

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ КОМПОНЕНТІВ ПЕРІОДИЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ТА ПРОГРАМ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СЕСІЙ

БІЛИЙ Володимир

Хмельницький національний університет

<https://orcid.org/0000-0003-1468-9649>

bilyyvolodymyrvolodymyrovych@gmail.com

У статті представлено результати дослідження щодо систематизації компонентів періодизації реабілітаційного процесу. На основі аналізу нормативно-правової бази та наукової літератури виявлено методичний розрив між стратегічним плануванням та практичною реалізацією втручань. Обґрунтовано необхідність впровадження періодизації як інструменту тактичного планування, що дозволяє узгодити індивідуальний реабілітаційний план та програму терапії. У роботі деталізовано понятійний апарат періодизації: період визначено як часову характеристику, а етап – як методичну характеристику, що детермінується конкретними терапевтичними завданнями. Систематизовано ключові компоненти планування періодизації, зокрема періоди, етапи, обсяги, ступінь участі пацієнта, рівень навантаження та рухові режими. Запропоновано цілісну модель періодизації реабілітаційного процесу. Наукова новизна полягає у розробці системного підходу до формування індивідуальних програм реабілітації на основі методично обґрунтованої періодизації.

Ключові слова: ефективність, модель планування втручань, планування програм, індивідуальний реабілітаційний план, періодизація, реабілітаційний процес, програма терапії.

<https://doi.org/10.31891/pcs.2025.4.32>

1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Одним з ключових факторів, що впливає на ефективність реабілітаційного процесу є якість його планування. У сучасній практиці основними документами, що регламентують цей процес, є індивідуальний реабілітаційний план (ІРП) та програма терапії [8, 5]. На сьогодні зміст документів, закріплених у нормативних актах, має переважно стратегічно-управлінський характер. А для безпосередньої роботи фахівців з реабілітації необхідні документи практично-виконавчого рівня, які будуть використовувати в реальному процесі надання послуг. До таких документів слід віднести періодизацію та програму терапії, проте у проаналізованій літературі відсутня спільна класифікація їх змісту та компонентів, що формує методичну прогалину в плануванні реабілітаційного процесу. Передумовою побудови ефективних індивідуальних програм терапії є формування періодизації. Тому необхідно систематизувати компоненти періодизації: визначити часові характеристики, режими реабілітаційних втручань та об'єктивні критерії (маркери) переходу на наступні етапи. Це дасть змогу охопити та деталізувати весь процес реабілітації пацієнта, і як наслідок, системно й послідовно формувати

програми терапії для відповідного періоду та етапу реабілітації.

2. АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

В проаналізований науково-методичній літературі та нормативно-правових документах були виявлені наступні компоненти, які відносяться до періодизації: періоди, етапи, обсяги реабілітації, рухові режими та ступінь участі пацієнта. Однак при цьому було зафіксовано відсутність єдиного стандарту термінології. Так було виявлено близько 20 різних термінів, що характеризують періоди. Так термін «віддалений» [11; 14], що є недоречним, адже віддаленість це не часова характеристика, а територіальна. «Відновлювальний» [11, с. 43; 14] в контексті реабілітації є недоречним, адже семантично схожий з терміном реабілітація і своїм значенням не характеризує ніякий проміжок часу реабілітаційного процесу. «Вступний» [4] коректніше замінити на початковий, однак це буде тотожним з початковим етапом. «Гострий» [4, с. 68; 11; 3; 9; 14] та «післягострий» [11; 9; 10] – закріплені на законодавчому рівні і вказують на стан пацієнта. «Довготривалий» [9; 10] – так само закріплені на законодавчому рівні та вказують на часову характеристику. Термін «заключний» [4] слід віднести не до періоду

(часової характеристики) а до етапу (змістова/методологічна характеристика). Терміни «лікарняний» [4, с. 49; 12], «післялікарняний» [4, с. 54; 12], «амбулаторний» [10] та «санаторний» [11, с. 37] некоректні для визначення періоду, адже це не часова, а територіальна характеристика. З огляду на те, що реабілітаційні послуги надаються в різних місцях, зокрема в медичних закладах (стаціонарно, амбулаторно, в санаторіях) на курортах, за місцем роботи або проживання людини (реабілітація в громаді) на нашу думку формування компонентів періодизації за територіальним принципом є некоректним. Натомість доцільно використовувати функціональні компоненти, що характеризують режим реабілітаційних втручань та визначають ступінь участі пацієнта, руховий режим та рівень навантаження вне залежності від місця надання реабілітаційних послуг. Більш того, з цим терміном й виникла плутанина в тексті навчального посібника, в результаті чого «лікарняний» зустрічається і етап і період [4]. «Підгострий» [11; 10] відповідно чинному законодавству слід замінити на «післягострий». «Пізній» [10] напевно є антонімом «ранній» [10], однак ця класифікація періодів втратила свою чинність та замінена з характеристики періоду дня (ранок, вечір) на період стану здоров'я (гострий, післягострий). «Пізній відновний період» [1, 13] аналогічно попередньому. «Проміжний» [11, с. 47] та «резидуальний» [11, с. 43] некоректні до вживання в контексті періоду реабілітації. «Тренувальний» [4] та «функціональний» [4] не характеризує період, бо більше всі реабілітаційні сесії спрямовані на розвиток, стимуляцію та тренування. Також в процесі реабілітації можуть призначатись тренування, що виконують не для стимуляції розвитку, а для стимуляції відновних процесів, відновлення сил та працездатності. «Щадний» [4] характеризує режим та навантаження реабілітаційних втручань.

