узгодження термінів (30 хв)

- Учасники діляться на групи. Кожен обирає свою професійну роль (психолог, педагог, ФТ/ЕТ).
- **Завдання:** Провести "установчий семінар" в групі: узгодити ключові терміни ("інклюзія", "адаптація", "бар'єр", "компетентність") та визначити спільне бачення кінцевої мети дослідження.

Етап 3: Розробка плану дослідження та методів (45 хв)

- Групи отримують великий аркуш паперу (план дослідження). Вони мають заповнити розділи, використовуючи стікери свого "дисциплінарного кольору":

1. **Завдання дослідження** (спільні).
2. **Методи збору даних:** (наприклад, синій стікер: "Психологічне тестування емпатії вчителів"; зелений: "Спостереження за уроками"; червоний: "Аудит фізичної доступності").
3. **Учасники (вибірка):** (наприклад, педагоги, діти з ООП, батьки).
4. **Етапи та терміни.**

Етап 4: Презентація та інтеграційний аналіз (25 хв)

- Групи презентують свої плани.
- **Аналіз за допомогою "Кольорової координації":** Фасилітатор звертає увагу на баланс кольорів на плакаті.
  - *Питання:* "Чи є план справді міждисциплінарним, чи переважає один колір (одна дисципліна)? Як забезпечити інтеграцію даних, отриманих різними методами?"
- Спільне обговорення сильних сторін та прогалин у планах.

Етап 5: Підсумок та рефлексія (5 хв)

- **Рефлексія:** Учасники діляться усвідомленням складнощів та переваг роботи в міждисциплінарній команді.
- **Висновок:** Ефективне міждисциплінарне дослідження вимагає часу на узгодження, комунікацію та готовність вийти за межі власної професійної бульбашки.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники отримають практичний досвід командної роботи над дослідницьким завданням, навчаться розробляти комплексні плани досліджень, які поєднують психолого-педагогічні методи різних дисциплін, та зрозуміють важливість координації для отримання цілісних наукових результатів.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 7

Тема: Застосування ерготерапевтичних засобів та методик при ДЦП та постінсультних хворих. Інтеграція інноваційних технологій.

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Практичне заняття, майстер-клас, симуляція

Характеристика	Деталізація
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Груповий аналіз, симуляція, демонстрація, проєктування
Мета	Оволодіння принципами **ерготерапевтичного втручання** у складних клінічних випадках (ДЦП, інсульт); набуття навичок вибору, модифікації та навчання використанню **адаптивних засобів** та **інноваційних технологій** (VR/AR).

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** специфічні проблеми функціонування, активності та участі при **дитячому церебральному паралічі (ДЦП)** та у **постінсультних хворих** з позицій ерготерапії.
- **Засвоїти** класифікацію **адаптивних та допоміжних засобів** для щоденної активності (ADL).
- **Ознайомитися** з інтеграцією **технологій віртуальної та доповненої реальності (VR/AR)** як сучасного ерготерапевтичного інструменту.

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **функціонального аналізу** активності пацієнта (наприклад, приготування їжі, одягання).
- **Формування** умінь **навчати** пацієнта новим компенсаторним патернам та використанню адаптивних засобів (педагогічна майстерність).

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** навичок складання **індивідуальної програми ерготерапії** (плану втручання).
- **Відпрацювання** навичок **адаптації** стандартних предметів побуту в ерготерапевтичній лабораторії (або симуляції).

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Ерготерапія (ЕТ):** Філософія, мета та основні принципи втручання (зосередженість на значущій діяльності).
2. **Засоби ЕТ при ДЦП:** Методики для покращення **дрібної моторики, мануальних навичок** та **когнітивної функції** через гру та діяльність.
3. **Засоби ЕТ при інсульті:** Відновлення функції верхньої кінцівки, робота з **однобічним просторовим ігноруванням** (Neglect) та дисфагією.
4. **Інноваційні технології:** Застосування **VR** для безпечного тренування щоденних сценаріїв (магазин, кухня) та **Телереабілітація** для моніторингу ADL.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення: «Що таке значуща діяльність (occupation) для пацієнта?». Введення поняття **адаптація діяльності** проти **відновлення функції**.
2.	**Кейс-стаді: Функціональний аналіз**	20 хв.	**Завдання:** Студентам надається **клінічний опис** постінсультного пацієнта (геміпарез, домінувальна рука уражена). **Завдання:** Провести **функціональний аналіз** активності «одягання сорочки» та визначити, які етапи є неможливими.
3.	**Практикум: Адаптивні Засоби**	30 хв.	**Метод: Майстер-клас та Симуляція.** Студенти працюють у малих групах з муляжами або в ерготерапевтичній кімнаті. **Завдання: 1.** Сформувати набір **адаптивних засобів** (спеціальні столові прилади, застібки, накладки) для пацієнта з кейсу. **2.** Навчитися та навчити один одного компенсаторним технікам одягання/харчування (педагогічний аспект).
4.	**Інновації: VR/AR у ЕТ**	20 хв.	**Метод: Презентація та Обговорення.** Коротка демонстрація (відео/презентація) прикладів використання **VR** для тренування щоденної діяльності (наприклад, віртуальне приготування кави). **Завдання:** Скласти план тренування для пацієнта з **ДЦП** з використанням **ігрових VR-технологій** (як педагогічна технологія).
5.	**Підведення підсумків та Рефлексія**	10 хв.	Презентація результатів. Обговорення: «Чому ерготерапія є найбільш **психолого-педагогічною** з усіх реабілітаційних дисциплін?». Домашнє завдання: Підготовка до заліку.

4. Деталізація Практикуму (Етап 3)

Сценарій для Практикуму: Навчання компенсаторним технікам

Пацієнт: Постінсультний пацієнт із слабкістю правої руки.

Активність: Приготування простого сендвіча.

Етап Активності	Проблема	Адаптивний Засіб (Технологія)	Педагогічна техніка (Навчання)
Фіксація хліба	Нездатність тримати хліб (задіяно лише одну руку).	**Дошка для приготування їжі з шипами (Pins Board).**	**Метод: Демонстрація та Часткове керівництво.** Покрокова інструкція «крок за кроком» з фіксацією уваги на компенсаторній функції.
Різання/Намазування	Складнощі з утриманням ножа.	**Ніж з потовщеною/адаптивною ручкою** або спеціальний фіксувальний пристрій.	**Метод: Пояснення та Практичне повторення.** Навчання правильному захопленню (Grip) та тренування **повторюваними рухами** для формування нової навички (Моторне навчання).
Перенесення	Складнощі з перенесенням тарілки.	**Нековзний килимок** або таця з високими бортами.	**Метод: Навчання безпеці.** Наголос на важливості використання допоміжних засобів для **самостійності** та запобігання травмам.

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння філософії ерготерапії).
2. Якість **функціонального аналізу** (чітке визначення обмежень ADL).
3. Практична ефективність (правильний вибір адаптивних засобів та демонстрація компенсаторних технік).
4. Обґрунтованість застосування інноваційних технологій (план VR-тренування).
5. **Загалом за ПЗ № 7 | 5 балів**

Ерготерапія є ключовим компонентом відновлення як при дитячому церебральному паралічі (ДЦП), так і у постінсультних хворих. Вона зосереджується на **покращенні участі людини в щоденній діяльності (заняттях)**, а не лише на відновленні функцій тіла. Інтеграція інноваційних технологій значно розширює можливості ерготерапевтів в обох випадках.

1. Застосування ерготерапевтичних засобів та методик при ДЦП

При ДЦП ерготерапія спрямована на допомогу дітям досягти максимальної незалежності вдома, у школі та під час ігор.

Методики:

- **Моторно-функціональний підхід:** Розвиток дрібної моторики рук, координації рухів, що необхідно для самообслуговування (одягання, їжі) та письма.
- **Сенсорна інтеграція:** Допомога дитині обробляти сенсорну інформацію (дотик, рух, звук), що часто порушена при ДЦП, для покращення уваги та поведінки.
- **Навчання навичкам самообслуговування:** Поетапне навчання гігієнічним процедурам, прийому їжі, одяганню, використовуючи адаптовані методики.
- **Ігрова терапія:** Використання гри як основного засобу розвитку когнітивних, соціальних та рухових навичок.

Засоби:

- **Адаптивні пристосування:** Спеціальні столові прибори з потовщеними ручками, чашки-непроливайки, пристрої для зав'язування шнурків.
- **Засоби альтернативної комунікації (ЗАК):** Картки, планшети зі спеціальним програмним забезпеченням для неговорящих дітей.
- **Позиціонування та сидіння:** Спеціалізовані крісла, вертикалізатори, ортези для підтримки правильної пози та запобігання контрактурам.

2. Застосування ерготерапевтичних засобів та методик при постінсультних хворих

Ерготерапія після інсульту зосереджується на відновленні функціональної незалежності та поверненні до повсякденного життя (ADL - Activities of Daily Living).

Методики:

- **Відновлення функції верхньої кінцівки:** Застосування методів, що ґрунтуються на нейропластичності, таких як терапія, індукована обмеженням (Constraint-Induced Movement Therapy, CIMT), дзеркальна терапія.
- **Тренування когнітивних функцій:** Вправи для відновлення пам'яті, уваги, планування, вирішення проблем, які часто страждають після інсульту.
- **Перенавчання навичкам самообслуговування:** Повторне навчання одяганню, приготуванню їжі, гігієні, адаптація методів виконання дій під наявні обмеження.
- **Адаптація домашнього середовища:** Оцінка дому пацієнта та рекомендації щодо модифікацій (встановлення поручнів, пандусів, зміна розташування меблів).

Засоби:

- **Допоміжні засоби для самообслуговування:** Довгі ложки для взування, захвати для предметів, спеціальні дошки для різання продуктів однією рукою.
- **Технічні засоби реабілітації:** Ходунки, тростини, інвалідні візки для забезпечення мобільності.
- **Модифікація житла:** Поручні у ванній кімнаті, підйомні пристрої, переобладнання кухні.

3. Інтеграція інноваційних технологій

Інновації значно підвищують ефективність ерготерапії, роблячи процес більш інтенсивним, об'єктивним та мотивуючим.

Приклади інноваційних технологій:

- **Віртуальна реальність (VR):** Використання VR-ігор для тренування балансу, координації рухів та когнітивних навичок у захоплюючому середовищі. Це особливо корисно при ДЦП та постінсультній реабілітації.
- **Екзоскелети та роботизовані пристрої:** Спеціалізовані роботизовані рукавички або екзоскелети для рук допомагають пацієнтам після інсульту виконувати цілеспрямовані рухи, стимулюючи нейропластичність.
- **Телереабілітація (Telerehabilitation):** Заняття з ерготерапевтом через відеозв'язок, що забезпечує безперервність процесу відновлення в домашніх умовах та моніторинг прогресу.
- **Спеціалізовані комп'ютерні програми та додатки:** Програми для тренування когнітивних функцій (пам'ять, увага), адаптовані під конкретні порушення.
- **Біозворотний зв'язок (Biofeedback):** Пристрої, що відстежують м'язову активність або інші фізіологічні параметри та надають пацієнту зворотний зв'язок у реальному часі, допомагаючи контролювати своє тіло.

Інтеграція цих технологій дозволяє створити індивідуалізовані, інтенсивні програми реабілітації, що значно покращує функціональні результати та якість життя пацієнтів.

Практичне заняття: Розробка ерготерапевтичної програми з інтеграцією інноваційних технологій

Тема: Проектування індивідуальної ерготерапевтичної програми для клієнта з неврологічними порушеннями (на прикладі постінсультного стану).

Мета заняття: Навчити учасників створювати комплексний план ерготерапевтичного втручання, що поєднує традиційні методики з сучасними інноваційними технологіями для досягнення конкретних функціональних цілей.

Цільова група: Ерготерапевти (ЕТ), фізичні терапевти (ФТ), реабілітологи.

Необхідні матеріали:

- Опис "Клінічного кейсу постінсультного пацієнта";
- Бланки "Плану ерготерапевтичного втручання";
- Перелік інноваційних технологій (як довідковий матеріал);
- Доступ до комп'ютера/планшета з імітацією реабілітаційних програм або відео VR-сесій.

Опис технології: Метод "Problem-Based Learning" (PBL) та планування втручання

Заняття використовує **метод проблемно-орієнтованого навчання**, де учасники вирішують реальну клінічну проблему. **Технологія планування втручання** вимагає від фахівців комплексного підходу: від оцінки до вибору конкретних засобів та методик.

Етико-правові засади: Дотримання інформованої згоди пацієнта на використання технологій, конфіденційність даних, відповідність терапії міжнародним стандартам.

Порядок проведення практичного завдання (5 етапів)

Етап 1: Вступ та аналіз клінічного кейсу (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує про цілі ерготерапії (діяльність, а не тільки функція) та роль технологій у сучасній реабілітації.
- **Кейс для роботи:** Пацієнт 60 років, 3 місяці після ішемічного інсульту. Частковий парез правої руки, порушення дрібної моторики, легкі когнітивні порушення (планування). Проживає сам, мотивований повернутися до самостійного приготування їжі.

Етап 2: Визначення цілей та оцінка (30 хв)

- Учасники діляться на малі групи.
- **Завдання 1 (Оцінка):** Визначити ключові функціональні обмеження пацієнта, які заважають йому готувати їжу (наприклад, не може різати продукти однією рукою, забуває порядок дій).

- **Завдання 2 (Цілепокладання):** Сформулювати 3 SMART-цілі (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) на 4 тижні роботи.
    - *Приклад цілі:* "Протягом 4 тижнів пацієнт зможе самостійно приготувати простий бутерброд з використанням адаптованої дошки для різання".

Етап 3: Розробка плану втручання та інтеграція технологій (45 хв)

- Групи заповнюють бланк плану втручання, обираючи методики та засоби.
- **Завдання:** Інтегрувати щонайменше одну інноваційну технологію в план.

Цілі	**Методики (Традиційні)**	**Засоби/Технології (Інноваційні)**
Покращення функції правої руки	Вправи на дрібну моторику	Роботизована рукавичка (якщо є) або спеціалізоване ПЗ для тренування
Тренування когнітивних функцій	Картки з послідовністю дій	Додаток на планшеті для тренування пам'яті/планування
Самостійне приготування їжі	Навчання використання адаптивних засобів	Відеоуроки з адаптованої кухні / VR-симуляція кухні

Етап 4: Презентація та обговорення (25 хв)

- Групи презентують свої плани.
- **Аналіз:** Відбувається обговорення ефективності та реалістичності запропонованих технологій. "Наскільки технологія VR допоможе саме цьому пацієнту?", "Які етичні аспекти використання даних додатків?".

Етап 5: Підсумок та рефлексія (5 хв)

- **Рефлексія:** Учасники діляться враженнями про те, як інноваційні технології змінили їхнє традиційне уявлення про ерготерапію.
- **Висновок:** Успішна ерготерапія вимагає гнучкості, постійного навчання та вміння поєднувати перевірені методики з потенціалом сучасних технологій.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники навчаться комплексно підходити до планування ерготерапевтичного процесу, зможуть обґрунтовано добирати та інтегрувати інноваційні технології у свою практику, що підвищить якість та ефективність реабілітації пацієнтів із неврологічними порушеннями.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 8

Тема: Принципи формування рухових навичок (Моторне навчання), комплексна діагностика (МКФ) та інноваційні технології в діяльності ФТ/ЕТ (Телереабілітація).

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Практичне заняття, підсумкова симуляція, інтегративний аналіз
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Груповий аналіз, симуляція, дискусія, МКФ-кодування
Мета	Інтеграція педагогічних знань (**моторне навчання**) з ключовим діагностичним інструментом (**МКФ**) та ознайомлення з **управлінськими аспектами** професії (маркетинг, телереабілітація).

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** основні принципи та фази **моторного навчання** (Motor Learning) (когнітивна, асоціативна, автономна) та механізми **моторного контролю**.
- **Засвоїти** методику застосування **Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)** для комплексної оцінки та планування.
- **Ознайомитися** з організаційними та етико-правовими аспектами **Телереабілітації** та маркетингу реабілітаційних послуг.

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **педагогічного програмування** тренувального процесу відповідно до фази моторного навчання пацієнта.
- **Формування** умінь проводити **МКФ-кодування** ключових проблем пацієнта.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** навичок розробки програми **моторного навчання** для конкретної рухової навички.
- **Складання** комплексного **МКФ-профілю** пацієнта (кодування та дескриптори) для міждисциплінарної комунікації.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Моторне навчання:** Основні принципи (інтенсивність, специфічність, варіативність), вплив зворотного зв'язку (зовнішній vs. внутрішній).
2. **Застосування МКФ:** Як перекласти клінічний діагноз у функціональну мову; кодування доменів **Активності** та **Участі**.
3. **Телереабілітація:** Визначення, переваги та недоліки. Психолого-педагогічні виклики (мотивація, контроль виконання, цифрова нерівність).

4. **Управління у ФТ:** Маркетинг реабілітаційних послуг; оцінка якості та ефективності роботи.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення: «Які ключові знання ми засвоїли впродовж курсу?». Введення **МКФ** як фінального інтегративного інструменту.
2.	**Практикум: Моторне Навчання**	20 хв.	**Метод: Демонстрація та Навчання.** Викладач (або студент) демонструє навчання новій руховій навичці (наприклад, правильному підйому зі стільця). **Завдання:** Студенти аналізують демонстрацію, визначаючи, на якій фазі моторного навчання (когнітивна/асоціативна/автономна) знаходиться "пацієнт", та пропонують відповідний тип зворотного зв'язку.
3.	**Комплексний Кейс-стаді: МКФ-кодування**	35 хв.	**Метод: Груповий Аналіз та Кодування.** Студентам надається детальний **фінальний клінічний кейс** (наприклад, пацієнт із хронічною травмою коліна, який хоче повернутися до бігу). **Завдання: 1.** Сформулювати 3-4 ключові проблеми за **доменами МКФ** (b, s, d, e). **2.** Скласти **МКФ-профіль** (наприклад, d410.3, b710.1). **3.** Скласти 2-3 **SMART-цілі** на основі цього профілю.
4.	**Дискусія: Інновації та Управління**	15 хв.	**Метод: Дискусія «За і Проти»**. Обговорення **Телереабілітації**. **Запитання:** Які психолого-педагогічні методи є найбільш ефективними для **дистанційної мотивації** пацієнта? Як забезпечити якість послуг?
5.	**Підведення Підсумків та Рефлексія Курсу**	10 хв.	Систематизація знань. Відповіді на фінальні запитання. Інструкції щодо підготовки до Заліку (структура заліку, повторення питань).

4. Деталізація Групового Проєкту (Етап 3)

Приклад Завдання: МКФ-профіль

Пацієнт: Чоловік, 40 років, офісний працівник, 6 місяців після травми коліна. Фізично може ходити, але боїться швидких рухів. Не повернувся до занять футболом (хобі).

Домен МКФ	Проблема (Обмеження)	Код МКФ (Приклад)	SMART-Ціль (Педагогічна)
Функції організму (b)	Страх руху (Кінезіофобія).	b152.1 (Слабкість волі).	Знизити показник кінезіофобії (за шкалою TSK) на 10% протягом 4 тижнів.
Активність (d)	Складнощі з бігом на нерівній поверхні.	d455.3 (Обмеження швидкої ходьби).	Навчити пацієнта бігати підтюпцем по нерівній поверхні протягом 5 хвилин до кінця курсу реабілітації.
Участь (e)	Не бере участі у командних іграх (футбол).	e580.3 (Бар'єри, пов'язані з послугами охорони здоров'я – необхідність постійної терапії).	Сприяти поверненню до участі в одній командній тренувальній сесії до кінця місяця.

