

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO IM. JERZEGO KUKUCZKI W KATOWICACH										
WYDZIAŁ FIZJOTERAPII										
KIERUNEK: FIZJOTERAPIA										
PROFIL KSZTAŁCENIA: OGÓLNOAKADEMICKI										
Moduł	NIE DOTYCZY									
Przedmiot	PROGRAMOWANIE FIZJOTERAPII WIEKU ROZWOJOWEGO									
Rodzaj przedmiotu	Obowiązkowy									
Koordynator przedmiotu	Dr hab. Małgorzata Matyja, prof. AWF									
Treści programowe przedmiotu oparte na dorobku naukowym pracowników AWF w Katowicach										Tak
GRUPA ZAJĘĆ										
Liczba godzi w poszczególnych semestrach i punkty ECTS	I ROK		II ROK		III ROK		IV ROK		V ROK	
	sem. 1	sem. 2	sem. 3	sem. 4	sem. 5	sem. 6	sem. 7	sem. 8	sem. 9	sem. 10
Wykład (godz./ECTS)										
Ćwiczenia (godz./ECTS)									39/1,5	
Praca własna (godz./ECTS)									26/1	
OCENA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ	Zaliczenie na OCENĘ, Egzamin.									
CELE PRZEDMIOTU	Opanowanie umiejętności samodzielnej diagnozy, wnioskowania oraz zaplanowania terapii dla pacjenta w wieku rozwojowym w różnych jednostkach klinicznych.									
EFEKTY UCZENIA SIĘ										
Wiedza – efekty wymienione w standardach	W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie: D.W1. etiologię, patomechanizm, objawy i przebieg dysfunkcji narządu ruchu w pediatrii, neurologii dziecięcej, w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii; D.W 2. zasady diagnozowania oraz ogólne zasady i sposoby leczenia najczęstszych dysfunkcji narządu ruchu w pediatrii, neurologii dziecięcej, w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii.									
Wiedza – efekty nie wymienione w standardach	W1. Absolwent zna i rozumie sposoby diagnozowania stosowane w wieku rozwojowym w oparciu o przegląd literatury światowej									
Umiejętności – efekty wymienione w standardach	W zakresie umiejętności absolwent potrafi: D.U 24. planować, dobierać – w zależności od stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta – i prowadzić postępowanie fizjoterapeutyczne u dzieci i młodzieży z chorobami układu ruchu, takimi jak: wady wrodzone, wady postawy ciała, jałowe martwice kości; D.U 26. planować, dobierać – w zależności od stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta – i prowadzić postępowanie fizjoterapeutyczne u dzieci i młodzieży z zaburzeniami ruchowymi pochodzenia ośrodkowego, mózgowym porażeniem dziecięcym, z dysrafizmem rdzeniowym, z chorobami nerwowo-mięśniowymi, z okołoporodowymi uszkodzeniami splotów i nerwów obwodowych, z neuro- i miogennymi zanikami mięśni (atrofiami i dystrofiami mięśniowymi); D.U 27. instruować opiekunów dzieci w zakresie tzw. pielęgnacji ruchowej, oraz dzieci i ich opiekunów w zakresie wykonywania ćwiczeń w domu, sposobu posługiwania się wyrobami medycznymi oraz wykorzystywania przedmiotów użytku codziennego w celach terapeutycznych;									
Umiejętności – efekty nie wymienione w standardach	Absolwent potrafi: U1. wykorzystać w planowaniu fizjoterapii wybrane metody stosowane w wieku rozwojowym w oparciu o przegląd literatury światowej.									
Kompetencje społeczne	KS1. Absolwent zna swoje ograniczenia i ma poczucie dalszego samokształcenia.									
WARUNKI WSTĘPNE	Student ma podstawy anatomii, fizjologii oraz metodyki prowadzenia terapii neurorozwojowej									
TEMATYKA PRZEDMIOTU										
1. Programowanie usprawniania noworodków i niemowląt w oparciu o diagnostykę: HPR. Prechtla, V.Vojty i E.Köng, Brunet-Lezine. 2. Programowanie usprawniania małych dzieci (2-6 lat) z nieznacznymi zaburzeniami posturalno-motorycznymi neurorozwojowymi w oparciu o ocenę postawy ciała i poziomu rozwoju motorycznego wg KIF. 3. Programowanie usprawniania dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego w oparciu o test TSFI. 4. Programowanie usprawniania dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego w oparciu o obserwację kliniczną i testy południowokalifornijskie J. Ayres . 5. Programowanie rehabilitacji dzieci z uwzględnieniem postaci mózgowego porażenia (spastyczne-niespastyczne), poziomu funkcjonalnego wg GMFCS z uwzględnieniem zaopatrzenia ortopedycznego. 6. Programowanie usprawniania dzieci chodzących (GMFCS I i II) z mózgowym porażeniem dziecięcym w oparciu o skalę stabilizacji tułowia (TCMS Trunk Control Movement Scale) i typ chodu wg klasyfikacji M. Bonikowskiego.										