В хірургії автори виділяють такі періоди: передопераційний (при планових операціях) [4] післяопераційний [4, 11; 3; 9; 10], який можуть поділяти на: ранній післяопераційний, котрий триває до зняття швів (в середньому 7-10 днів після операції в залежності від об'єму оперативного

втручання); пізній післяопераційний – до виписки пацієнта зі стаціонару (в середньому від 7-го дня до 15-го дня); віддалений післяопераційний – до відновлення працездатності пацієнта (від 15-го дня до 30-го дня після операції). В травматології автори виділяють наступні періоди: «імобілізаційний» [4; 9; 10] «післяімобілізаційний» або «функціональний» [4; 9]. Ці періоди краще охарактеризувати з допомогою режиму реабілітаційних втручань. «Підготовки до протезування» [10] є доречним. В неврології – «післяінсультний» [14] слід вживати не як період, а як стан. Цей стан в більшості випадків є постійним або довготривалим, тому використовувати його недоцільно у зв'язку з відсутністю точності.

Етапів було виявлено 12, зокрема: «лікарняний (стаціонарний) [4, 11, с. 30; 12; 10]», «госпітальний» [2], «догоспітальний» [2], «поліклінічний» [4; 3; 12], «амбулаторний» [3; 9; 10] «амбулаторно-поліклінічний» [10], «диспансерний» [4; 12], «диспансерно-поліклінічний» [11, с. 30], санаторний [4, 11, с. 30; 12] санаторно-курортний [10], «відновний» [10] «гострий» [3], «підгострий» [10], щадний [10], «довготривалий» [9], «імобілізаційний» [10] постімобілізаційний [10] початковий [10] проміжний [10] ранній [10] які були охарактеризовані при аналізі періодів. Зустрічались і дивні назви етапів, зокрема: «діяльнісно-відновлювальний» [10], функціонально-відновлювальний [10], «етап довготривалого реабілітаційного періоду» [4; 9; 12] складний [10]. Застосування таких етапів є малоінформативним, адже перелік методів, рівень навантаження та обсяг реабілітаційних послуг залежить не від закладу чи місця надання, а від стану здоров'я, функціонального стану, запиту пацієнта, організаційних можливостей та ресурсів закладу та пацієнта. В той час, як у всіх випадках, в яких людина потребуватиме реабілітації буде початковий, розвиваючий та підтримуючий/завершальний етап реабілітації.

Режими здебільшого поділялись на дві груп, ті, що відносяться до лікарняного періоду реабілітації: суворо постільний руховий режим [4] постільний руховий режим [4, 11] ліжковий [9] палатний руховий режим [4, 11] вільний руховий режим [4] та ті, що

відносяться до післялікарняного періоду реабілітації: щадний руховий режим [4] щадно-тренувальний руховий режим [4, 11; 10] тренувальний руховий режим [4, 11; 10] відновлювальний [10].

3. ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Мета дослідження – вдосконалити модель індивідуалізації програм реабілітації шляхом інтеграції періодизації в процес планування реабілітаційного процесу.

Завдання дослідження: здійснити теоретичний аналіз нормативно-правової бази та науково-методичної літератури щодо визначення компонентів періодизації реабілітаційного процесу; виокремити та систематизувати ключові компоненти періодизації, усунувши дублювання та термінологічну неузгодженість; розмежувати стратегічно-управлінські та практично-виконавчі документи, що забезпечують

планування та реалізацію реабілітаційного циклу; розробити та описати цілісну модель систематизації компонентів періодизації як основу для формування індивідуальних програм фізичної терапії та ерготерапії.

4. ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБҐРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Відповідно до проаналізованої літератури періодизація реабілітаційного процесу складається з часової характеристики та режиму реабілітаційних втручань. Часові характеристики періодизації описують періоди, етапи та обсяги реабілітаційного процесу, а режим реабілітаційних втручань характеризує навантаження в межах часових характеристик та визначає ступінь участі пацієнта, рівень навантаження та рухові режими (Рисунок 1).