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння принципів моторного навчання та телереабілітації).
2. Якість **МКФ-кодування** та формулювання **SMART-цілей** у Кейс-стаді (Етап 3).
3. Демонстрація навичок **педагогічного програмування** (адаптація зворотного зв'язку до фази навчання).
4. Обґрунтованість позиції у дискусії про етику та ефективність телереабілітації.
5. **Загалом за ПЗ № 8 | 5 балів**

Принципи формування рухових навичок (Моторне навчання), комплексна діагностика (МКФ) та інноваційні технології в діяльності ФТ/ЕТ (Телереабілітація)

Діяльність фізичних терапевтів (ФТ) та ерготерапевтів (ЕТ) ґрунтується на наукових принципах відновлення руху та функцій. Ефективна практика поєднує розуміння того, як мозок навчається рухам (моторне навчання), використання міжнародно визнаних інструментів діагностики (МКФ) та інтеграцію сучасних технологій (телереабілітація).

1. Принципи формування рухових навичок (Моторне навчання)

Моторне навчання — це сукупність процесів, пов’язаних із досвідом або практикою, які призводять до відносно стійких змін у здатності до виконання рухових дій. Це основа будь-якої реабілітації, що включає рух (після інсульту, травм, при ДЦП).

Ключові принципи та стадії моторного навчання:

А. Стадії навчання (за Фітсом і Познером):

1. **Когнітивна стадія:** Початковий етап. Пацієнт намагається зрозуміти завдання ("Що я маю робити?"). Рухи незграбні, потрібна постійна увага та зворотний зв'язок від терапевта.
2. **Асоціативна стадія:** Пацієнт вдосконалює рух, зменшує помилки, починає помічати власні помилки. Рух стає більш плавним та ефективним.
3. **Автономна стадія:** Рух стає автоматичним, не вимагає свідомої уваги. Пацієнт може виконувати дію і одночасно розмовляти чи думати про інше.

Б. Умови ефективного навчання:

- **Практика:** Вирішальний фактор. Важливо, щоб практика була інтенсивною та різноманітною (наприклад, виконання вправи в різних умовах, з різною швидкістю).
- **Зворотний зв'язок:**
  - **Внутрішній:** Відчуття пацієнта (пропріоцепція).
  - **Зовнішній:** Інформація від терапевта або пристроїв (наприклад, "Ви зігнули руку на 10 градусів більше"). Має бути дозованим, щоб не перевантажувати пацієнта.
- **Мотивація:** Пацієнт повинен бути зацікавлений у результаті (див. тему Мотиваційного інтерв'ю).
- **Перенесення навичок (Generalization):** Вміння використовувати нову навичку в реальному житті, а не тільки в кабінеті терапевта.

2. Комплексна діагностика (МКФ) в діяльності ФТ/ЕТ

Для ефективного застосування принципів моторного навчання необхідна точна діагностика. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ, ICF) є універсальною мовою та рамкою для опису здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям.

Сутність МКФ:

МКФ зміщує фокус з діагнозу хвороби на опис **функціонування** людини та її взаємодії з **середовищем**. Вона використовує біопсихосоціальну модель.

Компоненти МКФ, що використовуються в діагностиці:

- **Функції та структури організму:** Описує фізіологічні функції та анатомічні частини тіла (наприклад, сила м'язів, амплітуда руху, порушення зору).
- **Активність:** Описує виконання індивідом завдань чи дій (наприклад, ходьба, одягання, приготування їжі).
- **Участь:** Описує залучення особи до життєвих ситуацій (наприклад, робота, сімейне життя, участь у спорті).

- **Фактори середовища:** Фізичне, соціальне та інституційне середовище (наприклад, наявність пандусів, підтримка родини, політика закладу).
- **Особистісні фактори:** Внутрішні характеристики індивіда (мотивація, характер, вік).

Роль МКФ у ФТ/ЕТ:

МКФ дозволяє провести комплексну діагностику, яка виходить за межі вимірювання кутів суглобів. Вона допомагає терапевту зрозуміти, як порушення функції руки (структура) впливає на здатність писати (активність) і, як наслідок, на можливість працювати в офісі (участь).

3. Інноваційні технології в діяльності ФТ/ЕТ (Телереабілітація)

Інновації трансформують реабілітаційну практику, а телереабілітація є однією з найбільш актуальних технологій сьогодення, особливо в контексті глобальних викликів.

Сутність телереабілітації:

Телереабілітація (Telerehabilitation) — це надання реабілітаційних послуг (оцінка, терапія, консультації, моніторинг) дистанційно, за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій (відеоконференції, спеціалізовані додатки, онлайн-платформи).

Переваги та застосування:

- **Доступність:** Подолання географічних бар'єрів. Пацієнти у віддалених районах можуть отримати висококваліфіковану допомогу.
- **Безперервність терапії:** Можливість продовжувати заняття, навіть якщо пацієнт не може фізично відвідати клініку (хвороба, транспортні проблеми).
- **Моніторинг у реальному житті:** Терапевт може спостерігати, як пацієнт виконує вправи вдома, в його реальному середовищі, що покращує перенесення навичок (принцип моторного навчання).
- **Підвищення мотивації:** Використання інтерактивних платформ та ігор (гейміфікація) у телереабілітації може підвищувати залученість пацієнтів.
- **Ефективність:** Дослідження показують, що при багатьох станах (наприклад, після заміни суглоба, при деяких неврологічних станах) телереабілітація не поступається очним візитам.

Виклики:

- Забезпечення конфіденційності даних.
- Технічні вимоги до обладнання пацієнта (інтернет, комп'ютер).
- Обмеження фізичної допомоги або корекції рухів терапевтом.

Резюме:

Сучасний фахівець ФТ/ЕТ повинен інтегрувати знання про **моторне навчання** для розробки ефективних програм вправ, використовувати **МКФ** для комплексної оцінки функціонування та залучення

пацієнта, а також активно застосовувати **інноваційні технології, зокрема телереабілітацію**, для забезпечення доступності та ефективності допомоги.

Практичне заняття: Проектування сеансу телереабілітації на основі принципів моторного навчання та МКФ

Тема: Розробка структурованого дистанційного заняття для постінсультного пацієнта з використанням інноваційних технологій.

Мета заняття: Навчити учасників планувати, проводити та оцінювати ефективність сеансу телереабілітації, інтегруючи принципи моторного навчання та використовуючи фреймворк МКФ для оцінки результатів.

Цільова група: Фізичні терапевти (ФТ), ерготерапевти (ЕТ), реабілітологи.

Необхідні матеріали:

- Опис "Клінічного кейсу пацієнта" (той самий, що в попередньому завданні);
- Платформа для відеозв'язку (Zoom, Google Meet або імітація);
- Бланки "Плану сеансу телереабілітації";
- Чек-ліст "Дотримання принципів моторного навчання".

Опис технології: Симуляція сеансу телереабілітації та інтегроване планування

Заняття використовує **симуляційну технологію** (рольова гра) для імітації дистанційного сеансу. **Технологія інтегрованого планування** вимагає від фахівців поєднати три ключові концепції: моторне навчання (як навчати руху), МКФ (що оцінювати) та телереабілітацію (як це робити дистанційно).

Етико-правові засади: Забезпечення конфіденційності зв'язку, отримання згоди пацієнта на дистанційні послуги, фіксація даних.

Порядок проведення практичного завдання (5 етапів)

Етап 1: Вступ та розподіл ролей (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує про етапи моторного навчання (когнітивний, асоціативний, автономний) та компоненти МКФ (функції, активність, участь, фактори середовища). Наголошує на специфіці комунікації через екран.
- **Кейс для роботи:** Пацієнт 60 років після інсульту, працює над відновленням самостійного приготування їжі (Кейс з попереднього заняття).
- **Розподіл ролей:** Учасники діляться на трійки: **"Терапевт"**, **"Пацієнт"** та **"Спостерігач/Експерт з МКФ"**.

Етап 2: Планування сеансу (30 хв)

- "Терапевт" та "Спостерігач" спільно розробляють план 20-хвилинного сеансу телереабілітації, використовуючи бланк. Вони мають визначити:

1. **МКФ-орієнтовану мету:** (наприклад, Активність: пацієнт самостійно наріже банан для сніданку).

2. **Етап моторного навчання:** (наприклад, когнітивний – дитина вчиться базовим рухам рукою; асоціативний – пацієнт відточує точність рухів).

3. **Методи та інструменти:** (наприклад, відеодемонстрація, використання веб-камери пацієнта для зворотного зв'язку, спеціальний додаток для тренування моторики).

Етап 3: Симуляція сеансу телереабілітації (30 хв)

- Групи "підключаються" (імітують відеодзвінок).
- "Терапевт" проводить запланований сеанс із "Пацієнтом" (близько 15 хвилин).
- "Спостерігач" фіксує:
  - Чи дотримано принципів моторного навчання (зворотний зв'язок, практика)?
  - Чи оцінює терапевт компоненти МКФ (функцію руки, активність приготування)?
  - Якість комунікації через екран.

Етап 4: Дебрифінг та зворотний зв'язок (30 хв)

- **Обговорення в трійках:** "Спостерігач" надає детальний зворотний зв'язок "Терапевту".
- **Загальна дискусія:**
  - Які були основні труднощі проведення сеансу дистанційно?
  - Як забезпечили зворотний зв'язок щодо якості руху?
  - Як використання МКФ допомогло сфокусувати мету сеансу?

Етап 5: Підсумок та рефлексія (10 хв)

- **Рефлексія:** Учасники обговорюють перспективи телереабілітації в Україні та її місце в системі надання послуг ФТ/ЕТ.
- **Висновок:** Дистанційні технології є ефективним інструментом, який вимагає від фахівця високої педагогічної майстерності, чіткого планування на основі МКФ та вміння адаптувати методи моторного навчання до віртуального середовища.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники отримають практичні навички організації та проведення сеансів телереабілітації, навчаться інтегрувати ключові наукові засади (моторне навчання та МКФ) у свою клінічну практику та будуть готові використовувати інноваційні технології у своїй роботі.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 9 (ІНТЕГРАТИВНЕ/РЕЗЕРВНЕ)

Тема: Управління якістю реабілітаційних послуг. Клінічне прийняття рішень (CPD) та використання педагогічної оцінки в ЕВР.

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Інтегративний семінар, клінічний аналіз, підготовка до контролю
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)

Характеристика	Деталізація
Форма роботи	Презентації студентів (СРС), розбір клінічних кейсів, дискусія
Мета	Інтеграція знань, набутих протягом курсу, з фокусом на **управлінні якістю** (аудит, маркетинг) та формуванні навичок **клінічного прийняття рішень**, що ґрунтується на доказовій базі (Evidence-Based Practice, EBP).

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Систематизувати** знання про психолого-педагогічні технології, що мають високий рівень **доказовості (EBP)**.
- **Засвоїти** концепцію **клінічного прийняття рішень (CPD)** у реабілітації: поєднання клінічного досвіду, цінностей пацієнта та наукових доказів.
- **Ознайомитися** з основними показниками **якості** реабілітаційних послуг (аудит, зворотний зв'язок пацієнтів).

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **критичного аналізу** наукових публікацій та їх застосування до клінічної практики.
- **Формування** умінь проводити **самоаудит** власної професійної діяльності.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** навичок використання педагогічних оціночних інструментів (шкал, анкет) для моніторингу прогресу.
- **Демонстрація** здатності обґрунтовувати свій вибір методу (наприклад, МІ, моторне навчання) на основі наукових доказів.

2. Ключові Теоретичні Питання (Повторення та Інтеграція)

1. **Доказова реабілітація (EBP):** Три компоненти EBP. Роль педагогічної оцінки (шкали мотивації, комплаєнсу) у зборі доказів.
2. **Управління та маркетинг у ФТ/ЕТ:** Позиціонування фахівця, звітність про результати (з використанням МКФ).
3. **Клінічне прийняття рішень (CPD):** Алгоритм прийняття рішення в умовах невизначеності (наприклад, коли доказів недостатньо або вони суперечливі).
4. **Комплексна самооцінка:** Техніки рефлексії та самоаудиту для безперервного професійного розвитку.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення: «Який з вивчених психолого-педагогічних методів ви

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
			вважаєте найбільш доказовим (наприклад, МІ, моторне навчання)?».
2.	**Критичний Аналіз Доказів**	25 хв.	**Метод: Міні-презентації студентів (завдання СРС).** Студенти, які готували есе/реферат на тему ЕВР, презентують ключові докази на користь або проти конкретної технології. **Обговорення:** Чи вплинули ці докази на ваше клінічне судження?
3.	**Практикум: Клінічне Рішення (Кейс)**	35 хв.	**Метод: Групове Рольове Рішення.** Студенти отримують **інтегративний клінічний кейс** (наприклад, молодий пацієнт після ЧМТ з порушенням пам'яті, уваги та депресією). **Завдання:** Скласти **фінальний протокол рішення** у вигляді таблиці: **1.** Проблема (за МКФ); **2.** Пропонований метод (технологія); **3.** Обґрунтування (докази/принципи); **4.** Критерії оцінки ефективності.
4.	**Підготовка до Контролю та Завершення Курсу**	20 хв.	**Метод: Запитання-Відповідь.** Викладач відповідає на останні питання студентів щодо матеріалу, що виноситься на залік. Надання фінальних інструкцій до МКР та Заліку (структура, критерії оцінювання).

4. Деталізація Групового Проєкту (Етап 3)

Приклад Завдання: Протокол Клінічного Рішення

Кейс: Пацієнт (45 років) після черепно-мозкової травми. Ключові проблеми: порушення короткочасної пам'яті, зниження мотивації, фізична слабкість.

Проблема (Домен МКФ)	**Вибраний Метод (Технологія)**	**Обґрунтування (ЕВР/Принципи)**	**Критерій Оцінки Ефективності**
Низька мотивація (b130.3)	**Мотиваційне інтерв'ю (МІ)**	Високий рівень доказів (ЕВР) для підвищення комплаєнсу та внутрішньої мотивації у хронічних хворих.	Зростання балів за Шкалою Мотивації (MAS) та відвідуваність занять (поведінковий критерій).

Проблема (Домен МКФ)	Вибраний Метод (Технологія)	Обґрунтування (ЕВР/Принципи)	Критерій Оцінки Ефективності
Порушення пам'яті (b144.2)	**Когнітивний тренінг** з інтеграцією рухів.	Принцип **нейропластичності** та **моторного навчання**. Стимуляція когнітивних функцій через рухову активність.	Покращення результатів у тестах на короткочасну пам'ять (наприклад, MMSE) після 4 тижнів.
Слабкість/Втома (b455.1)	**Навчання енергозбереженню** (Педагогіка).	Принцип **педагогічного прогнозування**. Навчання розподілу активності протягом дня для запобігання вигоранню.	Зменшення показників втоми за шкалою Фатіга (Fatigue Scale).

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Активна участь у дискусіях та теоретичних блоках.
2. Якість **критичного аналізу** доказів (Етап 2).
3. Чіткість та наукова обґрунтованість **Протоколу Клінічного Рішення** (правильне поєднання МКФ, методу та ЕВР).
4. Демонстрація інтегративного мислення та підготовки до заліку.
5. **Загалом за ПЗ № 9 | 5 балів**

Управління якістю реабілітаційних послуг. Клінічне прийняття рішень (CPD) та використання педагогічної оцінки в ЕВР

Управління якістю реабілітаційних послуг — це комплексна система, що забезпечує відповідність допомоги найвищим стандартам ефективності та безпеки. Ця система спирається на три ключові стовпи: стандартизований процес прийняття рішень (CPD), використання доказової практики (ЕВР) та включення педагогічної оцінки як важливого елемента роботи фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

1. Управління якістю реабілітаційних послуг

Якість у реабілітації визначається як ступінь, до якого послуги для окремих осіб та населення підвищують ймовірність бажаних результатів здоров’я та узгоджуються з поточними професійними знаннями.

Ключові аспекти управління якістю:

- **Орієнтація на пацієнта:** Послуги мають відповідати потребам, цінностям та вподобанням пацієнта.
- **Ефективність та результативність:** Використання методів, що мають доведену ефективність, та досягнення вимірюваних результатів.

- **Безпека:** Запобігання помилкам, травмам та іншим негативним наслідкам терапії.
- **Своєчасність та доступність:** Надання послуг тоді, коли вони потрібні, без невиправданих затримок.
- **Командна робота:** Ефективна взаємодія міждисциплінарної команди.

Система управління якістю передбачає постійний моніторинг, аудит клінічної практики, збір зворотного зв'язку від пацієнтів та впровадження стандартів надання допомоги (клінічних протоколів).

2. Клінічне прийняття рішень (CPD)

Клінічне прийняття рішень (Clinical Decision Making, CPD) — це складний когнітивний процес, який використовують фахівці (ФТ/ЕТ) для аналізу інформації про пацієнта, синтезу даних оцінки, формулювання діагнозу, визначення цілей та вибору оптимальних стратегій втручання.

CPD не є інтуїтивним процесом; це структурований підхід, який можна описати через модель гіпотетико-дедуктивного мислення:

1. **Збір даних:** Збір анамнезу, проведення фізичних тестів, спостереження.
2. **Генерація гіпотез:** На основі даних фахівець висуває кілька можливих пояснень проблеми пацієнта.
3. **Перевірка гіпотез:** Проведення додаткових тестів для підтвердження або спростування гіпотез.
4. **Формулювання діагнозу/проблеми:** Визначення основної причини порушення.
5. **Розробка плану втручання:** Вибір методів реабілітації.

Ефективність CPD прямо впливає на якість послуг. Розвиток цього навику вимагає постійного навчання, рефлексії власної практики та використання доказової бази.

3. Використання педагогічної оцінки в EBP

Доказова практика (Evidence-Based Practice, EBP) — це підхід до клінічної роботи, який передбачає використання найкращих наявних наукових доказів у поєднанні з клінічним досвідом фахівця та цінностями/уподобаннями пацієнта.

Педагогічна оцінка відіграє важливу роль у EBP в діяльності ФТ/ЕТ. Реабілітація за своєю суттю є навчальним процесом: пацієнт вчиться рухатися інакше, використовувати адаптивні засоби, змінювати поведінку.

Роль педагогічної оцінки в EBP:

- **Оцінка навчальних потреб пацієнта:** Визначення того, як пацієнт найкраще сприймає інформацію (візуально, аудіально, кінестетично), його рівня грамотності, когнітивних здібностей та готовності до навчання. Це критично для вибору ефективних педагогічних методів.

- **Вибір доказових педагогічних стратегій:** ЕВР застосовується не лише до фізичних втручань (наприклад, яка вправа краще), але й до методів навчання (наприклад, докази ефективності Мотиваційного інтерв'ю чи використання візуальних посібників).
- **Оцінка результатів навчання:** Вимірювання того, чи засвоїв пацієнт нові навички, чи змінилася його поведінка в повсякденному житті. Це може бути оцінка дотримання домашньої програми вправ або вміння користуватися новим допоміжним засобом.
- **Інтеграція в процес CPD:** Результати педагогічної оцінки впливають на клінічне рішення. Якщо пацієнт не засвоює інформацію вербально, фахівець, використовуючи CPD та принципи ЕВР, змінить метод комунікації на візуальний або практичний підхід.

Резюме:

Управління якістю реабілітаційних послуг — це постійний процес, який вимагає від фахівців високої компетентності. **Клінічне прийняття рішень (CPD)** забезпечує структурованість мислення, а **доказова практика (ЕВР)** гарантує використання науково обґрунтованих методів. **Педагогічна оцінка** є невід'ємною частиною ЕВР, що дозволяє оптимізувати процес навчання пацієнта та, зрештою, досягти кращих та стійкіших результатів реабілітації.