7. Programowanie usprawniania dzieci z cięższymi postaciami mózgowego porażenia (GMFCS III-V) z uwzględnieniem zaopatrzenia ortopedycznego ułatwiającego pionizację.
8. Programowanie rehabilitacji u dzieci z dysrafizmem rdzeniowym w zależności od klasyfikacji Sharrarda.
9. Programowanie rehabilitacji w uszkodzeniach nerwów obwodowych, w polineuropatiach, w chorobach o podłożu nerwowo-mięśniowym, w chorobach pierwotnie mięśniowych i wrodzonych wadach układu ruchu.

LITERATURA PODSTAWOWA (* - numer z gwiazdką oznacza dzieło pracownika AWF w Katowicach)

1. Banaszek G. Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty. Bielsko-Biała : "Alfa-Medica Press", Banaszek G. Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty. Bielsko-Biała : "Alfa-Medica Press", cop. 2004.
2. Brunet, O., Lezine I: Skala rozwoju psychomotoryki dziecka 0–3. W: Wybrane metody diagnozowania i prognozowania rozwoju dziecka do lat 3. Red. M. John-Borys. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 1997.
3. Bonikowski M.: Zastosowanie laboratoryjnej analizy chodu opartej na systemach wideo w neurorehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. [W]: Maciąg I. (red.) Rehabilitacja w chorobach dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 2012.
4. Cieszyńska J. Korenda M. Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6 roku życia, Wydawnictwo Edukacyjne Kraków 2007.
5. Hellbrügge Th.: Monachijska funkcjonalna diagnostyka rozwojowa 1 i 2, Antykwa, Kraków, 1994.
6. Klimont L., Szot Z. Obserwacja rozwoju dziecka urodzonego przedwcześnie na podstawie badania ruchów spontanicznych wg Prechtl. Fizjoterapia Polska, 2006, Volume 6, Nr 2 157-162.
7. Kowalik S.: Rola rehabilitacji w rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie – co lekarze powinni o tym wiedzieć. Med. Prakt., 2019; 1: 137–141.
8. Kuliński W., Zeman K. (red.). Fizjoterapia w pediatrii. Warszawa : Wydaw. Lekarskie PZWL 2012.
9. Michalska, A., Boksa, E., Wendorff, J., & Wiktor, P. Jakość życia dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym i niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane uwarunkowania społeczno-demograficzne." *Neurologia Dziecięca* 21.42 (2012): 35-44.
10. *Matyja M., Domagała I.: Wczesna diagnoza zaburzeń integracji sensorycznej na podstawie testu funkcji sensorycznych dla niemowląt. Zeszyty Naukowo-Metodyczne, AWF, Katowice 2004.
11. *Matyja M., Domagała M. Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów, AWF Katowice 2015.
12. *Matyja M. Choroby przewlekłe narządu ruchu w: Biomedyczne podstawy rozwoju dziecka specjalnych i specyficznych potrzeb edukacyjnych. Red. A. Zwierzchowska - Biomedyczne i pedagogiczne podstawy rozwoju i oceny dziecka specjalnych potrzeb edukacyjnych. AWF, Katowice 2016.
13. *Nowotny J., Saulicz E., Gieremek K. Podstawy fizjoterapii: teoria, metodyka, praktyka. Podręcznik dla studentów AWF. Cz. 2 Katowice, Wyd. AWF, 2000.
14. Orth H. Terapia metodą Vojty. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2013.
15. Przyrowski Z. Integracja sensomotoryczna, Empis, Warszawa 2012.
16. Sadowska L., Dziewulski M. Neurofizjologiczne podstawy diagnostyki i terapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Warszawa: Wyższa Szkoła Mazowiecka, 2012. 6.
17. UCHWAŁA NR 386/I KRF KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW z dnia 17 maja 2019 r. w sprawie przyjęcia Wytocznych do zapisywania w dokumentacji medycznej badania i terapii pediatrycznej.