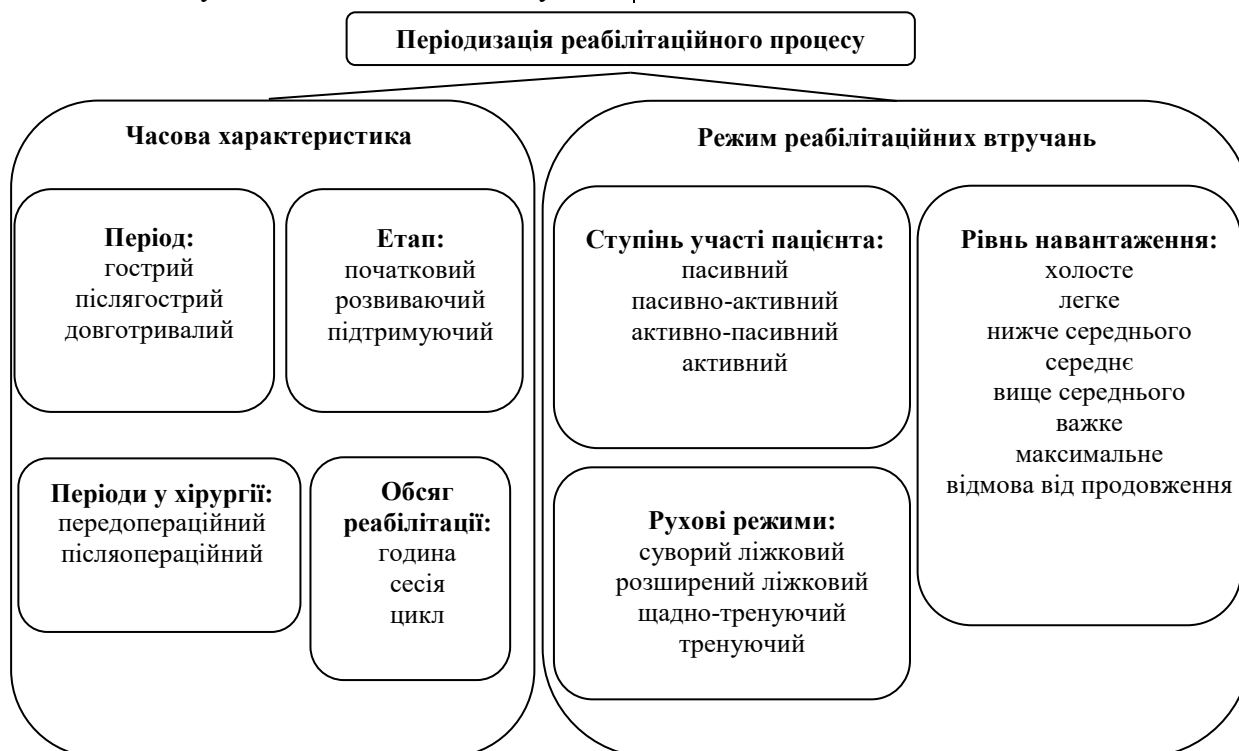


Рис. 1. Модель періодизації реабілітаційного процесу

Періоди реабілітації. В залежності від стану здоров'я та причин, що призводять до обмежень життєдіяльності реабілітацію поділяють на три періоди: гострий, післягострий та довготривалий [8]. Слід використовувати саме ці періоди, адже вони вже закріплені на законодавчому рівні. Для деяких медичних станів вже існує затверджений перелік критеріїв завершення реабілітаційного періоду та критеріїв

переведення на наступний реабілітаційний період. Ці критерії подані у Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах [6] для людей з:

- травмами спинного мозку;
- травмами головного мозку;
- опіками;
- ампутаціями;
- складними скелетними травмами.

Гострий реабілітаційний період починається під час гострого стану здоров'я, тобто, коли пацієнт потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста [8, ст. 26]. Тривалість періоду, в залежності від стану пацієнта коливається від 1 до 3 тижнів. Основними завданнями цього періоду є:

- стабілізація стану пацієнта;
- профілактика ускладнень;
- активізація процесів відновлення, саногенезу, нейропластичності.

Проводиться така реабілітація у стаціонарних палатах гострої реабілітації мультидисциплінарними реабілітаційними командами або окремими фахівцями з реабілітації разом з тим, як пацієнту надається спеціалізована медична допомога. Відсутність реабілітації в цьому періоді може спричинити погіршення функціонування та реабілітаційного прогнозу. Завершується гострий реабілітаційний період при виконанні усіх критеріїв [6, р. 2, п. 10]:

- 1) у пацієнта відбулося загоєння ран вторинним натягом, відсутні інфекції у ранах;
- 2) проведено зовнішню стабілізацію скелетних травм;
- 3) надано письмові рекомендації щодо подальшого лікування інших захворювань та патологій;
- 4) пацієнт не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста нереабілітаційного профілю.

Післягострий реабілітаційний період починається з моменту, коли відповідно до клінічного протоколу за медичними показаннями особа не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста або з моменту встановлення діагнозу захворювання, яке призводить або може призвести до обмеження повсякденного функціонування [8, ст. 26]. Триває цей період від 2 до 6 тижнів, один-два реабілітаційних цикли. Основними завданнями цього періоду є:

- зменшення патологічних процесів зумовлених хворобою чи травмою;
- відновлення втрачених функцій та активності;
- за необхідності, навчання та адаптація пацієнта і його близьких до нових умов життя пов'язаних з станом здоров'я або інвалідністю.

Така реабілітація проводиться у стаціонарних або амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації.

Такі відділення можуть бути і на базі санаторно-курортних установ [8, ст. 11].

Довготривалий реабілітаційний період починається при виявленні обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності, або при хронічному перебігу хвороби, що прогресує та потребує реабілітації для досягнення та підтримки оптимального функціонування особи [8, ст. 26]. Надається така допомога у стаціонарних та амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації [8, ст. 11]. Тривалість періоду в більшості випадків сягає від 2 до 6 місяців, але при хронічних чи прогресуючих захворюваннях може тривати й довше. В таких випадках надається періодична підтримуюча реабілітаційна допомога.

У хірургії, при запланованих операціях доцільним буде надати пацієнту реабілітаційні послуги в межах передопераційного періоду. Це дасть змогу навчити пацієнта тим вправам та активностям, які будуть виконуватись у післяопераційному періоді (наприклад, вправи на тренажерах, складнокоординаційні вправи, навчання зміні положення тіла, пересідання у крісло колісне, формування навичок самообслуговування з урахуванням можливостей пацієнта після операції, тощо) та покращити обмін речовин, що прискорить відновлення після операції.

Етапи реабілітації. На відміну від періодів, етапність реабілітації буде стосуватись кожного пацієнта, який потребує реабілітаційної допомоги. І кожен пацієнт має проходити всі три етапи. Причиною тому є два явища: інертність фізіологічних процесів та адаптація. Інертність фізіологічних процесів зумовлює поступове збільшення навантаження, а для адаптації необхідне навантаження порогової величини. Втім, дати навантаження порогової величини на початку реабілітації може бути небезпечним. Тому в реабілітації виділяють є три етапи: початковий, розвиваючий, підтримуючий.

Початковий етап необхідний для формування у пацієнта розуміння особливостей реабілітаційного процесу, індивідуалізації та оптимізації реабілітаційних втручань, запобіганню травм та перенавтажень. Тривалість початкового етапу залежить від стану здоров'я, функціонального стану, попереднього

досвіду та адаптаційних резервів пацієнта. Орієнтовно цей період буде тривати від декількох днів до 1-2 місяців. В більшості випадків тривалість буде від 2 до 4 тижнів. Завданнями цього етапу будуть:

- знайомство з реабілітаційним процесом;
- опанування техніки виконання та методики проведення втручань;
- розвиток методів контролю, зокрема й рухового контролю;
- адаптація організму до нових, раніше невідомих стимулів.