Практичне заняття: Клінічне прийняття рішень (CPD) та використання педагогічної оцінки в ЕВР

Тема: Розробка клінічного рішення на основі доказової практики з урахуванням педагогічних потреб пацієнта.

Мета заняття: Навчити учасників використовувати структурований процес клінічного прийняття рішень (CPD) та інтегрувати педагогічну оцінку для вибору доказових методів реабілітації.

Цільова група: Фізичні терапевти (ФТ), ерготерапевти (ЕТ), реабілітологи, клініцисти.

Необхідні матеріали:

- Опис "Клінічного кейсу пацієнта з когнітивними порушеннями";
- Бланки "Моделі клінічного прийняття рішень";
- Доступ до джерел наукової літератури (наприклад, PubMed, Google Scholar або імітація);
- Чек-ліст "Педагогічна оцінка пацієнта".

Опис технології: Метод "Клінічний розбір" та ЕВР-пошук

Заняття використовує **метод "Клінічного розбору" (Clinical Reasoning)**, де учасники проходять всі етапи CPD на конкретному прикладі. **Технологія ЕВР-пошуку** імітує процес пошуку та критичної оцінки наукових доказів для обґрунтування клінічного рішення.

Етико-правові засади: Використання найкращих доказів для забезпечення високої якості послуг, повага до автономії пацієнта та його права на інформацію (ЕВР-підхід).

Порядок проведення практичного завдання (5 етапів)

Етап 1: Вступ та ознайомлення з кейсом (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує про 3 компоненти EBP (докази, досвід, цінності пацієнта) та етапи CPD. Наголошує на важливості педагогічної оцінки для успіху терапії.
- **Кейс для роботи:** Пацієнтка 70 років, після ендопротезування кульшового суглоба. Фізично відновлюється добре, але має легкі вікові когнітивні порушення (короткочасна пам'ять, увага). Постійно забуває послідовність домашніх вправ, потребує частих нагадувань. Хоче повернутися до самостійного життя.

Етап 2: Діагностика та педагогічна оцінка (30 хв)

- Учасники діляться на малі групи.
- **Завдання 1 (CPD - Збір даних):** Визначити ключову проблему (не фізичну, а педагогічну/когнітивну).
  - *Проблема:* Порушення пам'яті заважає дотриманню програми домашніх вправ.
- **Завдання 2 (Педагогічна оцінка):** Використовуючи чек-ліст, групи визначають оптимальний стиль навчання для цієї пацієнтки (наприклад, візуальні підказки, часте повторення, навчання "малими кроками", використання нагадувань у телефоні).

Етап 3: EBP-пошук та прийняття рішення (40 хв)

- **Завдання (EBP):** Кожна група формулює клінічне запитання у форматі PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) та імітує пошук наукових доказів.
  - *Приклад запитання:* "Для літніх пацієнтів з легкими когнітивними порушеннями після заміни суглоба (P), чи є використання візуальних посібників/відеоінструкцій (I) ефективнішим за вербальні інструкції (C) для дотримання домашньої програми вправ (O)?"
- **CPD - Прийняття рішення:** На основі знайдених "доказів" та педагогічної оцінки групи розробляють план втручання.

Етап 4: Презентація та обговорення (25 хв)

- Групи презентують своє клінічне рішення та обґрунтовують його (докази + клінічний досвід + цінності пацієнтки — вона хоче бути самостійною).
- **Аналіз:** Відбувається обговорення: "Якби доказів не було, яке рішення ви б прийняли?", "Наскільки цінності пацієнтки вплинули на ваш вибір?"

Етап 5: Підсумок та рефлексія (10 хв)

- **Рефлексія:** Учасники діляться усвідомленням того, як структурований підхід (CPD та EBP) допомагає мінімізувати помилки та підвищити якість послуг.
- **Висновок:** Якісна реабілітація — це поєднання наукової обґрунтованості, мистецтва педагогіки та емпатії.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники навчаться використовувати модель клінічного прийняття рішень, інтегрувати педагогічну оцінку в процес ЕВР, що дозволить їм приймати більш обґрунтовані та пацієнтоорієнтовані рішення у своїй професійній діяльності, підвищуючи загальну якість реабілітаційних послуг.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 10 (ІНТЕГРАТИВНЕ)

Тема: Комплексне повторення та підготовка до заліку. Розв'язання ситуаційних задач з психолого-педагогічної майстерності у реабілітації.

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Інтегративний практикум, симуляція заліку
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Бліц-опитування, розбір «складних» кейсів, груповий захист рішень
Мета	Систематизувати та інтегрувати знання з усіх розділів курсу. Підготувати студентів до успішного складання заліку через відпрацювання практичного завдання (кейсу, що оцінюється у 20 балів) та теоретичних питань.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Систематизувати** знання про психолого-педагогічні технології: **Мотиваційне інтерв'ю (МІ)**, принципи **Моторного навчання**, етичні норми та **МКФ**.
- **Узагальнити** класифікацію психологічних та педагогічних методів впливу у терапії.

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок швидкого **аналізу** клінічної ситуації та **синтезу** оптимального психолого-педагогічного втручання.
- **Формування** умінь чітко та аргументовано відповідати на теоретичні питання (як вимагає формат заліку).

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Відпрацювання** навичок **розв'язання практичних завдань** у форматі заліку (аналіз кейсу, розробка плану втручання).
- **Демонстрація** здатності застосовувати **інтегративний біопсихосоціальний підхід** до оцінки пацієнта.

2. Ключові Теоретичні Питання (Повторення)

1. **Загальна характеристика:** Мета та предмет дисципліни. Етичний кодекс ФТ/ЕТ.
2. **Мотивація:** Мотиваційне інтерв'ю (принципи OARS) та Транстеоретична модель змін

Комунікація та Педагогіка: Активне слухання, Я-повідомлення, профілактика вигорання.

4. Моторне навчання: Фази та принципи формування рухових навичок.

5. МКФ: Використання МКФ для планування втручання та комунікації.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Бліц-опитування «Ключові терміни»**	10 хв.	**Метод: Фронтальне опитування.** Викладач називає термін (наприклад, «Подвійна рефлексія», «Універсальний Дизайн», «Моторний контроль»), студенти дають чітке визначення.
2.	**Практикум № 1: Теоретична частина Заліку**	20 хв.	**Метод: Групова підготовка.** Студенти діляться на 4 групи. Кожна група отримує 2 «складні» теоретичні питання з курсу (наприклад, «Розкрити педагогічну роль МКФ» та «Принципи саморегуляції ФТ/ЕТ»). Групи готують структуровану відповідь і презентують її.
3.	**Практикум № 2: Розв'язання Кейсу Заліку**	45 хв.	**Метод: Індивідуальна/Парна робота + Захист.** Студентам надається **комплексний клінічний кейс** (наприклад, дитина з ДЦП, яка має низьку мотивацію, проблеми з дрібною моторикою та потребує соціальної адаптації). **Завдання:** Скласти план (структура як у заліку): **1.** Проблема (b, d, e); **2.** Вибір 2-х психолого-педагогічних методів; **3.** Обґрунтування вибору з позиції ЕВР.
4.	**Підведення Підсумків та Рефлексія**	15 хв.	Обговорення рішень (Етап 3). Фінальні інструкції щодо формату Заліку. Оцінка готовності студентів.

4. Деталізація Практичного Завдання (Етап 3)

Це завдання імітує практичну складову заліку (20 балів).

Комплексний Кейс для Розв'язання

Кейс: Дівчинка Марія, 12 років. Діагноз: ДЦП, легка форма геміпарезу (права сторона). Має **низьку шкільну успішність** через труднощі з письмом та соромиться своєї ходи. Відвідує групу підтримки лише через наполягання батьків. Мріє стати художником.

Завдання: Розробити фрагмент реабілітаційного втручання (30 хвилин) з позиції психолого-педагогічної майстерності:

1. **Визначити** одну проблему за **доменом Участь (e)** та одну проблему за **доменом Активність (d)** (2 бали).

2. **Запропонувати ОДИН** психологічний метод (для мотивації/подолання сорому) та **ОДИН** педагогічний метод (для покращення письмових навичок). (6 балів).

3. **Обґрунтувати** вибір методів та пояснити, як вони забезпечать **комплексність** реабілітації. (6 балів).

4. **Сформулювати** 2 **SMART-цілі** (одну психологічну, одну функціональну). (6 балів).

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у бліц-опитуванні (швидке та точне визначення термінів).
2. Якість теоретичної відповіді (структурованість, повнота).
3. Глибина аналізу та якість рішення комплексного кейсу (відповідність усіх 4-х пунктів завдання).
4. Демонстрація інтегративного підходу та готовності до фінального контролю.
5. **Загалом за ПЗ № 10 | 5 балів**

Примітка: Бали, отримані за це заняття, йдуть у загальний поточний рейтинг (РС).

Комплексне повторення та підготовка до заліку. Розв'язання ситуаційних задач з психолого-педагогічної майстерності у реабілітації

Ця тема присвячена фінальному етапу навчання — систематизації знань, їх узагальненню та застосуванню на практиці. Основна мета — перехід від теоретичних знань до формування стійкої професійної компетентності через вирішення реальних або гіпотетичних клінічних/педагогічних завдань (ситуаційних задач).

1. Комплексне повторення та систематизація матеріалу

Підготовка до заліку в контексті психолого-педагогічної майстерності ФТ/ЕТ вимагає не просто заучування термінів, а розуміння взаємозв'язку між різними темами курсу:

- **Сутність та класифікація технологій:** Відмінність діагностичних, корекційних, реабілітаційних, навчальних технологій.
- **Етико-правові засади:** Фундаментальні принципи конфіденційності, інформованої згоди, недискримінації.
- **Теорії адаптації та інклюзії:** Взаємозв'язок між психолого-педагогічними технологіями, універсальним дизайном та інклюзивним середовищем.
- **Професійна компетентність ФТ/ЕТ:** Педагогічна та психологічна майстерність як основа роботи.
- **Профілактика вигорання:** Індивідуальні та організаційні стратегії самозбереження.

- **Спеціальна психологія та корекційна педагогіка:** Зв'язок між діагностикою порушень та методами навчання/корекції.
- **Психологічні фактори реабілітації:** Роль мотивації, самоективності, прийняття хвороби.
- **Мотиваційне інтерв'ю (МІ):** Навички OARS як інструмент підвищення комплаєнсу.
- **Моторне навчання та МКФ:** Наукова основа формування рухових навичок та комплексна діагностика функціонування.
- **Інноваційні технології:** Застосування VR, телереабілітації, екзоскелетів.
- **Управління якістю та ЕВР:** Клінічне прийняття рішень (CPD) та використання доказової практики.

Метою комплексного повторення є створення цілісної картини професійної діяльності фахівця.

2. Розв’язання ситуаційних задач з психолого-педагогічної майстерності

Ситуаційна задача — це опис конкретного випадку з практики, який вимагає від фахівця аналізу ситуації, ідентифікації проблем, прийняття обґрунтованого рішення та планування дій.

Механізм вирішення ситуаційних задач:

Вирішення задач є основним методом перевірки психолого-педагогічної майстерності, оскільки імітує реальну клінічну практику.

Етапи роботи над задачею:

1. **Аналіз ситуації:** Уважне читання кейсу. Виділення ключових фактів, проблем, учасників (пацієнт, родина, команда).
2. **Ідентифікація психолого-педагогічних проблем:** Визначення, які саме аспекти (мотивація, комунікація, педагогічні потреби, етичні дилеми, організаційні бар'єри) є критичними в даному випадку.
3. **Теоретичне обґрунтування:** Посилання на відповідні психолого-педагогічні технології, принципи, теорії чи етичні кодекси, які допомагають вирішити проблему.
4. **Розробка плану дій:** Покроковий опис втручання або комунікації.
5. **Прогнозування результатів та рефлексія:** Оцінка можливих наслідків запропонованих дій, альтернативні варіанти.

Приклад ситуаційної задачі:

Ситуація: Ви — ерготерапевт, який працює з 40-річним чоловіком після важкої травми руки, який втратив можливість повернутися на свою роботу водієм. Він відвідує заняття нерегулярно, виявляє агресію, каже, що "все це марно" і "ви нічого не розумієте в моєму житті".

Як фахівець має діяти?

- *Аналіз:* Низька мотивація, агресія, втрата професійної ідентичності, заперечення реабілітації.

- *Обґрунтування:* Необхідно застосувати принципи **Мотиваційного інтерв'ю (МІ)** (ефективна комунікація, емпатія, уникнення "рефлексу виправлення"), зрозуміти психологічні фактори (прийняття травми, самоективність), дотриматися **етичних засад** (повага до гідності, недискримінація).
- *План дій:*

1. Використати відкриті запитання (OARS) замість директив (наприклад, "Що для вас було найважливішим у вашій роботі водієм?").
2. Активно слухати та віддзеркалювати почуття ("Я чую, ви дуже засмучені і відчуваєте безвихідь?").
3. Уникати суперечок і не переконувати, а шукати внутрішню мотивацію.
4. Спільно шукати альтернативні варіанти професійної діяльності (перекваліфікація як нова педагогічна ціль).

Підготовка до заліку через розв'язання задач

Практична підготовка до заліку має включати регулярне вирішення таких задач у форматі обговорення в малих групах або письмових відповідей. Це дозволяє студентам та фахівцям:

- Систематизувати теорію.
- Розвинути клінічне мислення (CPD).
- Набути навичок аргументованого обґрунтування своїх дій.
- Підвищити психолого-педагогічну майстерність на практиці.

Таким чином, комплексне повторення матеріалу через призму вирішення практичних ситуаційних задач є найефективнішим методом підготовки до оцінювання професійної компетентності ФТ/ЕТ.

Практичне заняття: Майстерня з розв’язання ситуаційних задач з психолого-педагогічної майстерності у реабілітації

Тема: Застосування інтегрованих психолого-педагогічних знань для вирішення складних клінічних кейсів.

Мета заняття: Закріпити теоретичні знання шляхом практичного застосування різних психолого-педагогічних технологій, етичних норм та принципів ЕВР для аналізу та вирішення типових та нестандартних ситуацій у реабілітаційній практиці.

Цільова група: Студенти випускних курсів реабілітаційних спеціальностей, інтерни, ФТ/ЕТ, що готуються до заліку/іспиту.

Необхідні матеріали:

- Збірник ситуаційних задач (підготовлений фасилітатором);
- Бланки для письмового аналізу кейсів (за бажанням);
- Дошка/фліпчарт для спільного обговорення;
- Таймер.

Опис технології: Метод "Мозкового штурму" та структурованого аналізу кейсів

Заняття використовує **метод "мозкового штурму"** для генерації ідей вирішення проблем та **технологію структурованого аналізу кейсів**, що відображає процес клінічного прийняття рішень (CPD). Це дозволяє швидко опрацювати великий обсяг матеріалу та побачити різні варіанти відповідей.

Етико-правові засади: Всі ситуації розглядаються з позиції дотримання етичних кодексів фахівців та прав пацієнтів.

Порядок проведення практичного завдання (4 етапи)

Етап 1: Вступ та правила роботи (10 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує про алгоритм роботи з ситуаційною задачею (аналіз, ідентифікація проблеми, обґрунтування, план дій).
- **Правила "Майстерні":** Повага до думок колег, активна участь, обґрунтування своїх відповідей теоретичним матеріалом курсу.

Етап 2: Робота над ситуаційними задачами в малих групах (50 хв)

- Учасники діляться на малі групи (3-4 особи).
- Кожна група отримує 2-3 ситуаційні задачі для аналізу.
- **Завдання:** Протягом відведеного часу групи мають проаналізувати кейси та підготувати структуровану відповідь, що включає:

1. **Ключова проблема:** (психологічна, педагогічна, етична).
2. **Теоретичне обґрунтування:** (посилання на 1-2 концепції/технології курсу).
3. **План дій ФТ/ЕТ:** (покрокова інструкція).

Етап 3: Презентація рішень та спільний аналіз (45 хв)

- Групи по черзі презентують рішення однієї задачі.
- **Метод "Мозкового штурму":** Після презентації фасилітатор пропонує іншим групам назвати альтернативні варіанти вирішення або додаткові технології, які можна застосувати в цій ситуації.
- Відбувається дискусія та експертна оцінка від фасилітатора.

Етап 4: Підсумок та підготовка до заліку (15 хв)

- **Систематизація:** Фасилітатор узагальнює, які теми курсу були найбільш затребуваними при вирішенні задач (наприклад, МІ, ЕВР, етика, профілактика вигорання).
- **Рефлексія:** Учасники діляться відчуттями: "Чи відчуваю я себе більш готовим до реальної практики після цього заняття?"
- **Рекомендації:** Надання фінальних порад щодо підготовки до заліку (наприклад, зосередитися на слабких місцях, переглянути етичний кодекс).

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники заняття зможуть продемонструвати високий рівень інтеграції теоретичних знань з психолого-педагогічної майстерності, набудуть впевненості у власних клінічних та комунікативних навичках, що забезпечить успішне складання заліку та ефективну професійну діяльність.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 11 (ПОГЛИБЛЕНЕ)

Тема: Кризове втручання та вирішення складних етичних конфліктів у реабілітаційному середовищі. Психолого-педагогічні методи деескалації.

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Інтегративний практикум, тренінг кризової комунікації
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Симуляція, рольова гра, аналіз етичних кодексів
Мета	Набуття студентами навичок ефективного реагування на **гострі психологічні кризи** та **конфліктні ситуації** у клінічному середовищі, а також формування алгоритму вирішення складних етичних дилем.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Засвоєння** моделі **кризового втручання** (наприклад, 7-крокова модель Робертса).
- **Визначення** фаз **психологічної кризи** та її відмінності від звичайного стресу.
- **Ознайомлення** з **вербальними та невербальними методами деескалації** агресивної поведінки пацієнта чи його родичів.

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток стресостійкості** та здатності до **холодного аналізу** під час гострого конфлікту.
- **Формування** умінь застосовувати **алгоритм етичного рішення** (наприклад, модель «чотирьох принципів»: автономія, доброчинність, непричинення шкоди, справедливість).

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Відпрацювання** сценаріїв **кризової комунікації** (пацієнт у гніві, пацієнт із суїцидальними думками) у рольових іграх.
- **Набуття** навичок використання комунікаційних технік **«відбиття»** та **«переформулювання»** для зниження емоційного напруження.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Психологічна криза в реабілітації:** Особливості переживання (втрата функції, зміна соціального статусу).
2. **Модель кризового втручання (7 кроків): Крок 1** – Оцінка безпеки та летальності; **Крок 2** – Встановлення зв'язку; **Крок 3** – Визначення проблем.
3. **Методи деескалації:** Важливість **невербальної комунікації** (відкрита поза, нейтральний тон, дистанція).