LITERATURA UZUPEŁNIAJĄCA (* - numer z gwiazdką oznacza dzieło pracownika AWF w Katowicach)

- * Gogola A, Matyja M. :Zmienność i wariantowość wzorców ruchowych dzieci od urodzenia do szóstego roku życia. Wydaw. AWF im. J. Kukuczki w Katowicach, 2023.
1. Einspieler C, Bos AF, Libertus ME, Marschik PB. The General Movement Assessment Helps Us to Identify Preterm Infants at Risk for Cognitive Dysfunction. *Front Psychol.* 2016; Mar 22;7:406.
 2. Einspieler C, Prechtl HFR. Prechtl's assessment of general movements: a diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews.* 2005;11(1): 61-72.
 3. Hayrman L. Molenares G, Desloovere K., Verheyden G. Cat J.D, Monbaliu E., Feys H.: A clinical tool to measure trunk control in children with cerebral palsy: The Trunk Control Movement Scale *Research in Developmental Disabilities* 2011 (32) 2624 -2635.
 4. Management Of Cerebral Palsy In Children: A Guide For Allied Health Professionals. er GL2018_006. H17/42928-1. 2023.
 5. Novak, I., Morgan, C., Fahey, M., Finch-Edmondson, M., Galea, C., Hines, A., Langdon, K., Namara, M. M., Paton, M. C., Popat, H., Shore, B., Khamis, A., Stanton, E., Finemore, O. P., Tricks, A., Te Velde, A., Dark, L., Morton, N., & Badawi, N. (2020). State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Current neurology and neuroscience reports*, 20(2), 3. <https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z>.

WYBRANE PUBLIKACJE NAUKOWE PRACOWNIKÓW AWF W KATOWICACH DOTYCZĄCE TEMATYKI PRZEDMIOTU

- Gogola A, Gnat R, Dziób D, Gwóźdź M, Zaborowska M. The impact of the neurodevelopmental traction technique on activation of lateral abdominal muscles in children aged 11–13 years. *NeuroRehabilitation*, 2016, 39(2), 183-190.
- Gogola A, Gnat R, Dziób D, Gwóźdź M, Zaborowska M. Asymmetry of activation of lateral abdominal muscles during the neurodevelopmental traction technique. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2017.
- Gogola A, Matyja M, Żoczek K, Wodzisz P. Analyze of relation between passive stiffness of pelvic girdle muscles and foot architecture in preschool children, *Physiotherapy and Health Activity*, 2017 (25) 32-37.

<p>Rutka M, Myśliwiec A, Wolny T, Gogola A, Linek P. Influence of Chest and Diaphragm Manual Therapy on the Spirometry Parameters in Patients with Cerebral Palsy: A Pilot Study. <i>BioMed Research International</i>, 2021, Article ID 6263973, 7 pages https://doi.org/10.1155/2021/6263973</p> <p>Kuszeński MT, Gnat R, Gogola A. The impact of core muscles training on the range of anterior pelvic tilt in subjects with increased stiffness of the hamstrings. <i>Human Movement Science</i>, 2018, (57), 32–39</p> <p>Gogola A., Matyja M, Gnat R., Masłowska A, Kobylarczyk B. Specificity of manual testing of the gluteal muscle strength in preschool children: a single-center cross-sectional study. <i>Physiotherapy Review</i>, 2023, 27(4), 65-74</p>	
METODY NAUCZANIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prezentacje w Power Point przygotowane przez studentów i przez prowadzących 2. Demonstracja pracy z dzieckiem (diagnoza i dostosowana do diagnozy terapia) 3. Dyskusja dydaktyczna
POMOCE NAUKOWE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rzutnik multimedialny 2. Fantomy terapeutyczne 3. Filmy dydaktyczne 4. Demonstracje pracy z dziećmi, praca z dziećmi
PROJEKTY	Opracowanie narzędzi klinicznych oraz laboratoryjnych w celu oceny napięcia posturalnego u niemowląt; Badania statutowe uczelni AWF Katowice 2017-06-01-2020-06-28
METODY ZALICZENIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odpowiedź ustna. 2. Sprawdzian umiejętności praktycznych.
KRYTERIA OCENY EFEKTÓW UCZENIA SIĘ	<ol style="list-style-type: none"> 2,0 – student nie osiągnął wymaganych efektów uczenia się (punktacja poniżej 50%) 3,0 – student osiągnął efekty uczenia się w stopniu dostatecznym (51 do 60%) 3,5 – student osiągnął efekty uczenia się w stopniu dostatecznym plus (61 do 70%) 4,0 – student osiągnął efekty uczenia się w stopniu dobrym (71 do 80%) 4,5 – student osiągnął efekty uczenia się w stopniu dobrym plus (81 do 90%) 5,0 – student osiągnął efekty uczenia się w stopniu bardzo dobrym (91 do 100%)