Розвиваючий етап необхідний для стимулювання відновних процесів, розвитку необхідних функцій та активностей за МКФ, розширення функціональних можливостей та адаптаційних резервів, формування необхідних рефлексів. Цей етап триває від завершення початкового етапу до відновлення/компенсації необхідного функціонування. Завданнями розвиваючого етапу є:

- поступове збільшення навантаження та стимулів до порогової та максимальної величини;
- поєднання специфічної стимуляції втрачених функцій з комплексним впливом на весь організм;
- відновлення або опанування необхідним видам активності та участі, зокрема і адаптивним;
- освіта пацієнта здорового способу життя, ергономіці на роботі та у побуті для запобігання рецидивам захворювання, навчання самообслуговуванню тощо.

Підтримуючий етап необхідний для збереження досягнутого рівня функціонування та профілактики повторних випадків захворювання. Якщо стан здоров'я, внаслідок якого пацієнт звернувся по реабілітацію повністю відновився (наприклад після перелому руки), то в такому разі це буде заключний етап, під час якого необхідно сформулювати систему знань для збереження здоров'я. В такому випадку реабілітація може бути завершена, але пацієнту в подальшому важливо забезпечити підтримку досягнутого функціонування у сфері фітнесу, спорту або рекреації. Для пацієнтів, в яких стан здоров'я не піддається повному відновленню слід підтримувати наявний рівень функціонування подальшими реабілітаційними втручаннями. До завдань підтримуючого етапу відносять:

- подальше стимулювання та розвиток функцій та всього організму;
- залучення до системи фітнесу, спорту та рекреації;
- навчання методам підтримання здорового способу життя;
- профілактика розвитку ускладнень.

Обсяги реабілітаційної допомоги. Для визначення обсягу реабілітаційної допомоги використовують такі поняття, як: година реабілітації, реабілітаційна сесія, реабілітаційний цикл [5, п. 3]. Реабілітаційний цикл складається з декількох реабілітаційних сесій. При цьому в одному циклі буде декілька втручань. Кожен з етапів надання реабілітаційної допомоги складається не менш як з одного реабілітаційного циклу [5, п. 23]. При значній тривалості реабілітаційної допомоги реабілітаційне обстеження проводиться не рідше одного разу у два тижні [5, п. 25]. Обсяг реабілітаційної допомоги слід дозувати як в межах кількості реабілітаційних сесій чи циклів в межах етапів, такі і в межах кожного дня. Для цього визначають добовий обсяг реабілітаційної допомоги, який поділяють на [5, п. 5]:

- високий обсяг – від 3 годин реабілітації на добу або від 15 годин на тиждень;
- середній обсяг – від 1 до 2 годин реабілітації на добу або від 5 до 10 годин на тиждень;
- низький обсяг – до 1 години реабілітації на добу або до 5 годин на тиждень.

Режими реабілітаційних втручань. Режим реабілітаційного втручання описують трьома характеристиками – ступенем участі пацієнта, руховим режимом та рівнем навантаження.

Ступінь участі вказує на залученість пацієнта до виконання процедури або дії. Якщо пацієнт робить все сам – це активний режим. Якщо дію або процедуру виконує пацієнту терапевт – це пасивний режим.

Рівень навантаження вказує на сприйняття (відчуття) пацієнтом навантаження, яке виконується. За рівнем навантаження втручання бувають: холості – пацієнт не відчуває навантаження, процедура не дає відчуттів навантаження або болю, дія виконується пасивно; легкі – пацієнт докладає мінімальне зусилля, може виконувати процедуру або дію скільки завгодно, приріст втоми майже не відчувається, пацієнт хоче

збільшити навантаження; нижче середніх – пацієнт докладає мало зусиль, відчуває повільний приріст втоми але за потреби може суттєво збільшити навантаження; середні – пацієнт докладає не багато і не мало зусиль, відчуває повільний приріст втоми, за потреби може відчутно збільшити навантаження; вище середніх – пацієнт докладає багато зусиль, відчуває активний приріст втоми але за потреби може збільшити навантаження, виникає бажання полегшити інтенсивність; важкі – пацієнт докладає суттєвих зусиль, відчуває швидкий приріст втоми але за потреби може незначно збільшити навантаження, має думки про завершення процедури або дії; максимальні – пацієнт не здатний збільшити навантаження, має сильне бажання відмовитись від процедури або дії; відмова від продовження – пацієнт не здатний витримати навантаження, пацієнт зупиняється від навантаження під час дії або процедури, відмовляється від продовження. Це відчуття стосується як активних так і пасивних методів. При цьому слід враховувати і об'єм (кількість разів, хвилин, сесій тощо) так і інтенсивність навантаження (кілограми, зусилля, рівень болю при розтягненні, потужність дії приладу тощо). Ці режими можуть стосуватись як всього тіла, так і частини тіла або системи. Слід зазначити, що в реабілітації є поширеним оцінювання інтенсивності навантаження за Шкалою Борга (RPE або CR10), однак її нелінійний розподіл приводить до плутанини та невизначеності.

Рухові режими. Суворий ліжковий – пацієнт майже знерухомлено проводить весь день в положенні лежачи у ліжку. Рухова активність різко обмежена. Допускається виконання холостих та легких вправ, переважно в пасивному та пасивно-активному режимах за відсутності протипоказів у ділянці, що рухається. Вправи спрямовані на зменшення застійних явищ у легенях та м'яких тканинах. Реалізація базових потреб (приймання їжі, гігієна, туалет) відбувається з допомогою персоналу. Розширений ліжковий – пацієнт проводить весь день у ліжку. Вдень поведінка у ліжку активна, пацієнт може сидіти. Рухова активність спрямована на профілактику ускладнень збереження функціонування та відновлення втраченого функціонування. Інтенсивність навантаження: у в. п. лежачи: холоста-

середня; у в. п. сидячи: холоста-нижче середнього інтенсивність. Фізіологічна крива навантаження має один підйом в основній частині заняття. Реалізація базових потреб за необхідності відбувається з допомогою персоналу. Напівліжковий – пацієнт проводить пів дня у ліжку, пів дня сидячи або ходячи по палаті/коридору. Рухова активність спрямована на профілактику ускладнень та відновлення втраченого функціонування. Інтенсивність навантаження: у в. п. лежачи або сидячи: холоста-середня інтенсивність; у в. п. стоячи: легка, ходьба по прямій. Фізіологічна крива навантаження має від двох до чотирьох підйомів в основній частині заняття. Вільний – пацієнт більшу частину дня перебуває за межами палати, може ходити по сходах, виходити на вулицю. Рухова активність спрямована на відновлення втраченого функціонування. Інтенсивність навантаження варіюється від холостого до вище середнього. Фізіологічна крива навантаження має від чотирьох підйомів в основній частині заняття. Щадно-тренуючий – пацієнт відвідує амбулаторне реабілітаційне відділення. Рухова активність спрямована подальше відновлення втраченого функціонування. Інтенсивність навантаження варіюється від холостого до середнього. Фізіологічна крива навантаження має від чотирьох підйомів в основній частині заняття. Тренуючий – пацієнт відвідує амбулаторне реабілітаційне відділення. Рухова активність спрямована максимально можливе відновлення втраченого функціонування або підтримання досягнутого. Інтенсивність навантаження варіюється від холостого до максимального. Фізіологічна крива навантаження має від чотирьох підйомів в основній частині заняття.

При плануванні режиму реабілітаційних втручань враховують стан пацієнта, рівень його підготовленості (тренуваності, адаптованості). Ступінь участі та рівень навантаження може відрізнятись на пошкодженій та неушкоджених ділянках тіла. Так само режим реабілітаційних втручань може бути різним для різних системи організму. Під час гострого реабілітаційного періоду залежно від показань застосовують пасивні, пасивно-активні та активно-пасивні методи. Для пацієнтів у тяжкому стані віддають перевагу пасивним методам. Під час післягострого та довготривалого

реабілітаційного періоду застосовують як пасивні так і активні методи. Однак перевагу віддають активним методам, тоді як пасивні методи будуть доповнювати активні.

На рисунку 2. представлена схема застосування різних за ступенем залученості пацієнта методів в залежності від періоду та тривалості реабілітації. На схемі видно, що

чим більша кількість реабілітаційних сесій, тим менше пасивних методів застосовують. Слід також врахувати, що цей графік зміниться в залежності від того, чи проходив пацієнт реабілітацію на попередніх етапах. Якщо проходив, то наступний етап почнеться з ступеню участі, який був досягнутий на попередньому етапі.

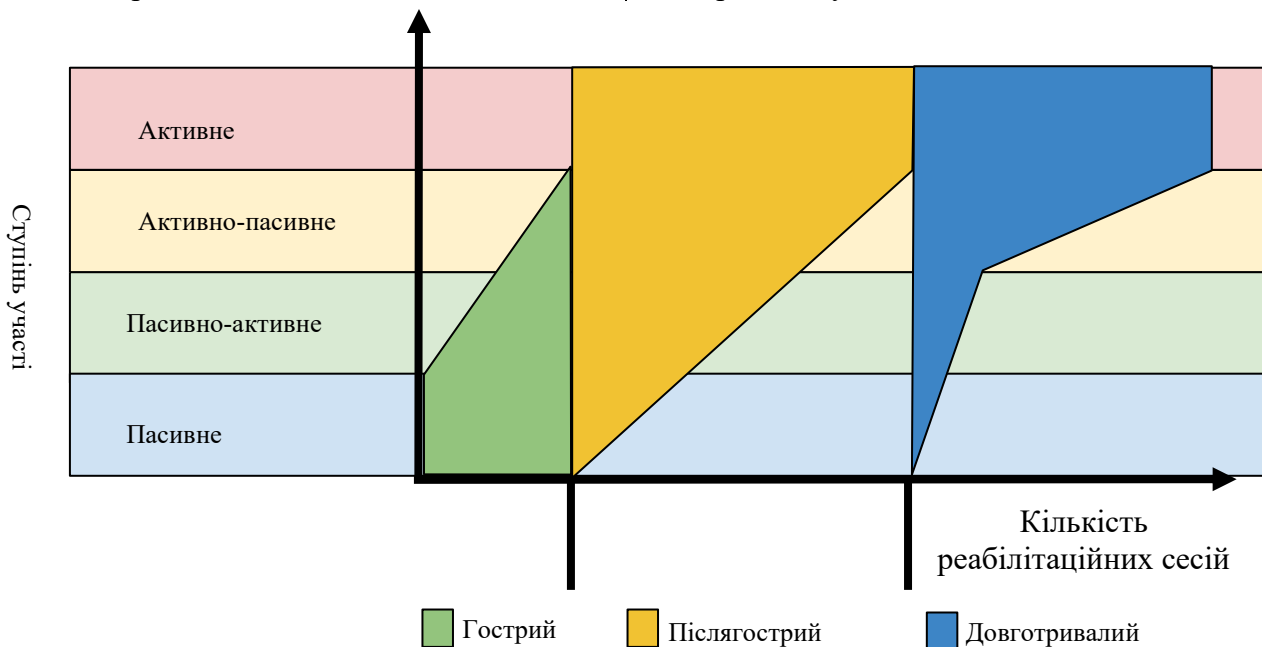


Рис. 2. Схема застосування різних за ступенем залученості пацієнта методів в залежності від періоду та тривалості реабілітації

Стосовно рівня навантаження, то воно аналогічно ступеню участі залежить від рівня підготовленості (тренуваності, адаптованості) пацієнта та від періоду й етапу реабілітації. Так, на гострому етапі реабілітації навантаження буде спрямоване на профілактику ускладнень та стабілізацію стану пацієнта. Найчастіше будуть призначати навантаження холостого та легкого рівня. Але в залежності від конкретного випадку, стабільних та нескладних станах здоров'я при відсутності протипоказів навантаження може бути збільшене й до середнього рівня для окремих частин тіла чи організму або навіть для всього організму (Рисунок 3).

На післягострому та довготривалому періодах типовим буде поступове збільшення навантаження від легкого до важкого. Поступовість такого збільшення залежить від конкретного стану людини, але як орієнтир можна застосувати прогресію навантаження за об'ємом або інтенсивністю не більш як на 10 % на тиждень. Чи далі тим менший приріст навантаження буде.

Стратегічно-управлінські та практично-виконавчі документи. При аналізі нормативно-правових документів, було визначено, що індивідуальний реабілітаційний план (ІРП) та програма терапії [5] за своїм змістом є стратегічними документами, які необхідні більше менеджерам та суб'єктам, що оплачують реабілітаційні послуги, для контролю та звітності. Відповідно до вимог чинного законодавства, складовими реабілітаційного плану є [8, ст. 23, 7, ст. 36]: загальна мета реабілітації завдання реабілітації з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення; реабілітаційний прогноз; послідовність періодів та етапів надання реабілітаційної; перелік необхідних реабілітаційних заходів та методів; місце (місця) проведення реабілітаційних заходів; перелік фахівців з реабілітації; перелік необхідного реабілітаційного та іншого обладнання; можливих потреб у продовженні надання реабілітаційної допомоги в іншому реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі відповідно до рівня

функціональних обмежень, можливостей, побажань, очікувань, прагнень особи, яка потребує реабілітації.

Програма терапії – документ, в якому фахівець з реабілітації визначає комплекс узгоджених видів, форм, змісту, обсягів та строків реабілітаційних заходів, що мають бути здійсненні стосовно особи, яка потребує реабілітації, і які спрямовані на досягнення мети та вирішення реабілітаційних завдань, з визначенням порядку і місця проведення

таких заходів з урахуванням факторів середовища [8]. Однак, відповідно до ПКМУ “Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я” [5] програма терапії містить: паспортну інформацію, перелік медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги, результати обстеження, перелік реабілітаційних втручань, перелік необхідних допоміжних засобів реабілітації.

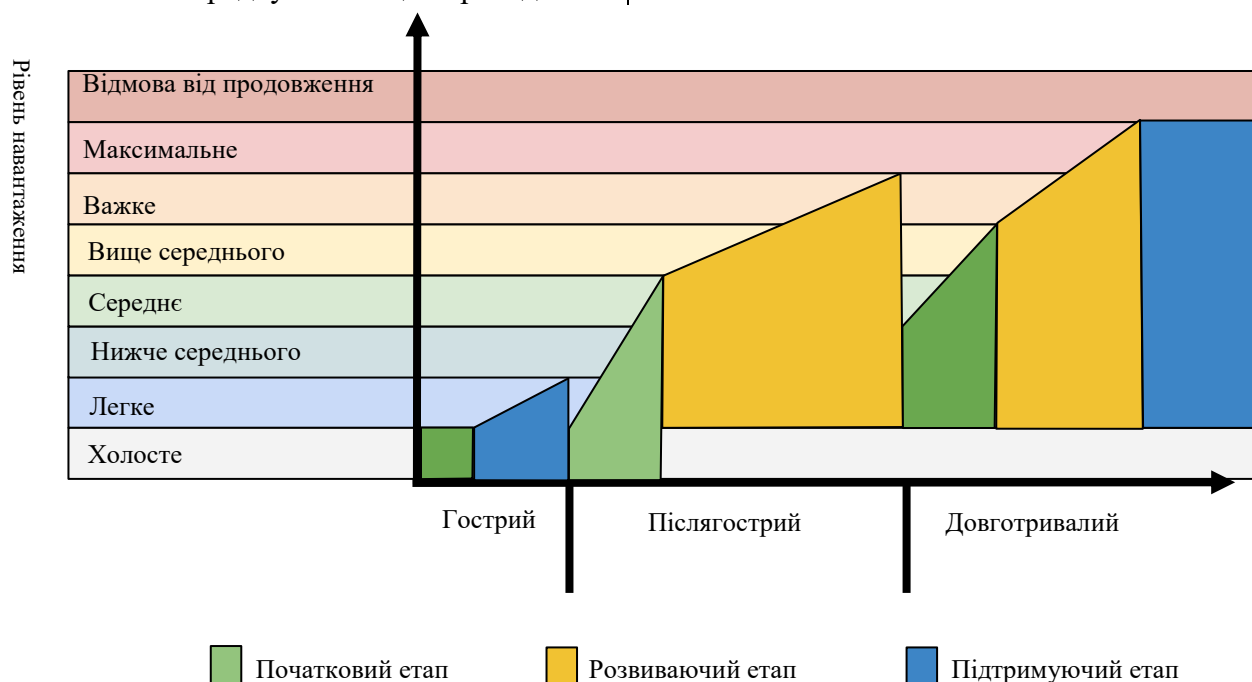


Рис. 3. Графік допустимих рівнів навантаження під час гострого, післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів на початковому, розвиваючому та підтримуючому етапах

Проаналізувавши зміст документів, визначені у ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я» та ПКМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я» бачимо, що для пацієнта та терапевта ІРП та програма терапії є лише фундаментом, що формує загальне уявлення про вектор руху. Для безпосереднього надання реабілітаційних послуг фахівець має створити періодизацію та програму терапевтичних сесій. Якщо ІРП та програма терапії є стратегічними документами, то періодизація є документом для тактичного планування, а програма терапевтичних сесій – результатом оперативного планування. Для спрощення термінології доцільним буде внесення змін до ПКМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я» та заміна назви “програма терапії” на іншу, адже програма має містити дані про перелік прийомів, їх дозування та організаційно

методичні вказівки, які будуть реалізовані під час терапевтичної сесії безпосередньо під час взаємодії фахівця з реабілітації з пацієнтом.

Періодизація реабілітаційного процесу передбачає поділ втручань на певні цикли та етапи, що дозволяє фахівцю встановити конкретні завдання на кожен період (з визначенням цільових показників обстеження), проводити адекватне дозування навантаження відповідно до стану пацієнта, своєчасно змінювати методи та засоби терапії.

Як правило періодизацію формують у вигляді таблиці в якій зазначають:

- перелік періодів та етапів реабілітаційного процесу,
- розклад заходів та етапів реабілітаційного циклу (день тижня, час, назву реабілітаційного заходу та етапу реабілітаційного циклу),

- завдання та критерії переходу на наступний етап та період (контрольні точки, маркери).

Для кожного періоду мають бути визначені «контрольні точки» (маркери), які вказують на прогрес. Це можуть бути конкретні результати тестів, рівень болю за ВАШ або відновлення певної функції чи активності. Якщо маркер буде досягнуто раніше терміну – навантаження збільшується, а пацієнт переходить на наступний етап/період. Якщо ні – програма переглядається та адаптується під стан пацієнта. Правильно сформована періодизація реабілітаційного процесу формує бачення всього процесу реабілітації від початку до кінця.

Програма терапії – це деталізований покроковий план кожної сесії (заняття). В програмі необхідно визначити послідовність всіх методів та прийомів. Окрім основних методів реабілітації слід запланувати й комплементарні методи терапії (нейрофідбек, релаксація, спа-процедури, рекреаційні заходи, заняття фітнесом). Вони допомагають знизити рівень стресу, покращити психоемоційний стан та підготувати нервову систему до процесів нейропластичності. Дозування та врахування загального навантаження. Планування інтенсивності втручань не повинно обмежуватися лише часом у реабілітаційному закладі. Фахівець має враховувати сумарне навантаження на організм пацієнта та його ресурси, що включає: якість та тривалість сну; рівень втоми від основної роботи (якщо пацієнт працює); фізичне, емоційне та розумове навантаження від роботи, побуту та дозвілля; об'єм та інтенсивність реабілітаційного

навантаження. Адекватне відновлення є такою ж важливою частиною плану, як і самі реабілітаційні стимули.

5. ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМКУ

На основі теоретичного аналізу нормативно-правової бази та науково-методичної літератури встановлено, що сучасні підходи до планування реабілітації мають переважно стратегічно-управлінський характер, що створює методичну прогалину у діяльності фахівців практичної ланки. Виокремлено та систематизовано ключові компоненти періодизації, що дозволило усунути термінологічну неузгодженість між територіальним підходом (місце надання допомоги) та функціональним (стан пацієнта). Визначено, що період є часовою характеристикою, тоді як етап – методичною характеристикою реабілітаційного процесу. Здійснено чітке розмежування документів, що забезпечують реабілітаційний цикл. Так, індивідуальний реабілітаційний план (ІРП) визначено як стратегічно-управлінський документ, а періодизацію та програму терапії – як документи практично-виконавчого рівня. Розроблено цілісну модель систематизації компонентів періодизації, яка інтегрує часові показники, з режимом реабілітаційних втручань, що сприяє визначенню рівня навантаження, ступню участі пацієнта та рухового режиму в межах кожного періоду, етапу та сесії, що є необхідною основою для формування ефективних індивідуальних реабілітаційних програм.

Література

1. Баннікова Р. Побудова програми фізичної реабілітації осіб із травматичним ураженням мозку, яка заснована на міжнародній класифікації функціонування / Р. Баннікова, К. Калінкін, О. Остроушко // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки. - 2018. - № 29. - С. 81-88.
2. Зозуля І. С. Організація та надання медичної допомоги при гострих порушеннях мозкового кровообігу на догоспітальному та госпітальному етапах / І. С. Зозуля, А. О. Волосовець, А. І. Зозуля // Укр. мед. часопис. – 2016. – № 4 (114). – С. 24-29.
3. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації» – Тернопіль: ТНМУ, 2020. – 130 с.
4. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. / О.В. Бісмак, Н.Г. Мельнік. – Х.: Вид-во Бровін О.В., 2010 – 120 с. (Українською мовою).
5. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України 3.11.2021 р. № 1268. Кабінет Міністрів України. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text] (Дата звернення: 07.12.2025).

6. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2022 № 2083. Міністерство охорони здоров'я України. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text] (Дата звернення: 07.12.2025).
7. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. Верховна Рада України. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text] (Дата звернення: 07.12.2025).
8. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. Верховна Рада України. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text] (Дата звернення: 07.12.2025).
9. Сучасні аспекти реабілітації та ведення посттравматичних станів / Міжнародна науково-практична конференція. Одеса, 15 грудня 2023 року / Матеріали конференції. – Одеса: ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України», 2024 – 72 с.
10. Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика : матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції / відповід. ред. Т. В. Бугаєнко, наук. ред. О. М. Звіряка. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2023. – 146 с.
11. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини: Навчальний посібник / Ред. В.П.Лисенюк.- К., 2001.- 70с.
12. Фізична терапія та ерготерапія в педіатрії : метод. вказ. до проведення практичного заняття магістрів 2-го курсу IV мед. ф-ту / упоряд. А. Г. Істомін, К. І. Терешкін, А. С. Сушецька та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 32 с
13. Сучасний погляд на фізичну реабілітацію наслідків гострих порушень мозкового кровообігу у пізньому відновному періоді / Р. Баннікова, В. Керестей, Ю. Магнусевський // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. - 2017. - № 1. - С. 47-52. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/TMFVS_2017_1_10
14. Onopriyenko, O.P., and T.V. Kolosova. "Urgent Modern Trends in Disability Assessment After a Stroke, Life Activity Criteria According to the ICF and Principles of Neurorehabilitation (literature Review and Own Research)". INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL, vol. 20, no. 8, Jan. 2025, pp. 446-53, doi:10.22141/2224-0713.20.8.2024.1128.

References

1. Bannikova R. Pobudova prohramy fizychnoi reabilitatsii osib iz travmatychnym urazhenniam mozku, yaka zasnovana na mizhnarodnii klasyfikatsii funktsionuvannya / R. Bannikova, K. Kalinkin, O. Ostroushko // Molodizhnyi naukovyi visnyk Skhidnoievropeiskoho natsionalnogo universytetu im. Lesi Ukrainky. - 2018. - № 29. - S. 81-88.
2. Zozulia I. S. Orhanizatsiia ta nadання medychnoi dopomohy pry hostrykh porushenniakh mozkovoho krovoobihu na dohospitalnomu ta hospitalnomu etapakh / I. S. Zozulia, A. O. Volosovets, A. I. Zozulia // Ukr. med. chasopys. – 2016. – № 4 (114). – S. 24–29.
3. Materialy Vseukrainskoi naukovy-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu «Perspektyvy rozvytku medychnoi ta fizychnoi reabilitatsii» – Ternopil: TNMU, 2020. – 130 s.
4. Osnovy fizychnoi reabilitatsii: navch. posib. / O.V. Bismak, N.H. Melnik. – Kh.: Vyd-vo Brovin O.V., 2010 – 120 s. (Ukrainskoiu movoiu).
5. Pytannia orhanizatsii reabilitatsii u sferi okhorony zdorovia: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy 3.11.2021 r. № 1268. Kabinet Ministriv Ukrainy. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text] (Data zvernennia: 07.12.2025).
6. Pro zatverdzhennia Poriadku orhanizatsii nadання reabilitatsiinoi dopomohy na reabilitatsiinykh marshrutakh: Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 16.11.2022 № 2083. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text] (Data zvernennia: 07.12.2025).
7. Pro reabilitatsiiu osib z invalidnistiu v Ukraini: Zakon Ukrainy vid 06.10.2005 № 2961-IV. Verkhovna Rada Ukrainy. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text] (Data zvernennia: 07.12.2025).
8. Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia: Zakon Ukrainy vid 03.12.2020 № 1053-IX. Verkhovna Rada Ukrainy. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text] (Data zvernennia: 07.12.2025).
9. Suchasni aspekty reabilitatsii ta vedennia posttravmatychnykh staniv / Mizhnarodna naukovy-praktychna konferentsiia. Odessa, 15 hrudnia 2023 roku / Materialy konferentsii. – Odessa: DU «Ukr. NDI MR ta K MOZ Ukrainy», 2024 – 72 s.
10. Suchasni problemy fizychnoi terapii ta erhoterapii: teoriia i praktyka : materialy I Mizhnarodnoi naukovy-praktychnoi konferentsii / vidpovid. red. T. V. Buhaienko, nauk. red. O. M. Zviriaaka. – Sumy : SumDPU imeni A. S. Makarenka, 2023. – 146 s.
11. Suchasni standarty ta kryterii v haluzi reabilitatsiinoi medytsyny: Navchalnyi posibnyk / Red. V.P.Lyseniuk.- K., 2001.- 70s.
12. Fizychna terapiia ta erhoterapiia v pediatrii : metod. vказ. do provedennia praktychnoho zaniattia mahistriv 2-ho kursu IV med. f-tu / uporiad. A. H. Istomin, K. I. Tereshkin, A. S. Sushetska ta in. – Kharkiv : KhNMU, 2020. – 32 s
13. Cuchasnyi pohliad na fizychnu reabilitatsiiu naslidkiv hostrykh porushen mozkovoho krovoobihu u piznomu vidnovnomu periodi / R. Bannikova, V. Kerestei, Yu. Mahnushevskiy // Teoriia i metodyka fizychnoho vykhovannia i sportu. - 2017. - № 1. - S. 47-52. - Rezhym dostupu: http://nbuv.gov.ua/UJRN/TMFVS_2017_1_10
14. Onopriyenko, O.P., and T.V. Kolosova. "Urgent Modern Trends in Disability Assessment After a Stroke, Life Activity Criteria According to the ICF and Principles of Neurorehabilitation (literature Review and Own Research)". INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL, vol. 20, no. 8, Jan. 2025, pp. 446-53, doi:10.22141/2224-0713.20.8.2024.1128.

Abstract
BILYI Volodymyr
Khmelnitskyi National University

**SYSTEMATIZATION OF COMPONENTS OF REHABILITATION PROCESS PERIODIZATION AND
THERAPEUTIC SESSION PROGRAMS**

The article presents the results of a study aimed at systematizing the components of rehabilitation process periodization and therapeutic session programs. Based on an in-depth analysis of the regulatory framework and contemporary scientific literature, a significant methodological gap between strategic planning documents and the practical implementation of rehabilitation interventions has been identified. Existing regulatory documents predominantly perform managerial and reporting functions and do not provide sufficient methodological guidance for specialists directly involved in rehabilitation practice.

The study substantiates the feasibility of introducing periodization as a tactical planning tool that ensures consistency between the individual rehabilitation plan and therapy programs while enhancing the effectiveness of intervention delivery. The conceptual framework of rehabilitation periodization is clarified, where a period is defined as a temporal characteristic of the rehabilitation process, whereas a stage is interpreted as a methodological characteristic determined by specific therapeutic objectives and patient functional status.

Key components of rehabilitation periodization are systematized, including rehabilitation periods and stages, intervention volumes, degree of patient participation, load levels, and motor regimes. The proposed model integrates temporal characteristics with rehabilitation intervention modes, enabling accurate dosing of load intensity, selection of appropriate motor regimes, and regulation of patient involvement at each period, stage, and session of rehabilitation.

Scientific novelty lies in the development of a comprehensive and function-oriented model of rehabilitation periodization that eliminates terminological inconsistencies, shifts the focus from territorial to functional planning principles, and serves as a methodological basis for the formation of individualized rehabilitation programs. The proposed approach facilitates coherent tactical and operational planning, improves adaptability of therapeutic interventions, and contributes to higher rehabilitation efficiency and patient-centered care.

Keywords: effectiveness; intervention planning model; program planning; individual rehabilitation plan; periodization; rehabilitation process; therapy program.

Стаття надійшла до редакції / Received 30.11.2025
Прийнята до друку / Accepted 26.12.2025