4. **Етичні дилеми:** Конфлікт між **правом пацієнта на відмову від лікування (автономія)** та **зобов'язанням фахівця надати допомогу (доброчинність)**.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення: «Який зв'язок між фазами змін

та виникненням кризи/конфлікту?». Визначення цілей заняття. |

| 2. | Теоретичний міні-блок: Модель Втручання | 15 хв. | Презентація: Огляд 7-крокової моделі кризового втручання Робертса. Наголос на педагогічному аспекті: навчання пацієнта новим стратегіям подолання. |

| 3. | Практикум № 1: Тренінг Деескалації | 35 хв. | Метод: Рольова гра «Конфлікт у реабілітаційній залі». Студенти працюють у трійках (ФТ, Агресивний Пацієнт/Родич, Спостерігач). Сценарій: Пацієнт кидає обладнання і звинувачує ФТ у безпорадності. Завдання ФТ: Застосувати техніки деескалації та перевести розмову у конструктивне русло. Спостерігач: Оцінює вербальну та невербальну реакцію ФТ. |

| 4. | Практикум № 2: Етичний Кейс-стаді | 20 хв. | Метод: Груповий Аналіз. Сценарій: Літній пацієнт з деменцією, має сильне бажання покинути стаціонар, але його родина наполягає на продовженні. Завдання: Визначити конфліктуючі етичні принципи (автономія пацієнта vs. доброчинність) та розробити оптимальне рішення, засноване на професійній етиці. |

| 5. | Підведення Підсумків та Завершення Курсу | 10 хв. | Обговорення: Звіт Спостерігачів. Підсумкова рефлексія: Важливість холодного розуму та емпатії в кризових ситуаціях. Фінальні інструкції щодо заліку. |

4. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння моделей кризи).
2. Ефективність застосування **технік деескалації** у рольовій грі (збереження спокою, використання «Я-повідомлення»).
3. Логічність та етична обґрунтованість рішення **етичної дилеми** (чітке визначення конфліктуючих принципів).
4. Демонстрація інтегративного мислення та підготовки до фінального контролю.
5. **Загалом за ПЗ № 11 | 5 балів**

Кризове втручання та вирішення складних етичних конфліктів у реабілітаційному середовищі. Психолого-педагогічні методи деескалації

Робота фізичних терапевтів (ФТ) та ерготерапевтів (ЕТ) часто відбувається в умовах високого емоційного напруження, що може призводити до кризових ситуацій, етичних дилем та конфліктів. Ефективне управління цими викликами вимагає спеціалізованих навичок кризового втручання та психолого-педагогічних методів деескалації.

1. Кризове втручання в реабілітаційному середовищі

Кризова ситуація в реабілітації — це гострий стан, викликаний раптовою зміною здоров'я, травмою, невдачею в терапії або конфліктом, який перевищує здатність пацієнта чи персоналу впоратися з ним звичайними методами.

Сутність кризового втручання:

Кризове втручання — це негайна, короткострокова допомога, спрямована на відновлення стабільності та запобігання довгостроковим негативним психологічним наслідкам. Воно не є довгостроковою психотерапією.

Етапи кризового втручання (Модель Джеймса та Гілліланда):

1. **Визначення проблеми:** Швидка оцінка ситуації, ідентифікація тригера кризи та актуальних потреб пацієнта/сім'ї.
2. **Забезпечення безпеки:** Фізична та психологічна безпека клієнта та оточуючих. Запобігання самогубству, агресії.
3. **Надання підтримки:** Прояв емпатії, активне слухання, нормалізація почуттів ("Те, що ви відчуваєте, нормально в такій ситуації").
4. **Аналіз альтернатив:** Спільний пошук можливих шляхів виходу із ситуації, фокусування на контрольованих аспектах.
5. **Розробка плану дій:** Визначення конкретних кроків для стабілізації стану в найближчі години/дні.
6. **Наступне спостереження:** Переконання, що план працює, та надання подальших рекомендацій (наприклад, звернення до психіатра, психолога).

2. Вирішення складних етичних конфліктів у реабілітаційному середовищі

Етичні конфлікти виникають, коли різні моральні принципи вступають у суперечність. У реабілітації це поширене явище.

Типові етичні дилеми:

- **Автономія vs. Благодіяння:** Бажання пацієнта припинити реабілітацію (автономія) проти професійної думки терапевта, що терапія допоможе (благодіяння).
- **Правдивість vs. Конфіденційність:** Ситуація, коли пацієнт повідомляє інформацію, яка може зашкодити іншим або його власному здоров'ю (наприклад, планує сісти за кермо в неадекватному стані).
- **Справедливість vs. Ресурси:** Розподіл обмежених ресурсів (час терапевта, обладнання) між пацієнтами з різними потребами та потенціалом відновлення.

Модель вирішення етичних конфліктів:

1. **Ідентифікація проблеми:** Чітке визначення етичної дилеми та залучених сторін.
2. **Збір інформації:** Факти, нормативні документи, етичні кодекси, цінності пацієнта.

3. **Аналіз альтернатив:** Розгляд різних варіантів дій з точки зору етичних принципів (наприклад, що буде, якщо я порушу конфіденційність?).

4. **Консультування:** Обговорення ситуації з колегами (супервізія, етичний комітет).

5. **Прийняття рішення та дія:** Вибір найкращого варіанту та його реалізація, документування процесу.

6. **Оцінка результатів:** Аналіз наслідків прийнятого рішення.

3. Психолого-педагогічні методи деескалації

Деескалація — це комплекс заходів, спрямованих на зниження інтенсивності конфлікту, агресії чи напруги. Ці методи є критично важливими для ФТ/ЕТ, які працюють з пацієнтами, що перебувають у стресі, болю або мають когнітивні порушення.

Ключові методи деескалації:

А. Вербальні техніки:

- **Активне слухання:** Використання прийомів підтвердження, перефразування, щоби показати пацієнту, що його чують ("Я чую, ви дуже злі на лікаря через це рішення").
- **Збереження спокою та низький тон голосу:** Мова тіла та голос терапевта мають бути спокійними та впевненими.
- **Надання вибору та автономії:** Навіть у кризовій ситуації надання пацієнту можливості контролювати дрібні аспекти ситуації знижує агресію ("Ви хочете сидіти чи стояти під час розмови?", "Поговоримо про це зараз чи через 5 хвилин?").
- **Використання "Я-повідомлень":** Фокусування на власних почуттях та потребах, а не на звинуваченнях ("Я хвилююся, коли ви кричите, і мені важко зрозуміти, що вас турбує").

Б. Невербальні техніки та організація середовища:

- **Безпечна дистанція:** Дотримання особистого простору пацієнта.
- **Відкрита поза:** Уникати схрещування рук, що може сприйматися як захисна або агресивна позиція.
- **Забезпечення шляхів виходу:** Розташування терапевта так, щоб пацієнт не відчував себе заблокованим у кімнаті.
- **Зміна середовища:** Запропонувати перейти в більш тихе, нейтральне місце для розмови.

Ефективне застосування кризового втручання, навичок вирішення етичних конфліктів та методів деескалації є ознакою високої психолого-педагогічної майстерності фахівця та ключовим елементом управління якістю реабілітаційних послуг.

Практичне заняття: Відпрацювання навичок кризового втручання та деескалації конфліктів у реабілітації

Тема: Симуляція кризових ситуацій та відпрацювання алгоритмів етичного прийняття рішень та деескалації.

Мета заняття: Сформувати практичні навички швидкої оцінки кризових ситуацій, застосування методів деескалації та використання структурованої моделі вирішення етичних дилем у реабілітаційному середовищі.

Цільова група: Фізичні терапевти (ФТ), ерготерапевти (ЕТ), психологи, соціальні працівники, реабілітологи.

Необхідні матеріали:

- Описи 3-4 різних "Кризових/Етичних кейсів" (підготовлені фасилітатором);
- Рольові картки для симуляції;
- Бланк "Моделі вирішення етичних конфліктів";
- Таймер;
- Приміщення, що дозволяє безпечно імітувати конфліктну ситуацію.

Опис технології: Симуляція (рольова гра) та метод "Етичний комітет"

Заняття використовує **технологію симуляції (рольової гри)** для занурення учасників в умови, максимально наближені до реальної кризи. **Метод "Етичний комітет"** імітує процес колегіального прийняття складних рішень, що вимагає обґрунтування своїх дій з позиції етики.

Етико-правові засади: Забезпечення психологічної безпеки учасників під час симуляції, дотримання етичних норм у процесі обговорення.

Порядок проведення практичного завдання (4 етапи)

Етап 1: Вступ та інструктаж (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує ключові етапи кризового втручання та основні вербальні/невербальні техніки деескалації (спокійний голос, безпечна дистанція, активне слухання).
- **Правила симуляції:** Учасники погоджуються на "безпечну гру", де можна експериментувати з поведінкою. Важливо дотримуватися інструкцій фасилітатора.

Етап 2: Симуляція кризових ситуацій та деескалація (40 хв)

- Учасники діляться на трійки: **"Терапевт"**, **"Пацієнт/Член родини в кризі"** та **"Спостерігач"**.
- **Задача 1 (Кризове втручання/Деескалація):**
  - *Кейс:* Розлючений батько вривається в кабінет ФТ, звинувачує фахівця в тому, що його дитина не ходить після місяця терапії, кричить, погрожує судом.
  - *Завдання:* "Терапевт" має використати методи деескалації та кризового втручання, щоб стабілізувати ситуацію протягом 5 хвилин.
- **Зміна ролей:** Учасники міняються ролями, відпрацьовуючи різні сценарії (наприклад, пацієнт із суїцидальними думками, пацієнт, який відмовляється від життєво необхідної терапії).

Етап 3: Дебрифінг та аналіз етичних конфліктів (40 хв)

- **Обговорення симуляції:** Спостерігачі надають зворотний зв'язок: що спрацювало, що ні, які етичні дилеми виникли (наприклад, автономія пацієнта проти благодіяння).
- **Метод "Етичний комітет":** Учасники спільно розбирають один із найскладніших етичних кейсів, використовуючи бланк "Моделі вирішення етичних конфліктів":
  1. Ідентифікація дилеми.
  2. Аналіз альтернатив.
  3. Консультування з "комітетом" (всі учасники).
  4. Прийняття рішення та його обґрунтування.

Етап 4: Підсумок та рефлексія (15 хв)

- **Систематизація:** Фасилітатор підкреслює, що кризові ситуації вимагають швидкого, але етично обґрунтованого реагування.
- **Рефлексія:** Учасники обговорюють, наскільки важливими є ці навички для їхньої професійної компетентності та як вони почуваються, стикаючись із такими викликами.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники отримають цінний досвід "проживання" кризових ситуацій, навчаться ефективно застосовувати психолого-педагогічні методи деескалації, зможуть приймати більш впевнені та етично виважені рішення в умовах високого стресу, що значно підвищить якість та безпеку надання реабілітаційних послуг.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 12 (ФІНАЛЬНИЙ ПРАКТИКУМ)

Тема: Фінальна атестація та комплексна симуляція. Розробка інтегративного протоколу професійної майстерності ФТ/ЕТ.

Характеристика	Деталізація
Вид заняття	Підсумкова контрольна робота, симуляція фінального іспиту
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Індивідуальна робота, обмежена часом (таймінг Заліку)
Мета	**Остаточна оцінка** здатності студента інтегрувати всі знання курсу (етика, мотивація, педагогіка, моторне навчання, МКФ) у єдиний, професійно обґрунтований **Протокол Втручання**, що відповідає вимогам Модульної Контрольної Роботи (МКР) та Заліку.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Демонстрація** глибокого розуміння всіх ключових концепцій курсу (MI, EBP, UD, Моторне навчання, Етика).

- **Відтворення** структури відповідей на теоретичні питання згідно з вимогами залікової шкали (40 балів).

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **часового менеджменту** та роботи в умовах стресу, що імітує реальні умови атестації.
- **Формування** умінь **структурувати** великий обсяг інформації у лаконічний та аргументований професійний документ.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Складання** комплексного **Протоколу Професійної Майстерності (ППМ)**, що включає всі компоненти реабілітаційного плану: етика, оцінка, цілі (SMART), втручання та прогноз.
- **Обґрунтування** клінічного рішення на основі **доказової реабілітації (EBP)**.

2. Структура Атестаційної Роботи (Симуляція Заліку)

Студенти виконують роботу індивідуально. Завдання імітує структуру підсумкового контролю (40 балів).

Частина Роботи	**Завдання**	**Час**	**Бали**
Теоретична частина (Рівень знань)	2 теоретичних питання (з різних розділів).	30 хв.	20 (по 10 балів)
Практична частина (CPD)	Розробка **Протоколу Професійної Майстерності** для комплексного клінічного кейсу.	60 хв.	20
Загалом		**90 хв.**	**40 балів**

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	**Зміст діяльності**	**Час**	**Методичні вказівки та Технології**
1.	**Вступ та Організація**	5 хв.	**Інструктаж:** Нагадування про структуру роботи, критерії оцінювання та часовий ліміт. Розподіл бланків та завдань.
2.	**Виконання Теоретичної Частини**	30 хв.	**Завдання:** Студенти індивідуально відповідають на 2 теоретичні питання (наприклад, **1.** Етичні дилеми у роботі з некомплаєнтним пацієнтом; **2.** Взаємозв'язок моторного навчання та психолого-педагогічної корекції).
3.	**Виконання Практичної Частини (ППМ)**	50 хв.	**Завдання:** Студенти отримують комплексний клінічний кейс. Необхідно розробити Протокол Професійної Майстерності, включаючи **МКФ-**

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
			аналіз, **стратегію МІ** та **план моторного навчання** (Див. деталі нижче).
4.	**Збір Роботи та Завершення**	5 хв.	Збір виконаних робіт. Фінальні слова викладача.

4. Деталізація Практичної Частини (ППМ)

Комплексний Кейс для Розробки Протоколу

Кейс: Жінка (55 років), 4 місяці після інсульту (геміпарез, порушення балансу, втома). Працювала вчителькою, але не вірить у повернення до роботи. Чоловік надмірно опікується (перешкоджає самостійності).

Завдання: Розробити **Протокол Професійної Майстерності** у наступній структурі (за 20 балів):

1. **Психолого-педагогічна оцінка (5 балів):** Визначити **Фазу готовності до змін (ТМЗ)**

Огляд та сформулювати 3 ключові проблеми за доменами МКФ (b, d, e).

2. Стратегія Комунікації (5 балів): Розробити дві фрази для початку бесіди з чоловіком (опікуном), використовуючи Я-повідомлення та принципи Деескалації.

3. План Втручання (6 балів): Запропонувати ОДИН метод корекції навичок (Моторне навчання) та ОДИН метод адаптації середовища (Універсальний Дизайн) для повернення до значущої діяльності (наприклад, читання).

4. Етичне Обґрунтування та Прогноз (4 бали): Визначити головний етичний конфлікт у кейсі (Автономія vs. Доброчинність) та обґрунтувати план втручання з позиції EBP.

5. Оцінювання

Оцінювання проводиться за 40-бальною шкалою, що є заліковою складовою (RE) дисципліни.

Фінальна атестація та комплексна симуляція. Розробка інтегративного протоколу професійної майстерності ФТ/ЕТ

Финальний етап підготовки фахівців із фізичної (ФТ) та ерготерапії (ЕТ) — це комплексна перевірка їхньої готовності до самостійної професійної діяльності. Цей етап передбачає не просто переказ теорії, а демонстрацію інтегрованої компетентності через симуляційні сценарії та розробку універсального протоколу, який об'єднує всі набуті знання та навички.

1. Фінальна атестація та комплексна симуляція

Фінальна атестація — це процес оцінювання, який підтверджує, що випускник або фахівець відповідає встановленим професійним стандартам та здатен ефективно працювати в реабілітаційному середовищі.

Комплексна симуляція є основним методом такої атестації. Вона імітує реальні клінічні ситуації, вимагаючи від фахівця застосування знань з

різних дисциплін одночасно: від базових медичних знань до психолого-педагогічної майстерності та етичного прийняття рішень.

Як працює комплексна симуляція:

- **Сценарії:** Використовуються детально прописані клінічні кейси (наприклад, "Перший візит пацієнта після інсульту з афазією та депресією").
- **Учасники:** Ролі пацієнтів або їхніх родичів можуть виконувати стандартизовані пацієнти (актори, навчені відтворювати симптоми та поведінку), викладачі або колеги.
- **Оцінювання:** Оцінювання відбувається за допомогою детальних чек-лістів, які охоплюють:
  - Клінічні навички (оцінка стану, вибір втручання);
  - Комунікативні навички (емпатія, MI);
  - Критичне мислення (CPD, EBP);
  - Етична поведінка та безпека.

Симуляція дозволяє оцінити не тільки *що* фахівець знає, але і *як* він діє в умовах тиску та невизначеності.

2. Розробка інтегративного протоколу професійної майстерності ФТ/ЕТ

Інтегративний протокол професійної майстерності — це універсальний, гнучкий алгоритм дій, який фахівець може використовувати як шаблон для роботи з будь-яким клієнтом. Він об'єднує всі ключові концепції курсу в єдину логічну послідовність.

Структура інтегративного протоколу:

Цей протокол діє як "дорожня карта" для фахівця, забезпечуючи системний та високоякісний підхід до реабілітації:

Етап протоколу	Ключові дії фахівця	Використані концепції курсу
1. Оцінка та діагностика	Комплексний збір даних, використання МКФ.	МКФ, Клінічне прийняття рішень (CPD), Спеціальна психологія
2. Планування та цілепокладання	Розробка SMART-цілей спільно з пацієнтом.	Етичні засади (автономія), Педагогічна оцінка
3. Втручання (Терапія)	Застосування доказових методів, навчання пацієнта.	Моторне навчання, EBP, Психолого-педагогічні технології

4. Комунікація та підтримка	Мотивація пацієнта, вирішення конфліктів.	Мотиваційне інтерв'ю (MI), Деескалація, Етичні конфлікти
5. Моніторинг та корекція	Оцінка прогресу, зміна плану за потреби.	Управління якістю послуг, EBP
6. Професійний розвиток	Рефлексія власної практики, запобігання вигоранню.	Профілактика вигорання, Педагогічна майстерність

Значення протоколу для професіонала:

- **Системність:** Гарантує, що жоден важливий аспект роботи не буде пропущений.
- **Доказовість:** Спонукає фахівця спиратися на наукові дані, а не на інтуїцію.
- **Етичність:** Вбудовує етичні принципи в кожен етап роботи з клієнтом.
- **Підвищення якості:** Слугує інструментом самоаудиту та постійного покращення послуг.

Резюме:

Фінальна атестація через комплексну симуляцію є вершиною підготовки ФТ/ЕТ, що перевіряє їхню готовність до реальних викликів професії. Розробка та використання інтегративного протоколу професійної майстерності є практичним інструментом, який дозволяє фахівцю об'єднати всі знання з психолого-педагогічних технологій, етики та клінічного мислення в єдину, ефективну та якісну практику.

Практичне заняття: Комплексна симуляція фінальної атестації: "Перший візит пацієнта після інсульту"

Тема: Демонстрація інтегрованої професійної компетентності ФТ/ЕТ через симуляцію клінічного кейсу.

Мета заняття: Оцінити здатність учасників застосовувати повний спектр психолого-педагогічних технологій, етичних засад, принципів МКФ, моторного навчання та клінічного прийняття рішень під час роботи з пацієнтом.

Цільова група: Студенти випускних курсів, інтерни, кандидати на атестацію.

Необхідні матеріали:

- Детально прописаний "Сценарій симуляції" для актора/стандартизованого пацієнта;
- Кімната, обладнана як реабілітаційний кабінет;
- Чек-ліст оцінювання для екзаменаторів/спостерігачів;
- Таймер;

- Бланк "Інтегративного протоколу професійної майстерності" (як допоміжний матеріал для фахівця).

Опис технології: Метод "Стандартизований пацієнт" та колегіальне оцінювання

Заняття використовує **технологію "стандартизованого пацієнта" (Standardized Patient, SP)**, де актор грає роль клієнта з певними симптомами, емоціями та психологічними бар'єрами. **Технологія колегіального оцінювання** забезпечує об'єктивний зворотний зв'язок від екзаменаторів та колег.

Етико-правові засади: Забезпечення конфіденційності симуляційного процесу, прозорість критеріїв оцінювання, дотримання етичних норм взаємодії під час "прийому".

Порядок проведення практичного завдання (4 етапи)

Етап 1: Вступ та інструктаж з атестації (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор пояснює формат фінальної атестації. Наголошує, що оцінюється не тільки фізичне втручання, а й комунікація, емпатія, педагогічні навички та дотримання етики.
- **Сценарій симуляції:** Учасникам (по одному) пропонується "Клінічний кейс":

Ситуація: До вас на перший прийом прийшов чоловік 50 років, 2 тижні після інсульту. Має слабкість лівої руки та ноги. Дуже засмучений, мовчазний, не вірить у відновлення. Його дружина дуже активна, постійно перебиває, просить "дати найкращі ліки".
Завдання для ФТ/ЕТ: Провести первинну оцінку, встановити контакт, визначити 1-2 цілі терапії та мотивувати пацієнта до роботи протягом 20 хвилин.

Етап 2: Комплексна симуляція (20 хвилин на кожного учасника)

- Кожен учасник заходить до кабінету, де на нього чекає "Пацієнт" (актор) та "Дружина" (другий актор або фасилітатор).
- **Діяльність учасника:** Фахівець має самостійно провести прийом, застосовуючи всі необхідні навички.
- **Роль екзаменаторів/спостерігачів:** Спостерігачі використовують детальний чек-ліст для фіксації дій учасника (наприклад: "Використав відкрите запитання?", "Застосував принципи МКФ?", "Запобіг професійному вигоранню, встановивши межі з дружиною?", "Використав педагогічну оцінку?").

Етап 3: Дебрифінг та оцінювання (20 хвилин на кожного учасника)

- Після завершення 20-хвилинного сеансу учасник виходить із кабінету.
- **Зворотний зв'язок:** Екзаменатори та "актори" надають структурований зворотний зв'язок учаснику:

- *Позитивні моменти:* Що вдалося найкраще (наприклад, "Ви чудово встановили контакт з пацієнтом, використовували афірмації").
- *Зони росту:* Де були прогалини (наприклад, "Недостатньо працювали з дружиною", "Не визначили чітких цілей за МКФ", "Провалилися в директивність при мотивації").

- Обговорення з учасником його власних відчуттів та думок (рефлексія).

Етап 4: Фінальна атестація та підсумок (10 хв)

- Фасилітатор підводить підсумки всього курсу.
- **Інтеграція:** Підкреслює, що інтегративний протокол професійної майстерності — це не просто папір, а спосіб мислення фахівця.
- **Оцінка:** Оголошення результатів атестації (успішно/неуспішно) на основі проходження симуляції та загального обговорення.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники успішно проходять фінальну атестацію, демонструють високий рівень професійної компетентності, інтегрують усі набуті знання та навички в реальну практику та отримують чітке розуміння своїх сильних сторін та зон росту як майбутніх або практикуючих фахівців із фізичної та ерготерапії.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 13 (НАУКОВО-МЕТОДИЧНЕ)

Тема: Захист результатів самостійної роботи та Магістерської Контрольної Роботи (МКР). Педагогічні аспекти презентації наукових даних.

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Семінар-захист, методичний практикум
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Індивідуальні презентації, групова оцінка, Peer Review
Мета	Надання студентам можливості **презентувати ключові результати** своєї Магістерської Контрольної Роботи (МКР) або дослідницького проєкту. Оволодіння навичками **педагогічної майстерності** у науковій комунікації (ясність, переконливість, візуалізація).

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Систематизувати** знання про структуру та логіку наукового дослідження (від проблеми до висновків).
- **Засвоїти** педагогічні принципи створення ефективної **візуалізації** наукових даних (презентації).
- **Ознайомитися** з вимогами до оформлення та змісту **автореферату/тез** наукової роботи.

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **ораторської майстерності** та впевненої презентації складного матеріалу.
- **Формування** умінь відповідати на **критичні запитання** комісії та аудиторії, аргументуючи свою позицію.

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** практичних навичок **публічного захисту** наукової роботи в умовах обмеженого часу.
- **Відпрацювання** навичок ** Peer Review** (оцінки робіт колег) для об'єктивного аналізу наукових результатів.

2. Ключові Теоретичні Питання (Повторення та Актуалізація)

1. **Педагогіка наукової комунікації:** Роль мови, тону та структури у переконливості наукової презентації.
2. **Візуалізація даних:** Правила створення ефективних графіків, діаграм та таблиць для представлення психолого-педагогічних результатів.
3. **Критичне мислення:** Навички ідентифікації слабких місць у дослідженні (методологія, вибірка, статистична обробка).
4. **Етика досліджень:** Принципи конфіденційності та інформованої згоди при представленні результатів роботи з пацієнтами.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Організація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення: «Які ключові помилки ми робимо, коли презентуємо наукову роботу?». Встановлення правил **Peer Review** (конструктивний зворотний зв'язок).
2.	**Теоретичний міні-блок: Майстерність Презентації**	15 хв.	**Лекція:** Принципи **«10-20-30»** (10 слайдів, 20 хвилин, 30 розмір шрифту). Наголос на важливості чіткого представлення **Гіпотези** та **Висновку**.
3.	**Практикум: Захист МКР/Дослідження**	50 хв.	**Метод: Рольова гра «Комісія».** Студенти (за бажанням або за чергою) презентують 5-хвилинний (або 3-хвилинний) **фрагмент** своєї МКР або дослідницької роботи. **Решта студентів:** Виступають у ролі «Комісії», ставлячи критичні запитання.
4.	**Підведення Підсумків та Оцінка**	15 хв.	**Групова рефлексія та Оцінка.** Викладач та студенти надають фінальний зворотний зв'язок щодо **педагогічної майстерності**

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
			презентації (ясність, впевненість, візуалізація).

4. Критерії Оцінювання Презентації (Для Зворотного Зв'язку)

Кожен студент-«комісіонер» оцінює виступаючого за наступними критеріями (загальна оцінка — 5 балів):

Критерій	Опис	Макс. балів
Зміст (Науковий)	Чітке формулювання мети, гіпотези та головного висновку дослідження.	2
Педагогіка Комунікації	Ясність мови, підтримка зорового контакту, впевненість, ефективне використання жестів.	1
Візуалізація	Якість слайдів (не перевантажені текстом, графіки зрозумілі, шрифт читабельний).	1
Відповіді на Запитання	Здатність аргументовано та спокійно відповідати на критику.	1
Загалом		**5 балів**

5. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння вимог до наукової презентації).
2. Якість власної презентації (якщо студент презентував роботу).
3. Конструктивність та об'єктивність зворотного зв'язку колегам (Peer Review).
4. Демонстрація готовності до фінального захисту (МКР/Диплом).
5. **Загалом за ПЗ № 13 | 5 балів**

Захист результатів самостійної роботи та Магістерської Контрольної Роботи (МКР). Педагогічні аспекти презентації наукових даних

Захист наукового дослідження, будь то самостійна робота, курсовий проект або Магістерська Контрольна Робота (МКР), є кульмінаційним етапом навчання. Це не лише процедура оцінювання, а й важлива педагогічна подія, що вимагає від здобувача освіти високого рівня майстерності в поданні та обґрунтуванні своїх наукових даних. Ефективність захисту залежить від уміння фахівця поєднати наукову точність із педагогічними навичками презентації.

1. Захист результатів самостійної роботи та МКР: Процедура та вимоги

Захист наукової роботи — це публічна процедура, під час якої здобувач освіти представляє результати свого дослідження, відповідає на запитання комісії та опонентів, а також відстоює наукову новизну та практичну значущість своєї роботи.

Ключові етапи процедури захисту:

1. **Підготовка:** Фінальне оформлення роботи згідно з вимогами, підготовка роздаткових матеріалів та презентації (слайди), написання тексту доповіді.
2. **Доповідь (презентація):** Стислий виклад сутності дослідження (зазвичай 7-10 хвилин), що включає актуальність, мету, завдання, використані методи, основні результати та висновки.
3. **Запитання та відповіді:** Найважливіший етап, що демонструє глибину розуміння теми здобувачем. Запитання можуть стосуватися методології, результатів, етичних аспектів або перспектив дослідження.
4. **Виступи опонентів/рецензентів:** Зачитування відгуків про роботу, висловлення зауважень та позитивних сторін.
5. **Дискусія та заключне слово:** Відповідь здобувача на зауваження опонентів, подяка керівнику та комісії.
6. **Прийняття рішення:** Закрите засідання комісії та оголошення результатів.

Вимоги до МКР та захисту:

- **Наукова новизна:** Наявність нових даних, підходів або оригінальних висновків.
- **Практична значущість:** Можливість використання результатів у реальній практиці (реабілітація, педагогіка, психологія).
- **Академічна доброчесність:** Дотримання правил цитування, відсутність плагіату.
- **Якість презентації:** Чіткість, логічність, візуальна привабливість та грамотність викладу.

2. Педагогічні аспекти презентації наукових даних

Захист МКР — це, по суті, короткий педагогічний акт. Здобувач виступає в ролі вчителя/експерта, який має зацікавити, навчити та переконати аудиторію (комісію) у цінності свого дослідження. Педагогічна майстерність тут є критичною для успіху.

Ключові педагогічні аспекти:

А. Орієнтація на аудиторію

- **Принцип педагогічної доцільності:** Доповідь має бути адаптована під рівень знань та інтереси слухачів (комісії). Не варто використовувати надмірно вузьку термінологію без пояснень; слід зосередитися на ключових результатах та їхньому значенні.

Б. Структурування та логіка викладу

- **Принцип системності:** Дотримання чіткої, лінійної логіки: від загального (актуальність) до конкретного (методи, результати) і назад до загального (висновки та рекомендації). Використання інтегративного протоколу (як обговорювалося раніше) може допомогти структурувати навіть наукову доповідь.

В. Використання методів навчання (Дидактичні прийоми)

- **Принцип наочності:** Використання якісних візуальних матеріалів (слайди, графіки, діаграми). Хороша презентація має мінімум тексту та максимум візуальної інформації, що полегшує сприйняття складних наукових даних.
- **Принцип активізації уваги:** Використання прийомів для утримання уваги (зміна інтонації, паузи, короткі резюме ключових результатів).

Г. Комунікативна майстерність

- **Принцип зворотного зв'язку:** Вміння слухати запитання, не перебиваючи, та надавати чіткі, аргументовані відповіді. Відповідь на запитання — це теж педагогічний акт, демонстрація експертизи.
- **Емпатія та впевненість:** Демонстрація впевненості у своїх даних, але з повагою до зауважень та критики.

Висновок

Захист МКР — це комплексна демонстрація професійної майстерності ФТ/ЕТ. Успіх цього заходу залежить від якості самого дослідження та від уміння здобувача освіти виступити в ролі компетентного педагога та комунікатора, який може чітко, логічно та переконливо представити свої наукові дані аудиторії.

Практичне заняття: Симуляція процедури захисту Магістерської Контрольної Роботи (МКР)

Тема: Підготовка та проведення публічної презентації наукових даних з дотриманням педагогічних аспектів комунікації.

Мета заняття: Імітувати реальну процедуру захисту МКР для відпрацювання навичок публічного виступу, презентації наукових результатів, аргументації та відповіді на критичні запитання комісії.

Цільова група: Здобувачі вищої освіти (магістри), які готуються до захисту своїх кваліфікаційних робіт.

Необхідні матеріали:

- Підготовлені презентації (слайди) учасників (на флешках або доступні онлайн);
- Секундомір/таймер (для контролю регламенту);
- Бланк "Оцінювання якості презентації та захисту";
- Стікери для зворотного зв'язку;
- Приміщення, обладнане як аудиторія для захисту (проєктор, екран, місце для виступаючого та "комісії").

Опис технології: Метод "Рольовий захист" та експертна оцінка

Заняття використовує **технологію "рольового захисту"**, де учасники почергово виконують ролі здобувача, члена екзаменаційної комісії та опонента. **Технологія експертної оцінки** забезпечує об'єктивний та конструктивний зворотний зв'язок на основі чітких критеріїв.

Педагогічні аспекти: Акцент робиться на тому, як учасник використовує наочність, структуру доповіді, як володіє увагою аудиторії та як комунікує під час відповіді на запитання.

Порядок проведення практичного завдання (4 етапи)

Етап 1: Вступ та інструктаж з регламенту (15 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує про ключові педагогічні аспекти презентації наукових даних: орієнтація на аудиторію, наочність, логіка, комунікативна майстерність.
- **Регламент:** Встановлення жорсткого таймінгу для симуляції (наприклад: 7 хв доповідь, 5 хв запитання/відповіді, 3 хв зворотний зв'язок опонентів/комісії).
- **Розподіл ролей:** Учасники формують міні-групи (3-4 особи) або працюють індивідуально, змінюючи ролі екзаменатора та здобувача.

Етап 2: Симуляція процедури захисту МКР (Залежно від кількості учасників)

- Кожен учасник по черзі виступає із захистом своєї роботи перед імпровізованою "комісією".
- **Діяльність:**
  - *Здобувач:* Проводить доповідь, використовуючи презентацію, дотримується таймінгу та педагогічних аспектів (наочність, чіткість).
  - *Комісія/Опоненти:* Активно слухають, готують "складні" та "уточнюючі" запитання, фіксують зауваження.
- Фасилітатор виконує роль голови комісії та слідкує за дотриманням регламенту та етичних норм дискусії.

Етап 3: Дебрифінг та експертна оцінка (10 хв на кожного учасника)

- Після кожного виступу відбувається обговорення:
  - *Самооцінка здобувача:* "Що вдалося, що було складно?"
  - *Зворотний зв'язок від "комісії" та колег:* Використання бланка оцінювання для структурованого відгуку. Акцент на педагогічних аспектах: "Чи була презентація зрозумілою? Чи вдалося переконати аудиторію? Як ви відповідали на запитання?"
  - *Експертна оцінка фасилітатора:* Підсумковий коментар та рекомендації.

Етап 4: Підсумок та планування фінального захисту (10 хв)

- **Рефлексія:** Учасники діляться ключовими інсайтами, які вони отримали під час симуляції, та планують, що саме вони покращать у своїх реальних презентаціях.
- **Висновок:** Наголошення на тому, що успішний захист — це результат інтеграції наукової роботи, клінічного мислення та високої психолого-педагогічної майстерності.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники отримають цінний досвід "репетиції" фінального захисту, зможуть критично оцінити якість подання своїх наукових даних, покращать навички публічного виступу, аргументації та комунікації, що значно підвищить їхні шанси на успішний захист Магістерської Контрольної Роботи.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 14 (ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК)

Тема: Професійне саморозвиток та кар’єрне планування магістра-реабілітолога. Педагогічні та психологічні аспекти управління професійною діяльністю.

Характеристика	**Деталізація**
Вид заняття	Інтегративний практикум, семінар-тренінг
Тривалість	2 академічні години (90 хвилин)
Форма роботи	Груповий тренінг, самооцінка, рольова гра, розробка бізнес-плану
Мета	Сформувати розуміння необхідності **безперервного професійного розвитку (CPD)**; навчити студентів **плануванню кар’єри** з використанням психологічних інструментів (самоефективність, SMART-цілі) та застосуванню педагогічної майстерності у **маркетингу** реабілітаційних послуг.

1. Мета та Завдання Заняття

1.1. Освітні (Знання)

- **Визначити** поняття **«Самоефективність»** (Self-efficacy) за Альбертом Бандурою та її вплив на професійний успіх.
- **Засвоїти** принципи **Безперервного Професійного Розвитку (CPD)** та його обов'язковість для ФТ/ЕТ.
- **Ознайомитися** з основами **педагогічного маркетингу** (як «продавати» свої послуги, навчаючи клієнта їх цінності).

1.2. Розвивальні (Уміння)

- **Розвиток** навичок **стратегічного планування** кар'єри (складання особистого плану на 3-5 років).
- **Формування** умінь презентувати свою професійну цінність (розробка «Елеваторної промови» — Elevator Pitch).

1.3. Практичні (Компетентності)

- **Набуття** навичок **постановки SMART-цілей** для кар'єрного зростання.
- **Відпрацювання** навичок проведення **самоаудиту** (SWOT-аналіз) власних професійних компетенцій.

2. Ключові Теоретичні Питання

1. **Психологія успіху фахівця:** Роль **Самоефективності** та **Локусу контролю** у професійній діяльності.
2. **CPD та Lifelong Learning:** Форми навчання та розвитку для магістра-реабілітолога (курси, конференції, менторство).
3. **Маркетинг реабілітаційних послуг:** Як комунікувати результати реабілітації (педагогіка пояснення) та створювати довіру.

4. **Інструменти планування:** Техніка **SMART** (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) для формування особистих та професійних цілей.

3. Алгоритм Проведення Заняття (90 хв.)

Етап	Зміст діяльності	Час	Методичні вказівки та Технології
1.	**Вступ та Актуалізація**	10 хв.	**Фронтальна бесіда:** Обговорення: «Чи закінчується навчання після магістратури?». Введення концепції **CPD**.
2.	**Практикум № 1: SWOT-аналіз та Самоефективність**	20 хв.	**Метод: Індивідуальна робота.** Студенти проводять **SWOT-аналіз** своїх професійних компетенцій (Сильні та Слабкі сторони, Можливості та Загрози). **Рефлексія:** Визначення сфер, де необхідне підвищення **самоефективності**.
3.	**Практикум № 2: Кар'єрне Планування (SMART)**	30 хв.	**Метод: Парна робота.** Студенти формулюють **три кар'єрні цілі** на найближчі 3 роки (наприклад, відкрити приватну практику, отримати міжнародну сертифікацію). **Завдання:** Кожну ціль переформулювати за принципом **SMART**.
4.	**Рольова гра: Елеваторна Промова (Маркетинг)**	20 хв.	**Сценарій:** Студенти працюють у парах: **1 – ФТ/ЕТ**, **2 – Потенційний Клієнт/Партнер/Роботодавець. Завдання ФТ/ЕТ:** Скласти та продемонструвати **30-секундну «Елеваторну промову»**, яка чітко комунікує його професійну цінність та унікальність (наприклад, використання навичок МІ).
5.	**Підведення Підсумків та Рефлексія Курсу**	10 хв.	Фінальна рефлексія: Як знання психолого-педагогічної майстерності допоможе мені у кар'єрі? Підсумкові слова викладача.

4. Контроль та Оцінювання

Критерії Оцінювання Активності (До 5 балів)

1. Участь у дискусіях (розуміння CPD та управління).
2. Якість **SWOT-аналізу** (глибина та реалістичність).
3. Грамотність формулювання **SMART-цілей** (відповідність усім 5 критеріям).
4. Ефективність **Елеваторної промови** (переконливість, чіткість, використання педагогічної термінології).
5. **Загалом за ПЗ № 14 | 5 балів**

Професійний саморозвиток та кар’єрне планування магістра-реабілітолога. Педагогічні та психологічні аспекти управління професійною діяльністю

Здобуття ступеня магістра реабілітології (фізичної терапії, ерготерапії) є важливою віхою, але не кінцевою точкою професійного шляху. Сфера реабілітації динамічна, вимагає постійного оновлення знань та свідомого управління власною кар'єрою. Ефективний професійний саморозвиток та планування кар'єри неможливі без глибокого розуміння педагогічних та психологічних аспектів управління власною професійною діяльністю.

1. Професійний саморозвиток магістра-реабілітолога

Професійний саморозвиток — це безперервний, усвідомлений процес вдосконалення фахівцем своїх професійних компетенцій, особистісних якостей та світогляду. Для реабілітолога це критично важливо з огляду на швидкий розвиток технологій, методів та зміну стандартів надання допомоги.

Ключові напрямки саморозвитку:

- **Безперервна освіта (Continuing Professional Development, CPD):** Участь у сертифікаційних курсах, тренінгах, семінарах, конференціях для отримання нових знань та навичок (наприклад, нові методики тейпування, використання екзоскелетів, спеціалізовані програми МКФ).
- **Наукова діяльність:** Проведення власних досліджень, написання статей, участь у наукових проектах. Це не тільки поглиблює експертизу, але й підвищує авторитет фахівця.
- **Розвиток "м'яких" навичок (Soft Skills):** Удосконалення комунікації, емпатії, лідерства, управління часом, навичок командної роботи. Ці навички є основою психолого-педагогічної майстерності.
- **Особистісний ріст:** Робота над власною стійкістю до стресу, профілактика вигорання (як обговорювалося раніше), підтримка фізичного та ментального здоров'я.

2. Кар’єрне планування магістра-реабілітолога

Кар'єрне планування — це процес визначення професійних цілей та розробки стратегій їх досягнення. Магістр-реабілітолог має широкий спектр можливостей: від клінічної практики до управління, викладання чи наукової роботи.

Етапи кар'єрного планування:

1. **Самооцінка:** Аналіз власних інтересів, сильних сторін, цінностей, слабкостей та бажань.
2. **Визначення цілей:** Встановлення короткострокових (1-2 роки) та довгострокових (5+ років) цілей (наприклад, "стати завідувачем відділення" або "відкрити приватну практику").
3. **Розробка стратегії:** Визначення кроків, необхідних для досягнення цілей (наприклад, отримати додаткову сертифікацію, знайти ментора, пройти стажування).

4. **Реалізація та корекція:** Постійний моніторинг прогресу та готовність коригувати план відповідно до змін умов (наприклад, ринку праці, особистих обставин).

3. Педагогічні та психологічні аспекти управління професійною діяльністю

Управління власною кар'єрою вимагає застосування тих же принципів, що й робота з пацієнтами — самоусвідомлення, мотивації та вміння вчитися.

Педагогічні аспекти управління діяльністю:

- **Самоосвіта як педагогічний процес:** Фахівець стає суб'єктом власного навчання. Важливо вміти ставити навчальні цілі, обирати ефективні методи навчання (EBP-підхід до власного розвитку), оцінювати результати свого навчання.
- **Менторство та супервізія:** Навчання інших (студентів, молодших колег) та навчання у більш досвідчених фахівців. Це двосторонній педагогічний процес, який підвищує компетентність обох сторін.
- **Трансляція знань:** Вміння "навчати" пацієнтів та їхні родини — це також управління професійною діяльністю, що підвищує якість послуг.

Психологічні аспекти управління діяльністю:

- **Мотивація та самоективність:** Підтримка внутрішньої мотивації до розвитку. Віра у власні сили (самоективність) є вирішальною для подолання перешкод на кар'єрному шляху.
- **Емоційний інтелект (EQ):** Управління власними емоціями, вміння розпізнавати емоції інших, що допомагає в комунікації з колегами, керівництвом та пацієнтами.
- **Стійкість (Resilience):** Здатність відновлюватися після невдач, професійних криз, вигорання. Кар'єрний шлях не завжди прямий, і психологічна стійкість дозволяє продовжувати рух уперед.
- **Лідерство:** Розвиток навичок впливу, прийняття відповідальності, натхнення команди.

Висновок

Професійний саморозвиток та кар'єрне планування магістра-реабілітолога — це не опція, а необхідність. Успішне управління професійною діяльністю вимагає інтеграції педагогічних аспектів (самоосвіта, менторство) та психологічних факторів (мотивація, стійкість, емоційний інтелект), що забезпечує не тільки професійний ріст, але й високу якість життя та задоволення від роботи.

Практичне заняття: Розробка індивідуального плану професійного саморозвитку та кар'єрного зростання (ІПРК)

Тема: Проектування власної кар'єрної траєкторії магістра-реабілітолога на 5 років.

Мета заняття: Сформувати практичні навички самооцінки, цілепокладання та стратегічного планування власної професійної діяльності з урахуванням психологічних та педагогічних аспектів саморозвитку.

Цільова група: Магістри-реабілітологи, фізичні терапевти, ерготерапевти.

Необхідні матеріали:

- Бланк "Індивідуальний план професійного розвитку та кар'єрного зростання (ІПРК)";
- Папір А3, маркери;
- Стікери;
- Доступ до інформації про сертифікаційні курси, конференції, освітні програми (або імітація доступу).

Опис технології: Метод SWOT-аналізу та SMART-планування

Заняття використовує **метод SWOT-аналізу** (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) для об'єктивної самооцінки учасників. **Технологія SMART-планування** (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) використовується для формулювання конкретних, вимірюваних та реалістичних кар'єрних цілей.

Педагогічні та психологічні аспекти: Акцент робиться на розвитку самоусвідомлення (SWOT), мотивації та самоективності (SMART-цілі), а також навичок самоосвіти.

Порядок проведення практичного завдання (4 етапи)

Етап 1: Самооцінка та SWOT-аналіз (30 хв)

- **Теоретичний мінімум:** Фасилітатор нагадує про важливість безперервного саморозвитку та основні етапи кар'єрного планування.
- **Завдання:** Кожен учасник індивідуально проводить SWOT-аналіз власної професійної ситуації (наприклад, сильні сторони: "добре володію МІ"; слабкості: "не знаю англійської для читання статей"; можливості: "потреба в реабілітологах у регіоні"; загрози: "вигорання через високе навантаження").

Етап 2: Визначення кар'єрних цілей та SMART-планування (30 хв)

- Учасники об'єднуються в малі групи для обміну ідеями (за бажанням) та обговорення результатів SWOT-аналізу.
- **Завдання:** Кожен учасник формулює 2-3 SMART-цілі на найближчі 5 років.
  - *Приклад цілі:* "Протягом 2 років пройти сертифікаційний курс з кінезіотейпування та отримати відповідний сертифікат".
  - *Психологічний аспект:* Цілі мають бути мотивуючими (Relevant) та досяжними (Achievable), що підтримує самоективність.

Етап 3: Розробка ІПРК та стратегії (45 хв)

- Учасники індивідуально заповнюють бланк "ІПРК", деталізуючи кроки для досягнення своїх SMART-цілей.
- **Завдання:**

1. Визначити необхідні ресурси (фінансові, часові, освітні).
2. Визначити потенційні перешкоди (психологічні — лінь, страх; педагогічні — відсутність курсів) та шляхи їх подолання (наприклад, використати техніки профілактики вигорання).
3. Включити пункти про менторство/супервізію.

Етап 4: Презентація та зворотний зв'язок (15 хв)

- Кілька волонтерів презентують свої ІПРК (або окремі цілі).
- **Метод експертної оцінки:** Колеги та фасилітатор надають конструктивний зворотний зв'язок: "Наскільки реалістичний план?", "Чи враховані психологічні аспекти?".
- **Рефлексія:** Обговорення важливості свідомого управління кар'єрою.

Очікуваний результат для учасників заняття

Учасники отримають готовий, структурований індивідуальний план професійного розвитку (ІПРК), навчаться використовувати інструменти самооцінки (SWOT) та планування (SMART), а також усвідомлять педагогічні та психологічні механізми управління власною професійною діяльністю, що забезпечить їм успішний та стійкий кар'єрний шлях.

ДОДАТОК В

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТА

Основні цілі СРС: поглиблення та розширення знань, розвиток творчих здібностей, формування навичок безперервного навчання та самостійного пошуку інформації для забезпечення успішної професійної діяльності майбутнього фахівця. Ця форма роботи сприяє формуванню особистості, розвитку мислення, пам'яті, уваги та формуванню мотивації до пізнавальної діяльності.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. У чому полягає зміст психолого-педагогічних технологій у терапії?
2. Які ключові принципи роботи фізичного терапевта з пацієнтом?
3. Назвіть основні механізми мотивації в реабілітаційному процесі.
4. Як здійснюється педагогічне прогнозування в реабілітації?
5. Які етичні вимоги ставляться до фахівця?

Приблизні питання для написання МКР:

1. Надати загальну характеристику дисципліни.
2. Розкрити основні поняття та завдання предмету.
3. Охарактеризувати професійну діяльність фізичного терапевта.
4. Перерахувати педагогічні принципи у фізичної терапії.
5. Пояснити принцип комплексності реабілітації.
6. Визначити значення принципу раннього початку проведення реабілітаційних заходів.
7. Охарактеризувати принципи етапності при наданні реабілітаційних послуг.
8. Пояснити принцип індивідуальності реабілітаційних заходів.
9. Пояснити значення принципу безперервність та активна участь хворого при проведенні терапевтичних і реабілітаційних заходів.

10. Охарактеризувати методи психолого-педагогічного втручання фізичного терапевта у своїй діяльності.

11. Визначити особливості психолого-педагогічного втручання для людей з різними захворюваннями.

12. Охарактеризувати засоби психолого-педагогічного втручання для інвалідів.

13. Пояснити значення оцінки моторних функцій хворих.

14. Визначити тести та шкали для оцінки психофізичного стану пацієнта.

15. Пояснити необхідність дотримання принципів формування рухових навичок у хворих в процесі виконання фізичних вправ.

16. Назвати технічні засоби, які використовують у своїй професійній діяльності фізичні терапевти.

17. Охарактеризувати методи діагностики та критерії оцінювання фізично-тілесної підготовленості людини.

18. Розкрити поняття про оздоровчі тести показників фізичного здоров'я людини.

19. Охарактеризувати тести показників розвитку фізичних якостей людини.

20. Пояснити критерії оцінки працездатності людини і визначити її динаміку.

21. Назвати критерії показників пропорційності розвитку людини та методи антропометричних індексів і функціональних проб.

Питання для підготовки до заліку.

Перший блок питань.

1. Охарактеризувати основні завдання та зміст дисципліни. Визначити основні поняття та мету предмету.

2. Назвати види педагогічних технологій.

3. Розкрити психологічно-педагогічні методи у фізичній терапії.

4. Пояснити сутність психологічно-педагогічної діагностики у реабілітаційних технологіях.

5. Охарактеризувати принципи педагогічних технологій у фізичній реабілітації.

6. Дати характеристику моделюванню як психологічно-педагогічній технології у фізичній терапії.

7. Розкрити сутність поняття «реабілітаційний простір».

Другий блок питань.

1. Охарактеризувати психологічно-педагогічні основи реабілітації.

2. Пояснити суть профілактики в педагогічних методах реабілітаційних технологій.

3. Визначити психологічно-педагогічні технології соціальної адаптації.

4. Розкрити механізм адаптації особистості і середовища.

5. Охарактеризувати реабілітаційну педагогіку як науку.

6. Пояснити поняття психологічно-педагогічних методів корекції у фізичній терапії.

7. Визначити педагогічні методи реабілітаційних технологій особистості у соціумі.

Третій блок питань.

1. Назвати основні психологічно-педагогічні методи досліджень у фізичній терапії.

2. Охарактеризувати психологічно-педагогічні технології у роботі з особами похилого віку.

3. Перерахувати методи організації педагогічної роботи у дослідних групах в процесі наукового експерименту.

4. Охарактеризувати комплексне застосування методів педагогічного дослідження.

5. Розкрити сутність педагогічного експерименту.

6. Пояснити сутність педагогічного спостереження.

7. Назвати психологічно-педагогічні методи збору поточної та отримання ретроспективної інформації.

8. Охарактеризувати педагогічні методики проведення науково-дослідної роботи.

9. Пояснити специфіку математичного опрацювання результатів педагогічного дослідження.

ДОДАТОК Г

Алгоритм роботи фізичного терапевта в біопсихосоціальній моделі

1. Первинний контакт та встановлення терапевтичного альянсу.
2. Психологічне інтерв’ювання та з’ясування очікувань пацієнта.
3. Оцінка функціонального стану (ICF).
4. Формування короткострокових і довгострокових цілей.
5. Планування індивідуальної програми втручання.
6. Освітня робота з пацієнтом та родиною.
7. Реалізація терапевтичних заходів.
8. Контроль результатів та корекція програми.
9. Оцінка ефективності втручання.
10. Формування рекомендацій та стратегій самоконтролю.

Чек-лист комунікативної компетентності фізичного терапевта

- Використовує техніки активного слухання.
- Уникає осудливих формулювань.
- Підтримує контакт очима.
- Дає зрозумілі інструкції.
- Забезпечує емоційну підтримку.
- Створює атмосферу безпеки та довіри.
- Переконується, що пацієнт зрозумів інструкції.
- Використовує невербальні засоби комунікації.

Форма спостереження за пацієнтом

Компонент	Що оцінюємо	Показники
Мотивація	Готовність діяти	Низька / середня / висока
Емоційний стан	Тривога, страхи	Норма / підвищена тривога
Нервово-м’язовий контроль	Якість рухів	Точність / плавність
Соціальна взаємодія	Робота в групі	Висока / низька

Протокол цінювання результатів психолого-педагогічної взаємодії

1. Загальні відомості

- ПІБ пацієнта: _____
- Вік: _____
- Діагноз: _____
- Дата первинного обстеження: _____
- Дата повторного оцінювання: _____
- Члени мультидисциплінарної команди: _____

Первинна оцінка

Критерій	Показник	Бал	Коментар
Когнітивний	Розуміння програми		
Операційний	Виконання вправ		
Мотиваційний	Готовність до змін		
Емоційний	Рівень тривожності		
Поведенковий	Дотримання режиму		
Функціональний	Рівень автономності		

Загальний бал: _____
Висновок первинної оцінки: _____

3. Динаміка (повторне оцінювання)

Критерій	Первинний бал	Повторний бал	Динаміка (+/-)	Коментар
Когнітивний				
Операційний				
Мотиваційний				
Емоційний				
Поведенковий				
Функціональний				

4. Аналіз результатів

- Позитивні зміни: _____
- Зони ризику: _____
- Фактори, що вплинули на динаміку: _____
- Рівень досягнення цілей: повний / частковий / недостатній

5. Корекція індивідуальної програми

- Необхідність зміни методів навчання: так / ні
- Адаптація складності завдань: _____
- Мотиваційна підтримка: _____
- Залучення родини: _____

6. Рекомендації мультидисциплінарної команди_____
Підписи фахівців: _____
Дата: _____

Методичний коментар для посібника

Протокол доцільно заповнювати:

- на початку реабілітаційного курсу;
- кожні 2–4 тижні;
- після завершення етапу втручання.

Регулярне порівняння показників дозволяє:

- об’єктивно фіксувати динаміку;
- коригувати педагогічні стратегії;
- підвищувати узгодженість роботи команди;
- забезпечувати доказовість реабілітаційного процесу.

ДОДАТОК Д

Методи мотиваційного впливу

- Вербалізація почуттів пацієнта
- «Мотиваційне інтерв'ювання» (OARS)
- Метод малих досягнень
- Метод позитивного підкріплення
- Формування зовнішніх і внутрішніх мотивів

Розгорнутий приклад техніки активного слухання

1. Пауза та дозволити пацієнту висловитися
2. Уточнення («Правильно я розумію, що…?»)
3. Перефразування
4. Рефлексія емоцій
5. Підсумування почутого

Спілкування з пацієнтом.

Важливо розрізняти **дві комунікативні площини**:

1. **Професійна мова (термінологія)** – використовується у документації, спілкуванні з колегами, обговоренні клінічних випадків. Вона потрібна для точності, однозначності та відповідності стандартам.

2. **Мова для пацієнта** – повинна бути зрозумілою, доступною і доброзичливою. Пацієнт не несе відповідальності за знання медичних термінів, але йому потрібно зрозуміти, що з ним відбувається, для чого призначене лікування та які очікувані результати.

Тому **з пацієнтами краще говорити простою, зрозумілою мовою**, уникаючи надмірної спеціальної термінології. При цьому інколи можна використовувати терміни, але одразу пояснювати їх у доступній формі. Наприклад: замість *«у вас діагностовано гонартроз колінного суглоба»* можна сказати: *«у вас є захворювання колінного суглоба, яке називається гонартроз, воно означає поступове зношування хряща»*.

Такий підхід формує **довіру**, допомагає пацієнту бути **активним учасником реабілітації**, а не пасивним спостерігачем.

Водночас студент може пояснити керівнику: «Я використовую медичні терміни в документації, але при спілкуванні з пацієнтами адаптую мову, щоб вони мене розуміли». Це не знижує професійність, а навпаки – демонструє високий рівень комунікативної компетентності.

Пам’ятка для студента-фізичного терапевта «Як спілкуватися з пацієнтом».

1. Використовуй зрозумілу мову

- Говори простими словами, уникай складних термінів.
- Якщо потрібно назвати медичний термін – одразу поясни його доступно.

2. Будь уважним слухачем

- Дай пацієнту висловитися, не перебивай.
- Перепитай, щоб переконатися, що правильно зрозумів його скарги.

3. Поясню «навіщо»

- Розкажи, для чого виконується вправа, процедура чи тест.
- Поясни очікуваний результат у зрозумілій формі.

4. Використовуй приклади й метафори

- Поясню через знайомі для пацієнта образи (наприклад: «суглоб працює як дверна петля, а хрящ – як мастило»).

5. Підтримуй контакт

- Дивися в очі, говори доброзичливим тоном.
- Уникай зайвої офіційності, яка може віддаляти.

6. Перевіряй розуміння

- Запитай: «Чи зрозуміло вам, що я пояснив?»
- Попроси пацієнта повторити своїми словами головне.

7. Будь чуйним та емпатійним

- Враховуй емоційний стан пацієнта.
- Демонструй повагу й терпіння.

Золоте правило:

У документах та з колегами – професійна термінологія.

З пацієнтом – доступна, людяна та зрозуміла мова.

ДОДАТОК Е

Приклад структури реабілітаційного заняття

1. Організаційна частина (2 хв).
2. Психоемоційна підготовка (3 хв).
3. Основна частина (30–40 хв):
   - вправи на мобільність;
   - силові вправи;
   - тренування рівноваги;
   - функціональні завдання.
4. Заключна частина: дихальні вправи, релаксація.
5. Обговорення результатів.

ДОДАТОК Є

Стратегія подолання стресових ситуацій (Шкала SACS)//

Інструкція:

Вам пропонуються 54 твердження щодо поведінки у напружених (стресових) ситуаціях. Оцініть, будь ласка, як Ви зазвичай чините у цих випадках за 5-бальною шкалою: якщо відповідь цілком описує Ваші дії чи відчуття, то поруч із номером питання у бланку відповідей поставте 5, якщо ж твердження зовсім не відображує Ваші дії, то поставте 1.

1 – ні, зовсім не так;

2 – скупіше ні, ніж так;

3 – важко відповісти;

4 – скоріше так, ніж ні;

5 – так, цілком правильно.

Опитувальник:

1. У будь-яких складних ситуаціях ви не здаєтеся.

2. Об’єднуєтеся з іншими людьми, щоб разом вирішити ситуацію.

3. Радитеся з друзями чи близькими щодо того, як би вони вчинили у Вашому становищі.

4. Ви завжди дуже ретельно зважуєте можливі варіанти рішень (краще бути обережним, ніж піддавати себе ризику).

5. Ви покладаєтеся на свою інтуїцію.

6. Як правило, Ви відкладаєте розв’язання проблеми, сподіваючись, що вона розв’яжеться сама.

7. Намагаєтеся тримати усе під контролем, хоча і не говорите про це іншим.

8. Ви думаєте, що іноді необхідно діяти настільки швидко і рішуче, щоб це було несподівано для інших.

9. Розв'язуючи неприємні проблеми, втрачаєте витримку і можете «наламати чимало дров».

10. Коли хто-небудь із близьких з Вами несправедливий, ви намагаєтеся поводитися так, щоб вони не відчули, що ви засмучені чи ображені.

11. Намагаєтеся допомогти іншим при розв'язанні Ваших загальних проблем.

12. Не соромитеся за необхідності звертатися до інших людей за допомогою чи підтримкою.

13. Без необхідності не «викладаєтеся» цілком, віддаючи перевагу заощадженню своїх сил.

14. Ви часто дивуєтеся, що найбільш правильним є те рішення, що першим спало на думку.

15. Іноді віддаєте перевагу заняттю чим завгодно, аби забути про неприємну справу, яку необхідно зробити.

16. Для досягнення своїх цілей Вам часто доводиться підлаштовуватися під інших людей (трохи «кривити душею»).

17. У певних ситуаціях Ви ставите свої особисті інтереси вище усього, навіть якщо це зашкодить іншим.

18. Як правило, перешкоди на шляху розв'язання Ваших проблем чи досягнення бажаного дуже дратують Вас.

19. Ви вважаєте, що в складній ситуації краще діяти самому, ніж чекати, коли її будуть вирішувати інші.

20. Опинившись у важкій ситуації, Ви міркуєте про те, як діяли б у цьому випадку інші люди.

21. У важкі хвилини для вас дуже важлива емоційна підтримка близьких людей.

22. Вважаєте, що у всіх випадках краще «сім і більше раз відміряти, перш ніж відрізати».

23. Ви часто програєте через те, що не покладаєтеся на свої передчуття.

24. Ви не витрачаєте свою енергію на вирішення того, що, можливо, саме собою розсіється.

25. Дозволяєте іншим людям думати, що вони можуть вплинути на вас, але насправді Ви – «міцний горішок» і нікому не дасте маніпулювати собою.

26. Вважаєте, що корисно демонструвати свою владу і перевагу для зміцнення власного авторитету.

27. Вас можна назвати запальною людиною.

28. Вам буває досить важко відповісти відмовою на чиїсь вимоги або прохання.

29. Ви думаєте, що в критичних ситуаціях краще діяти спільно з іншими.

30. Ви вважаєте, що на душі може полегшати, якщо поділитися своїми переживаннями із іншими.

31. Нічого не берете на віру, тому що думаєте, що у будь-якій ситуації можуть бути «підводні камені».

32. Ваша інтуїція Вас ніколи не підводить.

33. У конфліктній ситуації переконуєте себе й інших, що проблема «не варта й ламаного гроша».

34. Іноді Вам доводиться трохи маніпулювати людьми (вирішувати свої проблеми, незважаючи на інтереси інших).

35. Буває дуже вигідно поставити іншу людину в незручне і залежне становище.

36. Ви вважаєте, що краще рішуче і швидко дати відсіч тим, хто не згодний з Вашою думкою, чим «тягти кота за хвіст».

37. Ви легко і спокійно можете захищати себе від несправедливих дій з боку інших, у разі потреби сказати «ні» у ситуації емоційного тиску.

38. Ви вважаєте, що спілкування з іншими людьми збагатить Ваш життєвий досвід.

39. Ви переконані, що підтримка інших людей дуже допомагає Вам у важких ситуаціях.

40. У важких ситуаціях Ви довго готуєтеся і волієте спочатку заспокоїтися, а потім уже діяти.

41. У складних ситуаціях краще довіритися першому імпульсу, ніж довго зважувати можливі варіанти.

42. За можливості уникаєте рішучих дій, що вимагають великої напруженості і відповідальності за наслідки.

43. Для досягнення своїх заповітних цілей не гріх і трохи злукавити.

44. Шукаєте слабкі місця інших людей і використовуєте їх для своєї вигоди.

45. Брутальність і дурість інших людей часто лютить, дратує Вас.

46. Ви відчуваєте незручність, коли Вас хвалять чи говорять компліменти.

47. Вважаєте, що спільні з іншими зусилля принесуть більше користі в будь-яких ситуаціях (при вирішенні будь-яких задач).

48. Ви впевнені, що у важких ситуаціях Ви завжди знайдете розуміння і співчуття з боку близьких людей.

49. Ви переконані, що у всіх випадках варто дотримуватися принципу «тихіше їдеш – далі будеш».

50. Дія під впливом першого пориву завжди гірше, ніж твердий розрахунок.

51. У конфліктних ситуаціях волієте знайти які-небудь важливі і невідкладні справи, дозволяючи іншим зайнятися вирішенням проблеми чи сподіваючись, що час усе розставить на свої місця.

52. Ви думаєте, що хитрістю можна домогтися часом більше, ніж діючи прямо.

53. Мета виправдовує засіб.

54. У значущих і конфліктних ситуаціях Ви буваєте агресивним.

Обробка результатів:

Відповідно до «ключа» підраховується сума балів у кожному рядку, що відображає ступінь переваги тієї чи іншої моделі поведінки у складній (стресогенній) ситуації.

«Ключ»

Субшкали	**Номери тверджень**
Асертивні дії	1, 10, 19, 28*, 37, 46*
Вступ у соціальний контакт	2, 11, 20, 29, 38, 47
Пошук соціальної підтримки	3, 12, 21, 30, 39, 48
Обережні дії	4, 13, 22, 31, 40, 49
Імпульсивні дії	5, 14, 23, 32, 41, 50*
Уникнення	6, 15, 24, 33, 42, 51
Маніпулятивні (непрямі) дії	7, 16, 25, 34, 43, 52
Асоціальні дії	8, 17, 26, 35, 44, 53
Агресивні дії	9, 18, 27, 36, 45, 54

Підраховується у зворотному порядку

Інтерпретація:

Виділяються провідні моделі долаючої поведінки: та субшкала, якій віддається перевага, визначає провідну модель долаючої поведінки суб'єкта.

ДОДАТОК Ж

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

АДАПТАЦІЙНИЙ СИНДРОМ - сукупність неспецифічних змін у діяльності організму (реакція захисту), викликаних впливом зовнішніх патогенних подразників (стресорів), спрямованих на підтримку стану фізичного і психічного гомеостазу. Виділяють три стадії адаптаційного синдрому:

• стадія тривоги: мобілізація компенсаторних можливостей організму з метою відновлення порушеного гомеостазу;

• стадія опору (стабілізації), резистентності: формування певного гомеостазу (інколи завдяки патологічному функціонуванню) в умовах впливу стресорів;

• стадія виснаження адаптаційних можливостей (дистрес): організм переходить до патологічного функціонування (зокрема, це може спричинити психотичні розлади); повне

виснаження адаптаційних можливостей призводить до загибелі організму. На цій стадії велика небезпека суїциду.

АДАПТАЦІЯ - Здатність живого організму пристосовуватися до змін навколишнього середовища, зовнішніх (внутрішніх) умов існування шляхом збереження і підтримання фізичного гомеостазу. Адаптація – основний спосіб життєдіяльності й виживання організму (виду).

АДАПТАЦІЯ ПСИХІЧНА - Пристосування психічної діяльності людини до мінливих умов середовища шляхом збереження психічного гомеостазу. Одним із її варіантів є соціально-психологічна адаптація, що впливає на трансформаційну, пізнавальну, ціннісно-орієнтовану і комунікативну функції життєдіяльності людини.

АДАПТАЦІЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА - Специфічно людська форма адаптації, що забезпечує особистісний розвиток шляхом спрямованої, активної взаємодії з природними і соціальними умовами життєдіяльності. В процесі соціально-психологічної адаптації реалізуються освітня, пізнавальна, ціннісно-орієнтувальна, трансформаційна і комунікативна функції життєдіяльності людини.

АДИКЦІЯ - (*Лат. addictus – приречений, по-рабськи зобов'язаний*) - Симптом деформації духовної природи людини, що проектується на соматичний, психічний та соціально-психологічний рівні життєздійснення людини та породжує деструктивні форми стосунків та адаптації.

АНТИСОЦІАЛЬНА (ДЕЛІНКВЕНТНА) ПОВЕДІНКА - Це поведінка, що суперечить правовим нормам, загрожує соціальному порядку і благополуччю оточення. Вона включає будьякі дії (або бездіяльність), заборонені законодавством.

АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА - Дії, спрямовані на завдання шкоди своєму соматичному чи психічному здоров'ю. Варіант агресивної поведінки, коли суб'єкт і об'єкт агресії збігаються. В агресії й аутоагресії однакові патогентичні механізми, але агресивна поведінка може спрямовуватися на інших або на себе.

АФЕКТ - Короткотривала бурхлива, позитивно чи негативно забарвлена емоційна психогенна реакція.

АФЕКТИВНА РОЗРЯДКА - Дії, спрямовані на емоційне вираження негативних, важких для особистості переживань. Аутоагресивні дії часто є формою афективної розрядки.

ВІДНОВНЕ КОЛО - Метод ненасильницького спілкування, процес підтримки спільнотою тих, хто перебуває у стані конфлікту.

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС - Розлад, що з'являється в людини без якихось інших проявів психічних розладів, у відповідь на незвичайний фізичний чи психічний стрес / психотравму і, зазвичай, минає через кілька годин чи днів.

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ГСР) - Може бути одним із наслідків травмівної події. Гострий стресовий розлад, як і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), характеризують чотири типи симптомів: 1) симптоми повторного переживання травматичної події (нав'язливі спогади чи сни); 2) симптоми уникання (уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних із травмівною подією); 3) симптоми заціпеніння (зокрема, почуття відокремленості, відстороненості, відірваності від інших); 4) симптоми підвищеної збудливості (дратівливість, поганий сон, підвищена настороженість). Між ГСР та ПТСР є дві ключові відмінності: а) тривалість симптомів: ГСР діагностується у період від двох днів **до одного місяця** після впливу травмівної події, в той час як ПТСР діагностується, коли симптоми (які стосуються ПТСР) тривають **більше, ніж місяць** після травмівної події; б) при ГСР особливого значення набувають симптоми дисоціації (а саме: відчуження, відірваності та приголомшеності; деперсоналізація і дереалізація).

ГРУПОВА РОБОТА Проведення психологічних тренінгів, груп підтримки засобами стандартизованих процедур, спрямованих на безпечне саморозкриття учасників, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів вирішення власних психологічних проблем,

формування навичок самопізнання і саморозвитку, засвоєння нової інформації і збагачення репертуару комунікативних та поведінкових стратегій.

ДЕБРИФІНГ; ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДЕБРИФІНГ - Одноразова слабоструктурована психологічна бесіда з людиною (чи групою людей) після екстремальної / надзвичайної ситуації (після терактів, стихійних бід, катастроф, травмівних подій); засіб надання першої психологічної допомоги (Critical Incident Stress Debriefing) з метою зменшення ймовірності виникнення посттравматичного стресового розладу та інших психологічних проблем шляхом надання можливості виговоритися.

ДЕЗАДАПТАЦІЯ - Порушення адаптації, пристосування організму до мінливих умов зовнішнього чи внутрішнього середовища. Стан невідповідності між потребами організму і зовнішніми умовами його функціонування, що спричиняє порушення фізіологічного функціонування, зміни форм поведінки, розвиток патологічних процесів. Повна невідповідність несумісна з життєдіяльністю.

ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ - Сприйняття себе як стороннього спостерігача або віддаленість від себе (наприклад, «це відбувається не зі мною» або «це мені сниться»).

ДЕРЕАЛІЗАЦІЯ - Відчуття нереальності, віддаленості чи спотворення сприйняття (наприклад, «це все не насправді»).

ДЕФЬЮЗІНГ - («ВИПУСКАННЯ ПАРИ») - Робота з малими групами, що проводиться одразу після травмівних ситуацій або протягом перших 12 годин із метою діагностики і визначення осіб, що входять до групи ризику, для пом'якшення проявів гострої реакції на стрес та запобігання гострому стресовому розладу.

ДІАГНОСТИЧНИЙ І СТАТИСТИЧНИЙ ПОСІБНИК З ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ (DSM) (*DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION*) - Довідник DSM розробляє і публікує Американська психіатрична асоціація (*American Psychiatric Association (APA*). У довіднику містяться реєстри і опис психіатричних діагнозів, як і в МКХ (Міжнародній класифікації хвороб). У Сполучених Штатах рекомендації з лікування психічних розладів, а також оплата надавачам медичних послуг часто визначаються згідно класифікацій DSM. З 2013 року в США використовується DSM 5-го видання (в Україні використовується DSM 4-го видання). У посібнику DSM-5 враховано нові дослідження в галузі психіатрії та нейронаук, а також громадські запити. 5 видання більше, ніж попередні, узгоджене з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), яка буде подана на затвердження Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в січні 2019 року, а в повну силу вступить з 1 січня 2022 року.

СИТУАЦІЇ - Екстремальність ситуації визначають такі чинники: різні впливи на емоційний стан людини у зв'язку з небезпекою, труднощами, новизною, відповідальністю; дефіцит необхідної інформації чи надмір суперечливої інформації; надмірне фізичне і психічне напруження; голод, спрага, вплив несприятливих умов життя, зокрема кліматичних (спека, холод, гіподинамія, киснева недостатність, відсутність елементарних зручностей тощо).

КРИЗА ЕКЗИСТЕНЦІЙНА - Психологічний стан втрати сенсу життя, обумовлений різкою зміною (руйнуванням) способу життя чи картини себе і світу. У стані екзистенційної кризи висока суїцидальна небезпека.

КРИЗОВА ПСИХОТЕРАПІЯ - Невідкладна психотерапевтична допомога людям, що перебувають у кризовому стані, спрямована на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, а також на пошук і тренування адаптивних стратегій виходу з кризи. Виділяють індивідуальну, сімейну та групову терапію. Містить етапи:

• кризової підтримки, спрямованої на встановлення терапевтичного контакту, розкриття суїцидонебезпечних переживань, мобілізацію особистісного захисту й укладення терапевтичного договору (визначення кризової проблеми і форм її корекції, поділ відповідальності за результат спільної роботи);

• кризового втручання, спрямованого на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, що блокують оптимальні способи вирішення кризи;

• підвищення рівня адаптації, спрямованого на формування і тренінг нових способів адаптації, що сприяють вирішенню психотравмівного конфлікту.

КРИЗОВИЙ СТАН - Психічний (психологічний) стан людини, яка пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмівної події. Стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмівній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичним оцінюванням себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПТСР - Постійно вдосконалюються та уточнюються, оскільки діагностика цього розладу є складним завданням. Згідно із DSM-V, міжнародно визнаною системою класифікації захворювань, виокремлюють такі основні критерії діагностики ПТСР (у реальній діагностиці з перелічених умов чи особливостей, які входять у кожний критерій, має бути дотримана принаймні одна-дві): критерій А – історія впливу травмівної події на людину, критерій В – повторювання травмівної події, критерій С – уникання: постійні намагання уникнути гнітючих, пов'язаних із травмою стимулів після події; критерій D – негативні зміни когнітивної сфери і настрою; критерій Е – зміни збудження і реактивності; критерій F – тривалість симптомів (описаних у критеріях В, С, D та Е) більше, ніж місяць.

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ. МКХ (*INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD)*) - Міжнародна класифікація хвороб – стандартна для всього світу методика, якою користуються лікарі, медичні сестри, науковці, статистики та кодувальники медичної інформації, оператори інформаційних технологій, страхові компанії, організації та офіційні спільноти пацієнтів, інші надавачі медичної і психологічної допомоги. МКХ має колосальне значення завдяки забезпеченню спільної мови звітності та моніторингу захворювань у всьому світі. МКХ сприяє порівнянню даних у світовій спільноті, полегшуючи обмін інформацією стандартизованим способом між окремими лікарнями, населеними пунктами і цілими країнами. Також МКХ спрощує збір і зберігання інформації з метою подальшої обробки, статистичного аналізу та створення методів вирішення різних питань охорони здоров'я. З 1992 року (і дотепер) функціонувала МКХ-10, яку переглядали раз на десять років. У червні 2018 року Всесвітня організація охорони здоров'я (*ВООЗ*) опублікувала Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (*МКХ-11*). Передбачається, що нове видання МКХ у повну силу вступить із 1 січня 2022 року.

МУЛЬТИ-ДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА - Група фахівців з реабілітації (лікарі, фахівці з фізичної терапії, ерготерапії, логотерапії, психологи, соціальні працівники та ін.), які тривалий час працюють разом та паралельно надають реабілітаційні послуги особі, що реабілітується, відповідно до лімітованих у часі цілей та завдань щодо забезпечення відновлення або компенсації обмежень життєдіяльності особи.

НЕНАСИЛЬНИЦЬКЕ СПІЛКУВАННЯ - Спілкування, що здійснюється в стані не насилля, тобто притаманного людині від природи стану співпереживання, стану, коли внутрішній вчинок вільний від бажання насильства.

ПОДІЯ СТРЕСОВА - Будь-яка подія, що порушує звичний перебіг життя. Це надто сильні подразники – нещастя, зневажливе ставлення, незаслужена образа, неправда, втрати, несподівані перепони і брак подразників – монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо.

ПОДІЯ ТРАВМІВНА - Характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Це подія, пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, несе абсолютно нову інформацію, яку людина має інтегрувати в попередній життєвий досвід. Травмівну подію можна пережити особисто, можна стати її свідком чи отримати звістку про важку фізичну травму або смерть близької людини. Реакцією на травматичну подію є фізичний і/або емоційний травмівний стрес.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР) - Стійка реакція на травмівну подію. ПТСР може розвитися після випробування (травмівної події), під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу своєму життю чи життю іншої людини. ПТСР може також формуватися в особи, що втратила близьку людину. ПТСР може виникати у будь-кого і в будь-якому віці (й удитини). Але не в кожної особи, яка зазнала травми, розвивається різко виражений або навіть незначний ПТСР. Ступінь розвитку цього розладу та рівень його переживання, часто залежить від тривалості й інтенсивності травмівного досвіду. Симптоми вважають проявами ПТСР, якщо вони тривають більше, ніж місяць.

ПРАВИЛА – це норми поведінки, зафіксовані в законах, наказах, постановах як у загальнонаціональних, так і в межах певної корпорації чи професійної спільноти. В системі психологічної допомоги прийняті правила щодо реалізації тієї чи іншої форми допомоги (психодіагностики, психологічного консультування, психологічної просвіти, психотерапії тощо); існують вимоги стосовно того, хто і на якому рівні може надавати професійну психологічну допомогу, є правила допомоги дітям, родинам, етичні кодекси психологів тощо.

ПРИНЦИП (*лат. principium – начало, основа*) Твердження, що сприймаються як головні; важливе, суттєве, неодмінне або бажане. Принципи – основні закони, на яких ґрунтується як життєдіяльність окремої людини, так і функціонування різних систем. Принципи – це базові істини, що лежать в основі законів, положень, правил і визначають будь-яку діяльність. Принципи є орієнтиром для прийняття рішення, для оцінки правильності й доцільності тієї чи іншої дії. Без дотримання принципів ні люди, ні системи не можуть ефективно виконувати своє призначення.

ПРУЖНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНА (РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ) - Здатність швидко відновлювати фізичне і психічне здоров'я після стресових та травмівних подій. Психологічна пружність характеризується відсутністю надмірної самокритики й негативних уявлень про себе; здатністю до усвідомлюваних дій у будь-якій ситуації; вмінням упоратися з горем і занепокоєнням; готовністю долати перешкоди у стосунках; діями, спрямованими на досягнення кращого фізичного здоров'я і психічного стану; оптимістичністю; вмінням використовувати позитивні шанси.

ПСИХІЧНА ДЕПРИВАЦІЯ (*англ. deprivation –втрата, позбавлення*) - Стан психічної дезадаптації, коли людина не може задовольнити основні особистісні потреби протягом тривалого часу (фрустрація ціннісних настановлень). Виникає після пережитих (як правило, численних) психотравмівних ситуацій. Характеризується широким діапазоном відхилень психічної діяльності: від незначних змін соціального функціонування до виражених патохарактерологічних чи психопатологічних порушень (реактивні стани, неврози, розлади особистості).

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я (ЗА ВООЗ) - Стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА - Область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей і надання психологічної допомоги як окремій людині, так і групі чи організації; будь-яка цілеспрямована активність, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні; вид допомоги, що надається психологом особі чи групі осіб для відновлення необхідних якостей особистості, психологічного стану, покращення психічних процесів, поведінки, спілкування. Область практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей і надання психологічної допомоги як окремій людині, так і групі чи організації; будь-яка цілеспрямована активність, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні; вид допомоги, що надається психологом особі чи групі осіб для відновлення необхідних

якостей особистості, психологічного стану, покращення психічних процесів, поведінки, спілкування.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯМ - Комплекс організаційних, психологічних, медичних та інших заходів, спрямованих на забезпечення успішного подолання воїнами обставин сучасного бою, що травмують психіку, задля збереження боєздатності та запобігання розвитку в них посттравматичних психічних розладів. Психологічна допомога військовослужбовцям включає психологічну підтримку і психологічну реабілітацію

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЗА ПРИНЦИПОМ «РІВНИЙ-РІВНОМУ» - Надання спеціально підготовленими особами, з числа представників цільової групи, необхідних знань, психологічної підтримки та сприяння формуванню конструктивних комунікативних та поведінкових навичок, стратегій самодопомоги та взаємопідтримки, що здійснюється в індивідуальній чи груповій формі серед осіб, рівних собі за певною ознакою, або таких, що мають подібні утруднення.

ПСИХО-ДІАГНОСТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ - Діяльність психолога, кінцевим результатом якої є психологічний діагноз. Збір даних у психологічному обстеженні відбувається з використанням психологічних методик (тестів). У процесі обробки й інтерпретації діагностичних даних традиційно виділяються два шляхи: клінічний і статистичний. Клінічний – орієнтований насамперед на досвід психолога, на його інтуїцію; особливістю цього підходу є довіра до суб'єктивного судження. Статистичний підхід передбачає врахування об'єктивних (кількісних) показників та їхню статистичну обробку. Психодіагностичне обстеження завершується розробкою програми дій (наприклад, для корекції, оптимізації психологічного розвитку тощо). При організації і проведенні психологічного обстеження є обов'язковим виконання етичних норм психодіагностики.

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА (ГАЛУЗЕВО) - Галузь психологічної науки, що створює методи розпізнавання і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості.

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА (ПРОЦЕСУАЛЬНО) - Визначення психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей людини шляхом застосування сукупності стандартизованих валідних інструментів та процедур вимірювання, опрацювання та інтерпретації результатів, а також встановлення необхідності та оптимальних шляхів психологічного чи психотерапевтичного втручання Психологічна діагностика здійснюється в груповій або індивідуальній формі.

ПСИХОЛОГІЧНА КРИЗА - Порушення аффективно-когнітивної рівноваги психічної діяльності, спричинене зовнішніми обставинами. Характеризується дезорганізацією життя, рівень якої пропорційний мірі порушення адаптаційних можливостей людини; дисбалансом конструктивних і руйнівних тенденцій у психічній діяльності, що обумовлює формування агресивної чи аутоагресивної форми поведінки.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ - Комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті.

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА - Система заходів, спрямованих на активізацію наявних психічних ресурсів та на створення додаткових ресурсів для забезпечення боєздатності / працездатності та конструктивного функціонування в соціумі. Здебільшого психологічна підтримка має профілактичний характер і скерована на попередження розвитку негативних психічних явищ.

ПСИХОЛОГІЧНА ПРОСВІТА ТА ІНФОРМУВАННЯ - Донесення отримувачам інформації щодо особливостей психічних станів, міжособистісних стосунків, а також стосовно специфіки актуальної соціальної ситуації, ознайомлення отримувачів психологічних послуг з основами психогігієни, формування навичок самодопомоги та

взаємопідтримки, а також інформування клієнтів з питань отримання психосоціальної підтримки. Психологічна просвіта здійснюється в індивідуальній, сімейній та груповій формі.

ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ - Суб'єктивне переживання особистості, які ґрунтуються на позитивному ставленні до себе і свого минулого, наявності цілей та занять, що додають життю сенсу, а також на здатності виконувати вимоги повсякденного життя, відчувати задоволення від розвитку і самореалізації та від стосунків із іншими людьми, пронизаними турботою і довірою при збережені здатності наслідувати власні переконання.

ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ - Надання клієнту психологічної допомоги з метою вирішення його проблемної ситуації, сприяння осмисленню нового досвіду та особистісному розвитку, налагодженню міжособистісних стосунків, що може проводитися в індивідуальній, сімейній, парній або груповій формі.

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА - Це емоційно болючий стресовий досвід (може включати фізичну травму, а може бути і без неї), що іноді створює загрозу для життя і здоров'я (зокрема, коли особа є свідком подій); це унікальне індивідуальне переживання певної події чи тривалих обставин, за яких здатність особи інтегрувати емоційні переживання (досвід) виявляється недостатньою.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА - Будь-яка форма місцевої або зовнішньої підтримки, спрямованої на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів.

ПСИХОТЕРАПІЯ - Цілеспрямоване впорядкування психологічними засобами, через професійні стандартизовані процедури, порушеної діяльності організму та психіки клієнта з метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних властивостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення фізичного стану та якості життя. Психотерапія може проводитися в індивідуальній, сімейній чи груповій формі.

РЕАБІЛІТАЦІЯ - Використання всіх можливостей із метою зниження впливу станів, що обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення особам із обмеженнями життєдіяльності можливості досягнення оптимальної соціальної інтеграції.

САМОГУБСТВО (СУЇЦИД) - Усвідомлені дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя, що спричиняють смерть.

САМОРУЙНІВНА ПОВЕДІНКА - Різні форми поведінки людини, що спричиняють соціальну, психологічну і фізичну дезадаптацію, деградацію особистості, погіршення психічного і фізичного здоров'я (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, схильність до невиправданого ризику; асоціальна поведінка тощо).

СИНДРОМ ВТРАТИ - Стан, зумовлений втратою значущої людини через її смерть чи розрив стосунків. Поняття «синдром втрати» стосується й ситуації різкої зміни способу життя через втрату чогось або суб'єктивне відчуття і переживання такої втрати (наприклад, втрата професії, місця проживання, непрацездатність внаслідок інвалідизації). Може бути причиною психогенних та психосоматичних розладів, великий ризик суїциду.

СИНДРОМ ГОСТРОГО ГОРЯ - Психологічний симптомокомплекс, що розвивається після смерті особливо значимої людини. Проявляється: інтенсивним відчуттям фізичного страждання (нападами задухи, прискореного серцебиття, м'язової слабкості, втрати апетиту), емоційним напруженням із можливим розвитком шокової реакції; захопленістю образом втрати з можливим ілюзорним сприйняттям реальності; відчуттям провини стосовно померлого; агресивністю, ворожістю до інших людей; зміною поведінки, недоцільними діями, обумовленими звуженням мотиваційної сфери; ідентифікацією з утратою.

СИТУАЦІЯ ГІПЕР-ЕКСТРЕМАЛЬНА - Ситуація екстремальна виходить за межі звичайного, «нормального» людського досвіду, загрожує (чи так сприймається) життю,

здоров'ю, цілісності, благополуччю людини. Джерело травматизації – людина чи суспільство.

СИТУАЦІЯ НАДЗВИЧАЙНА - Ситуація надзвичайна виникає внаслідок аварії, небезпечного природного явища, стихійної чи техногенної катастрофи; може спричинити людські жертви, шкоду для здоров'я, значні матеріальні втрати і порушення умов життєдіяльності людей.

СКРИНІНГ (ВІДСІЮВАННЯ, ВІДБІР, СОРТУВАННЯ) - Психодіагностична процедура попереднього, орієнтовного відбору досліджуваних за критерієм належності їх до тієї чи іншої групи діагностованих. Для скринінгу можуть обиратися різні критерії, зокрема, критерій імовірного психічного захворювання. Цей термін широко вживають у медицині, де він означає систему первинного обстеження груп осіб без клінічних симптомів із метою встановлення наявності чи відсутності певного захворювання.

СТРЕС - Неспецифічна реакція організму на різні подразники, що допомагає людині пристосуватися до мінливих умов.

СТРЕС ЕМОЦІЙНИЙ - Захисна реакція організму, спрямована на захист від впливу психічних чинників, що викликають сильні емоції.

СТРЕС ТРАВМІВНИЙ (ПСИХОТРАВМА) - Переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання: людина не може ні втекти, ні протистояти тому, що відбувається. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю; фізіологічними, когнітивними змінами та змінами способу регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади.

СТРЕС ФІЗИЧНИЙ - Реакція організму, спрямована на захист від фізичних впливів зовнішніх чинників, що викликають ушкодження, опіки, отруєння, захворювання тощо.

СУПЕРВІЗІЯ - Консультування з питань професійної діяльності психолога / психотерапевта (супервізанта) більш досвідченим колегою, що дозволяє супервізантам усвідомлювати й аналізувати власні професійні дії і власну професійну поведінку, отримувати психологічну підтримку та вдосконалювати фахову компетентність. Супервізія проводиться / надається в індивідуальній або груповій формі.

ТЕЛЕФОН ДОВІРИ - Невідкладна анонімна психотерапевтична допомога, що надається по телефону.

ТЕСТ (У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ) - Стандартизоване, часто обмежене у часі випробування, спрямоване на встановлення кількісних і якісних індивідуально-психологічних відмінностей. Тест є основним інструментом психодіагностичного обстеження, за допомогою якого здійснюється психологічний діагноз. У психодіагностиці (залежно від тестових задач) існують різні класифікації тестів (зокрема: тести вербальні й практичні, групові та індивідуальні, тести інтелекту й особистості тощо).

ТИПИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ - Виокремлюють п'ять типів травм (за характеристиками самої травми, її інтенсивності, складності, тривалості, частоти, походження; та індивідуальних особливостей переживання й життєвого досвіду людини): 1) монотравма – пов'язана з неочікуваною чи приголомшливою подією, такою як аварія, природна катастрофа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини; 2) повторювана травма – пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо; 3) травма розвитку – виникає в дитинстві внаслідок тривалої чи повторюваної травми – фізичного, емоційного насильства тощо; 4) вторинна травма («втома від співчуття») – характеризує психологічний чи емоційний ефект, який відчувають люди, що мешкають поряд із тими, хто пережив травму; 5) історична травма – сукупна емоційна та психологічна «рана», що відчувається впродовж життя одного покоління чи кількох поколінь; випливає з масової групової травми.

ТРИВОЖНІСТЬ - Особистісне утворення, комплекс емоцій страху, гніву, роздратованості, хвилювання тощо. Такі емоції призводять до різних психосоматичних і вегетативних змін, які мають несприятливий вплив на формування і розвиток особистості.

Причинами тривожності можуть бути несприятливі психологічні, соціально-педагогічні, соціальні умови, в яких перебуває людина.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Антонова-Рафі Ю.В., Худецький І.Ю., Білошицька О.К., Глоба О.П., Витовщик Т. О. (2024). Сучасні світові тенденції підготовки ерготерапевтів. Фітотерапія. Часопис. 2024. Scopus.
2. Бех І. Д. Виховання особистості: підруч. К. : Либідь, 2008. 848 с.
3. Глоба О.П. Регіональне реабілітаційне середовище як фактор соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями. [монографія] / Олександр Петрович Глоба. – Краматорськ: ДДМА, 2011. - 348с. - Бібліогр.: с.379-396. – ISBN 978-966-2484-02-1.
4. Глоба О. П. Програма корекційно спрямованого фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку з порушеннями психофізичного розвитку. / Інклюзивне навчання: організаційне, змістове та методичне забезпечення: навчально-методичний посібник [кол. авторів за заг. ред. С. П. Миронової]. – Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. – 236 с.
5. Глоба О. П. Використання засобів народної педагогіки в корекційній роботі з дітьми, що мають порушення опорно-рухового апарату / О.П.Глоба // збірник наукових праць за ред.. В.М.Синьова, О.В.Гаврилова. – Кам янець-Подільський: ПП Медобори-2006. – 2020.
6. О.В. Гаврилов, О.П.Глоба, В.О.Липа та ін. Прикладна корекційна психопедагогіка. Навчальний посібник. / Камянець-Подільський, ТОВ «Друк-Сервіс», 2014. – 591 с.
7. Глоба О. П. Створення спеціальних умов для навчання і виховання дітей дошкільного віку зі складними порушеннями розвитку (порушення мовлення та опорно-рухового апарату). Навчально-методичний посібник для здобувачів освітнього ступеня бакалавр і магістр ОПП Спеціальна освіта (Логопедія). Кам’янець-Подільський: Видавець Ковальчук О.В., 2023. 170 с.
8. Oleksandr Hloba, Yuliia Antonova-Rafi, Walery Zukow, Tetiana Harnyk, Viktor Sinyov. (2023). Impact of using the principle of spectral-dynamic analysis of the intensity of the electret field of the "Vim Vitae" electronic complex on a living organism. *Physical Rehabilitation and Recreational Health Technologies, 8*(2). 2023. P. 105-116. https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8(2).04

9. Globa O., Vodychar Janez, Antonova-Rafi Y., Garnik T., Sinyova E. Information medicine and complementary rehabilitation in sports of higher achievements. Phytotherapy. Journal.2025. Scopus.

10. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження: методологічні поради молодим науковцям. К. : Либідь, 1995. 301 с.

11. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології . практикум: [навчальний посібник] / І.М.Дичківська. – К.: Видав. Дім «Слово», 2013.– 448с.

12. Зязюн І. А. Педагогічна майстерність. К. : Вища школа, 2004. 446с.

13. Казначеєва, Г. М., Бондаренко, О. Ф. Психологія здоров'я та здорового способу життя. Київ: Центр учбової літератури, 2019.

14. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М.С.Корольчук, В.М.Крайнюк, А.Ф.Косенко, Т.І.Кучергін [навч.посібник]. – К.: фірма «ІНКОС», 2002. – 272 с.

15. Марченко О.К. Основы физической реабилитации: учеб. Для студентов вузов / О.К.Марченко. – К.:Олимп. лит., 2012 – 528 с.

16. Мурза В.П. Психолого-фізична реабілітація.– К.: ОЛАН, 2005. – 610 с.

17. Мухін В.М. Фізична реабілітація. «Олімпійська література». К.: НУФВіСУ. – 2005. – 407 с.

18. Сисоєва С. О. Педагогіка вищої школи. К. : Видавничий дім «Слово», 2011. 560 с.

19. Скрипник, Т. В. Педагогіка і психологія в охороні здоров'я. Київ: Медицина, 2021.

20. Сущенко Л.В. Формування мотивації до успішної професійної діяльності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації/ Л.П.Сущенко //Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2007. №6. – С. 276-279.

21. Сичов С.О. Етапи педагогічної реабілітації людей з серцево-судинними захворюваннями / С.О.Сичов, О.К.Сиротинська // Збірник наукових праць «Актуальные научные исследования в современом мире», Переяслав-Хмель-ницький, Вип. 12 (32) частина 5, 2017. – С. 76-80.

22. Сичов С.О. Педагогічні засоби реабілітаційних технологій для постінсультних пацієнтів / С.О.Сичов, О.К.Сиротинська // Збірник наукових праць «Актуальные научные исследования в современном мире», Переяслав-Хмельницький, Вип. 1 (33) частина 3, 2018. – С. 104-108.

23. Шиян Б.М., Вацеба О.М. Теорія і методика наукових педагогічних досліджень у фізичному вихованні і спорті. [навч. посібник] / Б.М.Шиян, О.М.Вацеба // - Тернопіль: навчальна книга «Богдан», 2008. – 276 с.

24. Bright, F., Boland, P., Rutherford, S. The role of social factors in rehabilitation. Disability and Rehabilitation, 2018, 40(2), 180–189.

25. Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C.M., et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019, Issue 12, CD003267.

26. Illeris, K. Contemporary Theories of Learning: Learning Theorists… in Their Own Words. Routledge, 2018.
27. Elvins, R., Green, J. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. Clinical Psychology Review, 2016, 52, 70–86.
28. Fleming, J., Mohler, R., Sadeghi, M., et al. Interdisciplinary rehabilitation: evidence and future directions. Disability and Rehabilitation, 2022, 44(20), 5684–5695.
29. Knowles, M., Holton, E., Swanson, R. The Adult Learner. 8th ed. London: Routledge, 2015.
30. Mobbs, M.C., Bonanno, G.A. Beyond war and PTSD: The crucial role of transition stress in the lives of military veterans. Clinical Psychology Review, 2018, 59, 125–136.
31. Schmidt R. A., Lee T. D. Motor Control and Learning: A Behavioral Emphasis. Champaign, IL : Human Kinetics, 2019. 576 p.
32. Shumway-Cook A., Woollacott M. Motor Control: Translating Research into Clinical Practice. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2017. 656 p.
33. O'Sullivan S. B., Schmitz T. J., Fulk G. Physical Rehabilitation. Philadelphia : F.A. Davis, 2019. 1504 p.
34. Braddom R. L. Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia : Elsevier, 2020. 1600 p.
35. American Physical Therapy Association. Guide to Physical Therapist Practice. 3rd ed. 2014.
36. World Health Organization. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva : WHO, 2001.
37. World Health Organization. Rehabilitation in Health Systems. Geneva : WHO, 2017.
38. World Physiotherapy. WCPT Guidelines for Physical Therapist Professional Entry Level Education. London : WCPT, 2011.
39. World Physiotherapy. Policy Statement: Ethical Responsibilities. London : WCPT, 2019.
40. Kolb D. A. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. New Jersey : Prentice Hall, 2014.

Допоміжна

1. Глоба О. П. Використання засобів народної педагогіки в корекційній роботі з дітьми, що мають порушення опорно-рухового апарату / О.П.Глоба // збірник наукових праць за ред.. В.М.Синьова, О.В.Гаврилова. – Кам янець-Подільський: ПП Медобори-2006. – 2020.
2. Марченко О. К. Основи фізичної реабілітації: учеб. для студентов вузов / О.К.Марченко. – К.: Олимпмит., 2012 – 528с.
3. Rogers C. R. Freedom to Learn. Columbus : C. E. Merrill Pub. Co., 2010. 230 p.

4. Wulf G. Attention and Motor Skill Learning. Champaign : Human Kinetics, 2007. 190 p.
5. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1977.
6. Deci E. L., Ryan R. M. Self-Determination Theory. New York : Guilford Press, 2002.
7. Schmidt R. Motor Learning and Performance. Champaign : Human Kinetics, 2011.
8. Carr J. Motor Relearning Programme for Stroke. Alexandria : Elsevier, 2010.
9. Berta Bobath. Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment. London : Elsevier, 2015.
10. Magill R. Motor Learning and Control. New York : McGraw-Hill, 2017.
11. WHO. Assistive Technology in Rehabilitation. Geneva : WHO, 2022.
12. WCPT. Non-communicable Diseases and Rehabilitation. London : WCPT, 2020.

НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ

1. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053.
2. Наказ МОЗ України № 1833 від 30.07.2021 «Про затвердження стандартів реабілітації».
3. Наказ МОЗ України № 152 від 23.01.2021 «Про номенклатуру реабілітаційних професій».
4. Національний класифікатор України ДК 003:2010 «Класифікатор професій».
5. ДСТУ 8302:2015. Бібліографічне посилання. Загальні положення та правила складання.
6. WHO. World Report on Disability. Geneva : WHO, 2011.
7. World Physiotherapy. Standards of Physical Therapy Practice. 2019.
8. ICF Practical Manual. WHO, 2013.

ІНТЕРНЕТ-ДЖЕРЕЛА

1. Офіційний сайт WHO – https://www.who.int
2. World Physiotherapy – https://world.physio
3. Національна служба здоров'я України – https://nszu.gov.ua
4. Міністерство охорони здоров'я України – https://moz.gov.ua
5. Українська асоціація фізичної терапії – https://uapt.org.ua
6. Освітні матеріали КПІ ім. Ігоря Сікорського – https://kpi.ua
7. Guidelines of NICE – https://www.nice.org.uk
8. PubMed scientific database – https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov