

Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет імені Лесі Українки
Медичний факультет
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Наталія Грейда

**СТРАХУВАННЯ, ПЕРЕМІЩЕННЯ ТА ПОЗИЦІОНУВАННЯ У
ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

Методичні рекомендації для проведення лабораторних робіт



Луцьк, 2022

УДК 615.825(075.8)

Г80

Рекомендовано до друку науково-методичною радою Волинського
національного університету імені Лесі Українки
(Протокол № 6 від 23 лютого 2022 р.)

Рецензенти:

Якобсон Олена Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічної медицини Волинського національного університету імені Лесі Українки

Гордійчук Віктор Іванович - кандидат наук з фізичного виховання та спорту, завідувач кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету "Україна"

Грейда Н.Б., Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії: методичні рекомендації для проведення лабораторних робіт. Луцьк, 2022. 43 с.

У методичних рекомендаціях дано обґрунтування застосування різних засобів страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії, які використовується для оптимізації функціональних можливостей після перенесених травм, порушень опорно-рухового апарату, вертикалізації пацієнтів, полегшення переміщення та пристосування до побутових умов.

Рекомендовано здобувачам освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія», які вивчають навчальну дисципліну «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії», фахівцям з фізичної терапії (реабілітації). Будуть корисними для науковців та викладачів в галузі охорони здоров'я.

УДК615. 825(075.8)

Г80

© Грейда Н.Б., 2022.

© Волинський національний

університет імені Лесі Українки, 2022

ЗМІСТ

Анотація курсу	4
Опис навчальної дисципліни.....	8
Структура навчальної дисципліни	8
Тематичний план лабораторних занять	9
Методичні рекомендації до виконання лабораторних робіт	10
Завдання для самостійного опрацювання.....	34
Політика оцінювання	35
Підсумковий контроль	38
Список використаних джерел	39

АНОТАЦІЯ КУРСУ

Навчальна дисципліна «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» - це особливості навчання техніки переміщення та навичкам самообслуговування осіб після травм, осіб з вродженими та набутими дефектами опорно-рухового апарату та осіб з інвалідністю. Вибір методів та засобів фізичної терапії та ерготерапії залежить від загального стану хворого, наявності супутніх захворювань та ускладнень, а також після консультації з лікуючим лікарем щодо наявних протипоказів та застережень. Якнайшвидший початок процесу реабілітації (вже у відділенні інтенсивної терапії) сприяє покращенню загального стану пацієнта та суттєво знижує ризик появи вторинних ускладнень (відлежани, контрактури, дихальні ускладнення тощо). Фізична терапія та ерготерапія проводиться після стабілізації стану пацієнта. Заняття розпочинаються лише після бесіди з пацієнтом на тему усвідомлення необхідності навчання новим руховим діям. Свідома та активна участь пацієнта, його власна мотивація та розуміння потреби до навчання в разі сприяє досягненню ефективного результату та самостійності пацієнта.

Основний принцип запропонованої програми фізичної терапії - виконання рухових дій спочатку в полегшених умовах, потім - в умовах стаціонарної палати чи кімнати, та розвиток тих фізичних якостей, які необхідні для виконання специфічних рухових дій. Поступове навчання правильним (простим і складним) рухам призводить до їх нейрорефлекторного закріплення у вигляді вмінь та навичок.

Всі цілі фізичної терапії щодо навичок переміщення та елементів самообслуговування формуються спільно з пацієнтом та/або родичами згідно з принципом МКФ: Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я (2001).

Пререквізити (попередні курси, на яких базується вивчення дисципліни) - нормальна анатомія людини (за професійним спрямуванням);

нормальна фізіологія людини (за професійним спрямуванням); функціональна анатомія; долікарська медична допомога; основи загальної патології; обстеження, методи оцінки та контролю при порушенні діяльності серцево-судинної та дихальної системи; терапевтичні вправи; основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії (вступ до спеціальності); основи медичних знань та медична термінологія; клінічний реабілітаційний менеджмент при порушенні діяльності серцево-судинної та дихальної систем; біомеханіка та клінічна кінезіологія (за професійним спрямуванням).

Постреквізити (дисципліни, для вивчення яких потрібні знання, вміння і навички, що здобуваються після закінчення вивчення даної дисципліни) – основи медико-соціальної реабілітації; основи ерготерапії та функціональне тренування; обстеження, методи оцінки та контролю при порушенні діяльності нервової системи; клінічний реабілітаційний менеджмент при неврологічних дисфункціях.

Метою викладання навчальної дисципліни «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» є формування у студентів цілісного уявлення про методіку фізичної терапії та ерготерапії, яка спрямована на поступове навчання правильним (простим і складним) рухам; вертикалізацію пацієнта; використання допоміжних засобів переміщення та страхування.

Основним завданням дисципліни «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» є:

- сформувати у студентів цілісне уявлення про методіку фізичної терапії та ерготерапії, яка спрямована на поступове навчання правильним рухам;
- *навчити особливостям* використання допоміжних засобів в оволодінні основними руховими навичками;
- виробити базові навички розробки індивідуальної реабілітаційної програми застосування *засобів та методів* полегшення оволодіння *руховими навичками*;

- навчити класифікувати рухові навички в залежності від впливу на організм людини;
- забезпечити уміння розвивати ті фізичні якості, які необхідні для виконання специфічних рухових дій.

До завершення навчання студенти повинні:

знати:

- класифікацію та характеристику основних засобів поступового навчання правильним рухам;
 - основні показання та протипоказання до застосування засобів навчання правильним рухам на різних етапах реабілітації;
 - засоби фізичної терапії та ерготерапії для ліквідації, або компенсації рухових порушень та активності;
 - основні допоміжні засоби та інвентар, що використовуються при проведенні ерготерапії;
 - методики навчання вертикалізації та самостійному переміщенню;
 - реабілітаційний вплив засобів та методів фізичної терапії та ерготерапії при порушенні діяльності опорно-рухового апарату;
 - реабілітаційний вплив засобів фізичної терапії та ерготерапії при неврологічних розладах;
 - обґрунтувати правила використання методики навчання рухових дій в полегшених та ускладнених умовах;
 - визначити правила в оволодінні основними руховими навичками, які необхідні для виконання різних рухових дій.
-

вміти:

- застосовувати основні засоби поступового навчання правильним рухам;
- виконувати та навчити застосовувати засоби навчання правильним рухам на різних етапах реабілітації;
- виконувати та навчити застосовувати засоби фізичної терапії та ерготерапії для ліквідації, або компенсації рухових порушень та активності;
- виконувати та навчити застосовувати засоби та методи фізичної терапії та ерготерапії при порушенні діяльності опорно-рухового апарату;
- виконувати та навчити застосовувати засоби та методи фізичної терапії та ерготерапії при неврологічних розладах;
- безпечно та ефективно виконувати програму виконання рухових дій в полегшених та ускладнених умовах;
- безпечно та ефективно виконувати програму в оволодінні основними руховими навичками, які необхідні для виконання різних рухових дій;
- застосовувати засоби ерготерапії, які допомагають та полегшують процес переміщення в умовах власного житла та поза домашнім житлом;
- демонструвати підбір тростини;
- демонструвати підбір підпахвових милиць;
- демонструвати підбір підліктьових милиць (канадка);
- здійснювати страховку при ходьбі пацієнта без милиць;
- здійснювати страховку при ходьбі пацієнта з милицями;
- демонструвати навички ходи з милицями: без навантаження травмованої кінцівки;
- демонструвати навички ходи з милицями: з частковим навантаженням травмованої кінцівки;
- демонструвати навички піднімання та спускання по сходах з милицями.
- демонструвати навички ходьби з ходунками.

ОПИС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Найменування показників	Галузь знань, спеціальність, освітня програма, освітній ступінь	Характеристика навчальної дисципліни
Денна форма навчання	Галузь знань: 22 - Охорона здоров'я	Нормативна
Кількість годин/кредитів <u>90/3</u>		Рік навчання <u>4</u> Семестр <u>7-ий</u> Лекції 20 год. Лабораторні заняття 30 год.
ІНДЗ: <u>намає</u>	Спеціальність: 227 - фізична терапія, ерготерапія	Самостійна робота 34 год. Консультації 6 год. Форма контролю: залік
	Освітньо-професійна програма: фізична терапія, ерготерапія	
	Освітній ступінь: Бакалавр на базі ПЗСО	

СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Назви змістових модулів і тем	Усього	Лек.	Лабор.	Сам. роб.	Конс.	*Форма контролю/ Бали
Змістовий модуль 1. Методичні основи навчання правильним рухам осіб, які потребують сторонньої допомоги та осіб з інвалідністю						
Тема 1. Характеристика навчання правильним рухам та вертикалізації пацієнтів	8	2	2	4	-	ДС РМГ/5
Тема 2. Характеристика страховки при переміщенні без допоміжних засобів та з допоміжними засобами пересування	11	2	4	4	1	ДС РМГ/5
Тема 3. Класифікація, характеристика, підбір допоміжних засобів пересування	13	4	4	4	1	ДС РМГ/5
Тема 4. Організація переміщення пацієнта (підготовка, принципи, застереження, варіанти класифікацій переміщень)	13	4	4	4	1	ДС ДБ

						РМГ/5
Разом за модулем 1	43	12	14	16	3	20
Змістовий модуль 2. Формування практичної моделі пересування із застосуванням допоміжних засобів переміщення						
Тема 5. Моделі пересування при застосуванні підпахвових та підліктювих милиць	13	2	4	4	1	ДС РМГ/5
Тема 6. Моделі пересування при застосуванні статичних та динамічних ходунців	13	2	4	4	1	ДС РМГ/5
Тема 7. Моделі пересування при застосуванні одноопорної та чотириопорної тростини	11	2	4	4	1	ДС РМГ/5
Тема 8. Моделі пересування на інвалідному візку	12	2	4	6	-	ДС РМГ/5
Разом за модулем 2	47	8	16	18	3	20
Види підсумкових робіт						Бал
Модульна контрольна робота №1						30
Модульна контрольна робота №2						30
Всього годин / Балів	90	20	30	34	6	100

*Форма контролю: ДС – дискусія, ДБ – дебати, Т – тести, ТР – тренінг, РЗ/К – розв’язування задач / кейсів, ІНДЗ / ІРС – індивідуальне завдання / індивідуальна робота студента, РМГ – робота в малих групах, МКР / КР – модульна контрольна робота/ контрольна робота, Р – реферат, а також аналітична записка, аналітичне есе, аналіз твору тощо.

Тематичний план лабораторних занять

1. Загальні методичні вимоги до підбору допоміжних засобів пересування та страховки для осіб з інвалідністю.
2. Демонстрація підбору тростини.
3. Демонстрація підбору підпахвових милиць.
4. Демонстрація підбору підліктювих милиць (канадка).
5. Страховка при ходьбі пацієнта з милицями.
6. Демонстрація навички ходи з милицями: без навантаження травмованої кінцівки.

7. Демонстрація навички ходи з милицями: з частковим навантаженням травмованої кінцівки.
8. Демонстрація навички піднімання та спускання по сходах з милицями.
9. Демонстрація навички ходьби з ходунками.
10. Види ходунків. Типи конструкцій ходунків.
11. Стілець-туалет-реабілітаційне обладнання. Засоби для душу.
12. Демонстрація навички перевертання пацієнта на бік після ендопротезування кульшового (колінного) суглобу.
13. Демонстрація навички пересування пацієнта на бік після ендопротезування кульшового (колінного) суглобу.
14. Переміщення у візку. Піднімання на бордюру. Спускання з бордюру.
15. Переміщення у візку. Піднімання на сходи. Спускання зі сходів.

Методичні рекомендації до виконання лабораторних робіт

Тема 1. Загальні методичні вимоги до підбору допоміжних засобів пересування та страховки для осіб з інвалідністю

Короткий виклад змісту теми

Вибір необхідного засобу реабілітації залежить від серйозності та характеру захворювань або травм, від віку та загального стану клієнта (пацієнта), і здійснюється лікуючим лікарем. Будуть це підпахвові милиці або канадки (милиці під лікоть), ходунки чи просто тростина – залежить від ситуації, але в будь-якому випадку вони повинні повністю виконувати покладені на них функції. Найчастіше буває так, що реабілітація після травм починається зі звичайних милиць, потім пацієнт переходить на ліктюві, і завершується процес відновлення останнім етапом з ходунками та палицею.



1. Коли хворий може ходити та стояти, але нога або ампутована, або її заборонено навантажувати, що має місце на самому початку реабілітації, то однозначно знадобляться пахвові милиці. У випадках, коли хворий ослаблений, але якось пересуватися потрібно, ходунки підійдуть більше.
2. Якщо ж у хворого вистачає сил самому стояти або початковий етап відновлення вже завершено і пахвові милиці цілком освоєні, а також дозволено навантажувати хвору кінцівку, то можна розглядати підлокітні милиці або іншими словами – канадки.
3. У разі, коли хворому при пересуванні на невеликі відстані необхідно додаткове розвантаження постраждалої ноги, можна взяти багатоопорну тростину – вона надасть більшої стійкості, на відміну від звичайної. Також вона більше підійде людям, що перенесли інсульт.
4. Звичайна тростина буде доречною, коли хворий вже набрався достатньо сил, щоб самостійно пересуватися, але потрібна незначна допомога, щоб знизити навантаження на хвору ногу.

Тема 2. Демонстрація підбору тростини

Короткий виклад змісту теми

При підборі тростини потрібно в положенні стоячи, розслабити плечі, опустити руки, щоб сама низька точка опори ручки була на рівні зап'ястя. При ходьбі потрібно, щоб лікоть був зігнутий під кутом 15-25°. Під час ходьби тростина знаходиться на боці здорової кінцівки.

Перший спосіб переміщення (полегшений):

- виставляємо вперед тростину;
- робимо крок хворою ногою;
- приставляємо здорову ногу.

Другий спосіб переміщення :

- одночасно виставляємо вперед тростину і хвору ногу;
- приставляємо здорову.

Якщо тростина буде використовуватися зі взуттям на підборах різної висоти, то потрібно вибрати тростину, яка регулюється, щоб легко підганяти її під необхідну висоту. Потрібно переконатися, що у пацієнта правильний обхват ручки палиці. Краще вибрати ручку великого діаметра та дивитися, щоб пальці не змикалися – так її набагато легше тримати на протязі тривалого часу. Треба звернути увагу на сам наконечник – важливо, щоб він був з гуми, діаметром в межах 2,5-5 см та обов'язково змінним. Його обов'язково потрібно регулярно перевіряти й своєчасно замінювати. Це збільшує зчеплення з поверхнею, отже і безпеку пацієнта.



Тема 3. Демонстрація підбору підпахвових милиць

Короткий виклад змісту теми

На самому початку посттравматичної реабілітації найоптимальніше рішення – підпахвові милиці, так як з ними пацієнт отримує тверду опору та можливість не навантажувати хвору ногу. Але їх не можна використовувати тривалий час, бо це тягне за собою багато неприємних моментів у вигляді больових відчуттів в плечах та оніміння верхніх кінцівок. Головною умовою комфортного переміщення на милицях – їх правильний підбір. Довжина милиці у положенні стоячи не повинна підіймати надпліччя, а рукоятка — розташовуватись на рівні великих вертелів стегон. Все це дає можливість при ходьбі спиратися переважно на кисті, що зменшує навантаження на пахвові ділянки.

Основні параметри, які враховуються – це загальна висота милиць та місце опори для долонь.



Для розрахунку орієнтовної висоти милиць потрібно від росту пацієнта (в см) відняти 40 см. Пацієнт повинен бути у тому взутті, яке він буде носити в процесі відновлення за допомогою милиць. Милиця ставиться біля грудної клітки користувача, а її наконечник в 15-20 см від стопи. Верхня перекладина повинна знаходитись на 4-5 см нижче від рівня пахви, щоб перекладина не тиснула в неї і упор припадав на долоні рук.

Для розрахунку місця опори для долонь хворий опирається на милиці, згинаючи руки під кутом 30° . Перекладина повинна бути на рівні долоней. Якщо пацієнт стоїть, опустивши руки вздовж тулуба, опора повинна знаходитись трішки вище рівня зап'ястя.

Якщо після підгонки милиць під час пересування пацієнт відчуває тиск в районі пахв – їх потрібно вкоротити, а якщо в процесі ходьби надмірно навантажуються руки замість плечей – подовжити. В обох випадках їх треба відрегулювати – заради комфорту користувача, так як неправильний підбір милиць може призвести до паралічу променевого нерва. Цей стан характеризується слабкістю зап'ястя та долоні, втратою чутливості тильної сторони руки. Параліч проходить після нормалізації тиску, але краще не допускати його появи.

Тема 4. Демонстрація підбору підліктювих милиць (канадка)

Короткий виклад змісту теми

Під час тривалого періоду відновлення лікарі переводять пацієнтів на підліктюві милиці (канадки) з огляду на їх більшу маневреність та легкість.

В процесі підбору ліктювих милиць – перше, що необхідно відрегулювати – це положення рукояток і манжет. Для цього рука просовується в саму манжету, а наконечник милиці розташовується на 5-10 см латеральніше і на 10-15 см попереду від кінчиків пальців кожної стопи. Потрібно врахувати, що лікоть потрібно зігнути під кутом $15-25^\circ$. Сама утримуюча манжета повинна бути на 5-7 см нижче від ліктювого згину за умови, що зріст в межах 160-170 см. Якщо вище 180 см – манжета відсувається на 10 см від ліктя, а якщо нижче 150 см – на 4,5-5 см. Найкраще проводити примірку відразу на пацієнтові – канадка одягається на руку, хворий сидячи на стільці, направляє наконечник прямо вгору при зігнутому лікті на 90° .



Після проведення замірів, потрібно перевірити чи вірно підібрані канадки – хворий стає прямо й опускає руки – лінія, де знаходиться вигин зап'ястя, повинен рівнятися верхньому рівню рукоятки. Якщо вона вища – це означає, що милиці коротші, ніж потрібно, якщо нижче – задовгі. Ще потрібно враховувати, що манжета не повинна:

- перетискати передпліччя, інакше це загрожує потертостями й дуже неприємними відчуттями;
- бовтатися – в такому випадку хворий має ризик весь час втрачати свої милиці.

Використовуючи милиці потрібно пам'ятати:

- маса тіла повинна навантажувати не пахви, а руки, інакше можна отримати пошкодження в районі перших;
- милиці завжди виставляються вперед на 10-15 см від краю ноги.
- опорні стійки розташовуються якомога ближче до грудей – це сприяє поліпшенню рівноваги;
- у процесі ходьби голову потрібно тримати прямо, а тулуб рівно.

Тема 5. Страхівка при ходьбі пацієнта з милицями

Короткий виклад змісту теми

Під час того, як пацієнта починають навчати пересуванню рівною поверхнею, обов'язковим є використання поясу для ходьби. Фізичний терапевт повинен взятися за нього рукою на середині спини пацієнта. Не можна для цього використовувати одяг пацієнта, його пояс для штанів чи руку. На всіх етапах навчання потрібна страхівка, при цьому **потрібно перебувати з ураженого боку** трохи позаду та дещо збоку від пацієнта. Однією рукою фізичний терапевт бере за пояс для ходьби знизу, так, щоб долоня була скерована догори, а рука зігнута в лікті, іншу руку кладе зверху на плече пацієнта, але так, щоб не перешкоджати його рухам або не порушувати рівновагу пацієнта. Можна також утримувати руку над плечем пацієнта, але при цьому потрібно бути готовим швидко схопити його за плече. У деяких випадках практикують утримання навскоси через грудну клітку; при цьому треба пильнувати, щоб рука фізичного терапевта не змістилася на шию чи горло пацієнта.



Одна нога («дальня») фахівця повинна бути розташована між ногою пацієнта й засобом допомоги при ходьбі, інша («ближня») – позаду ноги пацієнта. Пересуватися потрібно в тому ж напрямку, що і пацієнт, крок у крок. «Дальню» ногу треба пересувати одночасно з переміщенням технічного засобу допомоги, а

«ближню» - одночасно з переміщенням ноги пацієнта. Не рекомендують стояти перед пацієнтом, оскільки це не дозволить фахівцю легко переміщатися разом з пацієнтом і прикриватиме поле зору пацієнта.

Якщо пацієнт втрачає рівновагу й падає вперед потрібно підтримати його за пояс для ходьби; при цьому здійснити поштовх у ділянці тазу вперед і потягнути назад за плече чи верхню частину грудей. Після цього треба допомогти пацієнту відновити рівновагу і прийняти положення стоячи. У деяких випадках корисно йому дозволити злегка опертися на фізичного терапевта.

Якщо пацієнт падає назад, потрібно повернутися так, щоб одне з плечей фахівця було повернуте в напрямку до спини пацієнта і площа опори фізичного терапевта в передньо-задньому напрямку була розширена. Треба штовхнути таз пацієнта вперед і дозволити йому опертися на фізичного терапевта. Допомогти йому відновити рівновагу і прийняти положення стоячи.

Тема 6. Демонстрація навички ходи з милицями: без навантаження травмованої кінцівки

Короткий виклад змісту теми

Варіант 1 (полегшений):

1. Перед початком переміщення, щоб встати зі стільця або ліжка, милиці повинні бути з боку травмованої ноги. Пацієнт береться за них зсередини, передає одну милицю в іншу руку і, випрямивши ушкоджену кінцівку, обережно встає. Долоні на опорі.
2. Опираючись на обидві милиці, пацієнт переносить вагу тіла на здорову ногу. Згинає в коліні або випрямляє в коліні і згинає в кульшовому суглобі хвору ногу. Правильне розміщення милиць при ходьбі – не в безпосередній близькості до стопи, а на відстані 15-20 см в бік.
3. Милиці **по черзі** переставляються вперед на довжину кроку, потім пацієнт переносить вагу тіла на милиці, переносить хвору ногу вперед на один

рівень з милицями, утримує її на висі і переміщає здорову ногу на крок вперед.

Варіант 2 (ускладнений):

В подальшому можна переходити до ходьби, коли обидві милиці виносяться вперед одночасно.

1. Опираючись на обидві милиці, пацієнт переносить вагу тіла на здорову ногу. Згинає в коліні або випрямляє в коліні і згинає в кульшовому суглобі хвору ногу. Правильне розміщення милиць при ходьбі – не в безпосередній близькості до стопи, а на відстані 15-20 см в бік.
2. Милиці **одночасно** переставляються вперед на довжину кроку, потім пацієнт переносить вагу тіла на милиці, переносить хвору ногу вперед на один рівень з милицями, утримує її на висі і переміщає здорову ногу на крок вперед.

Коли людина стоїть з двома милицями, вони повинні бути розведені трохи в сторони – це надає особі більшої стійкості.

Тема 7. Демонстрація навички ходи з милицями: з частковим навантаженням травмованої кінцівки

Короткий виклад змісту теми

Чотириточкова модель

Її можна рекомендувати пацієнтам, які мають ослаблені м'язи, проблеми з підтриманням рівноваги чи значні больові відчуття. Її можна використати як відправну точку для розвитку координації пацієнта перед тим, як він перейде до використання двоточкової моделі. Виконують почергове й різнобічне переміщення уперед милиць і протилежної кінцівки пацієнта (наприклад, права милиця – ліва нога - ліва милиця – права нога). Це повільна модель пересування, але вона забезпечує велику стабільність і є найбільш безпечною в людних місцях. Вона не вимагає значних затрат енергії і може застосовуватися, коли пацієнт

потребує максимальної стабільності та рівноваги. Вона не нагадує нормальну модель ходи.

Двоточкова модель

Її можна рекомендувати пацієнтам, що мають ті ж самі проблеми, що і в попередньому випадку, але менш виражені. Виконують одночасне й різнобічне переміщення вперед милиць і протилежної кінцівки (наприклад, одночасно права милиця – ліва нога, одночасно ліва милиця – права нога). Це порівняно стабільна модель і швидша, ніж чотириточкова. Вона вимагає невеликих енергетичних затрат і дуже подібна до нормальної ходьби. Однак, вона вимагає від пацієнта координації при одночасному переміщенні вперед верхньої кінцівки і протилежної нижньої кінцівки. Пацієнт може переміщуватися швидше, але з меншою стабільністю, ніж при чотириточковій ходьбі.

Тема 8. Демонстрація навички піднімання та спускання по сходах з милицями

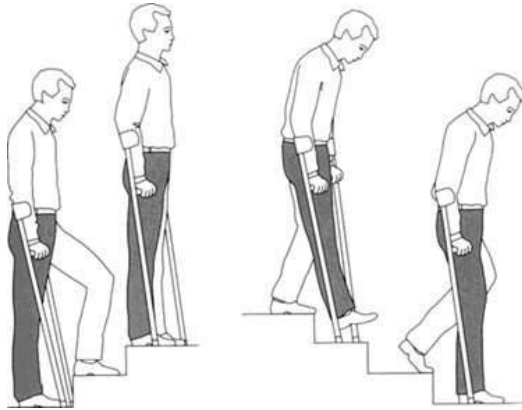
Короткий виклад змісту теми

Підніматися потрібно не поспішаючи, слідкуючи за рівновагою тіла. Для кращого розуміння алгоритму підйому можна пам'ятати вислів: здорова нога завжди вище, а хвора – нижче.

Варіант 1.

Піднімання по сходах з допомогою двох милиць з опорою на хвору ногу:

- пацієнт ставить сильнішу (здорову) ногу на сходинку вище;
- переставляє на сходинку дві милиці;
- переставляє на цю ж сходинку хвору ногу.



Термін використання милиць залежить від тяжкості травми, складності перенесеного оперативного втручання. Після ендопротезування суглобів він становить мінімум 6 тижнів. Після перелому гомілки може знадобитися від 1 до 2 місяців використання милиць. Тому правила користування милицями дуже важливі для комфортного та безпечного переміщення.

Спускатися потрібно не поспішаючи, слідкуючи за рівновагою тіла. Для кращого розуміння алгоритму спуску можна пам'ятати вислів: здорова нога завжди вище, а хвора – нижче. Фізичний терапевт повинен бути попереду і трохи збоку від пацієнта під кутом до нього.

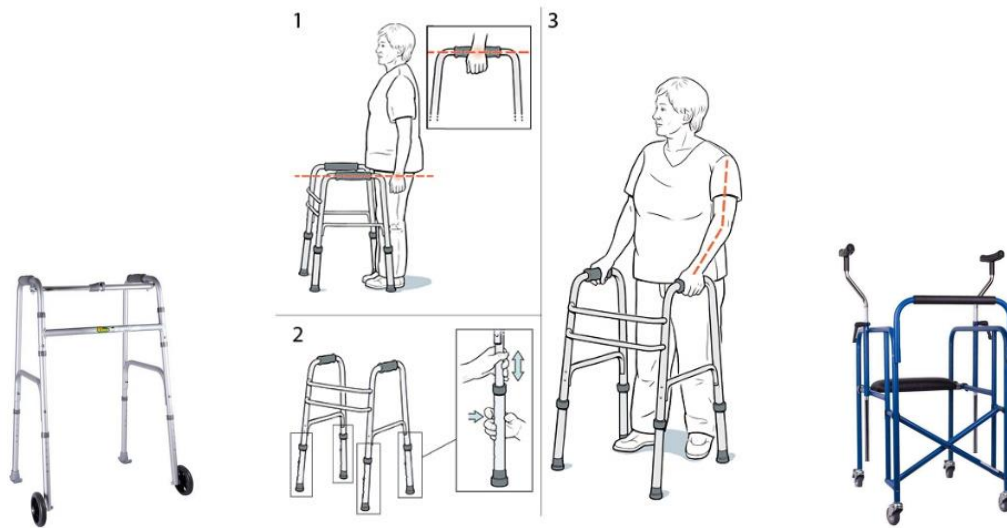


Спускання по сходах:

- милиці встановлюються на сходинку нижче;
- на цю ж сходинку пацієнт ставить хвору ногу;
- переставляє туди ж здорову ногу.

Тема 9. Демонстрація навички ходьби з ходунками

Короткий виклад змісту теми



Параметри, які повинні враховуватися при виборі:

Зріст. Ходунки повинні відповідати зросту того, кому вони призначаються. При вірно відрегульованих по висоті ходунках, рівень рукоятки відповідає рівню зап'ястя, якщо вони вище або нижче – це загрожує наслідками у вигляді болей у шії, плечах, спині та руках та порушенням постави.

Вага. Ходунки розраховані на навантаження вагою до 125-135 кг. Якщо пацієнт важить більше, то варто звернути увагу на посилений корпус ходунків, такі моделі в змозі витримати вагу до 225 кг, якщо ж він тендітної статури, то бажано вибирати полегшені моделі.

Рукоятки. Вони бувають з пластика або гуми. Якщо долоні пацієнта сильно пітніють, то звертати увагу на матеріал – бажано, щоб він був пористим або м'яким. Якщо у користувача є артрит, обхват рукояток не повинен бути маленькими – це буде незручно і навіть болісно для пацієнта.

Ніжки. Ходунки для дорослих бувають на трьох або чотирьох ногах. Моделі на трьох ногах, як правило, легші та більш маневрені, будуть краще для домашнього користування, на чотирьох – не такі зручні, але є більш стійкими і будуть краще для вуличних прогулянок.

Колеса і гальма. Вибираючи роллатор, треба звертати увагу на діаметр коліс. Маленькі підійдуть для приміщень, а великі – для прогулянок на свіжому повітрі. Ці моделі оснащуються гальмами: або пневматичними, або блокуючими.

Статичні ходунки використовують при частковому навантаженні на ногу. Задні ніжки повинні бути розміщені на рівні половини стопи пацієнта. *Динамічні ходунки (на колесах)* не рекомендовано використовувати при слабкості м'язів нижніх та /або верхніх кінцівок і порушенні дрібної моторики.

Варіант ходьби, якщо можна навантажувати ногу:

- вперед виставляється рамка;
- ставиться вперед хвора нога;
- робиться крок здоровою ногою.

Варіант ходьби, якщо не можна навантажувати ногу:

- вперед виставляється рамка;
- згинається в колінному суглобі або виставляється вперед хвора нога;
- робиться крок здоровою ногою.

Для ходьби за допомогою ходунків варто вибрати взуття з неслизькою підошвою. Маршрути пересування повинні бути очищеними від перешкод у вигляді різноманітних килимів та різного мотлоху. Також важлива наявність хорошого освітлення. Наконечники мають постійно перевірятися. У разі пошкоджень їх слід міняти. При русі не треба дивитися собі під ноги, а тільки вперед. Також не слід підходити близько до поперечини ходунків – це загрожує падінням через зменшення площі опори.

Правила поводження з ходунками: не нахилити ходунки; ходити з прямою спиною; перебувати всередині ходунків; не виставляти їх занадто далеко вперед; уникати підйомів по сходах або ескалаторах з ними; розподіляти масу тіла рівномірно, не завалюйтесь на одну сторону конструкції, бо можна впасти;

уникати мокрих та вологих поверхонь; не варто ходити з запамороченнями голови; уникати несправних ходунків.

Після операції, травми, затяжної хвороби людині важко самотійно пересуватися. В такому випадку лікарі рекомендують використовувати ходунки або роллатори – реабілітаційні засоби, які допомагають зберігати рівновагу, мінімізують навантаження на ноги і хребет. Пацієнт з ними стає більш мобільний і самостійний. Їх також часто використовують люди з надмірною вагою, літні, люди з інвалідністю.

Ходунки – це сконструйована спеціальним чином металева рама з ручками для опори, що імітує процес переміщення.

Деякі моделі мають відділення для речей, сидіння (їх зручно використовувати, коли людина втомилася і хоче відпочити). Купівля цього медичного пристосування – серйозний крок.

Ходунки для дорослих - це спеціальне медичне пристосування, яке використовується для реабілітації пацієнта після перенесених травм, операцій, захворювань опорно-рухового апарату, а також для більш комфортного пересування літніх людей та людей з інвалідністю. За допомогою цього пристрою людина може відновлювати фізичну активність, тренувати ослаблені м'язи, відчувати себе більш впевнено при пересуванні. Медтехніка такого типу являє собою металеву раму, обладнану ручками для опори, деякі моделі мають сидіння і відділення для перенесення сумок та інших предметів. Їх можливо використовувати для пересування як вдома, так і на вулиці. Ходунки для інвалідів дозволяють людині відчувати себе більш впевнено при ходьбі навіть на далекі відстані. Більш того, можливість пересуватися без сторонньої допомоги, самотійно обслуговувати себе і не залежати від інших - основні позитивні сторони використання інвалідних ходунків.

Тема 10. Види ходунків. Типи конструкцій ходунків

Короткий виклад змісту теми

Розрізняють такі види ходунків:

- Стационарні – практичні, стійкі, легкі моделі, які при ходьбі потрібно повністю піднімати.
- Крокуючі – ходунки, при використанні яких необхідно їх переставляти. На передніх ніжках можуть бути встановлені коліщатка, які полегшують пересування.
- Комбіновані – універсальні ходунки, які мають режим перемикання «крокуючі/фіксовані».
- Дворівневі – моделі, у яких є два рівня поручнів: верхні допомагають пересуватися по будинку і на вулиці, а нижні – вставати з ліжка і зі стільця.
- Пахвові – можуть використовуватися як заміна пахвових милиць. Стійкі і зручні в застосуванні.
- Роллатори – ходунки, всі чотири ніжки яких оснащені коліщатками. Підходять тим, хто швидко втомлюється при ходьбі. Не рекомендуються при порушенні координації. Для будинку можна придбати роллатор на маленьких коліщатах, а для прогулянок – модель з колесами побільше.

При виборі необхідно враховувати такі моменти:

- де будуть використовуватися ходунки (в приміщенні або на вулиці);
- постійно або тимчасово;
- вік людини, його зріст і вага, фізичні можливості.

Ходунки та роллатори для дорослих є конструкцією, яка створена, щоб допомагати та спрощувати людям з інвалідністю та людям похилого віку пересування у приміщеннях і на вулиці.

Основа конструкції будь-яких ходунків – легка металева рама, яка буває або на ніжках, або на колесах. Їх висота повинна досягати поясу, ширина - бути

трохи більше тулуба, а глибина - не більше 30 см. Кінцівки ніжок повинні бути захищені гумовими наконечниками, які є змінними. Матеріал ручок найчастіше – пластик або гума.

В цілому, ходунки рекомендуються лікарями для першого етапу реабілітації після різних травм, операцій, а також інсультів. Завдяки більшій стійкості та вищій комфортності в порівнянні з милицями та тростинами, вони дозволяють краще тримати рівновагу, а отже менше й рідше потрібна додаткова допомога інших людей. У процесі пересування за допомогою ходунків велика частина ваги покладена на саму конструкцію, що дозволяє полегшити координацію руху, максимально розвантажуючи ноги.

Типи конструкцій:

1. Стандартні або стаціонарні, фіксовані. Цей різновид є стійким, практичним і легким. Щоб пересуватися, людина повинна їх піднімати та переставляти.



2. Крокуючі або пересувні. Ходунки з колесами на передніх ніжках, а задні мають гумові наконечники, щоб не ковзати. При слабких руках є відмінним варіантом, так як не потребують піднімання – сторони просто переставляються по черзі в процесі руху. Застосовуються під час відновлення після різних травм і переломів. Також корисні для тренування координації.
3. Універсальні. Це симбіоз крокуючих і стаціонарних ходунків. Трансформація з пересувних в стаціонарні здійснюється шляхом фіксації шарнірних з'єднань.



4.

Роллатори чи ролери. Ходунки з колесами на всіх ніжках, завдяки яким користувач здатний досить швидко пересуватися. Бажано мати два варіанти – домашні та для вулиці. Різниця лише в діаметрі коліс – якщо для будинку краще брати модель з маленькими колесами, то для вулиці потрібен більш прохідний роллер з передніми поворотними колесами й бажано з сидінням для вимушеного відпочинку, яке відкидається. Також більшість з них комплектуються гальмами та кошиком для покупок.



5.

Дворівневі ходунки. Ідеальні для літніх людей, яким крім пересування, важлива ще можливість легкого підйому зі стільця або будь-який інший поверхні.

Такі моделі мають два рівня поручнів, з яких нижні допомагають встати, а верхні – пересуватися.

Ще є моделі, які складаються. Вони набагато зручніше в зберіганні та транспортуванні.

Тема 11. Стілець-туалет-реабілітаційне обладнання. Засоби для душі

Короткий виклад змісту теми

Комфортні умови, доброзичливе ставлення - необхідні умови для швидкого одужання. Для людей, яким важко відвідувати туалет, виробники розробили спеціальне пристосування - туалетні стільці.

Стілець-туалет-реабілітаційне обладнання, призначене для пацієнтів з повним або частковим занепадом сил, порушеннями рухових функцій, а також знаходяться на післяопераційному відновленні. Може використовуватися як в домашніх умовах, так і в умовах стаціонару, а регульована висота ніжок дозволить використовувати їх людям усіх вікових категорій.

Санітарні стілець для людей з інвалідністю стане незамінним помічником для осіб, які доглядають за хворими. Вони підходять пацієнтам з порушенням рухових функцій, в післяопераційний період, при повному або частковому занепаді сил.

Стілець розміщується поруч з ліжком хворого, може використовуватися як каталка. Туалетний стілець для людей з інвалідністю додатково оснащений відкидними підлокітниками, можна регулювати спинку і підголовник по висоті. Це медичне обладнання - незамінний помічник у догляді за хворими, літніми і слабкими людьми.

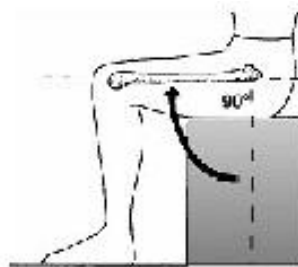


Рис. Правильне положення ніг під час сидіння

Особливості туалетних стільців

- стійка і надійна конструкція, що несе;
- регулюється положення сидіння по висоті ніжок;

- витримує вагу від 100 до 135 кг (посилені моделі - до 225 кг);
- стільчак з гігієнічного пластику швидко нагрівається до температури тіла;
- гумові наконечники на ніжках попереджають ковзання на підлозі;
- є моделі з прогумованими колесами (гальма стоять на двох або на всіх чотирьох колесах);
- підлокітники з м'якими насадками служать міцною опорою для рук, допомагають сідати і вставати;
- знімні кришка, сидіння і відро з окремою кришкою;
- може бути складним або стаціонарним (складну модель зручніше використовувати в домашніх умовах, транспортувати);
- є моделі-трансформери (перебудовуються в звичайне крісло-каталку або стілець для душової).

Підбір туалетного стільця

При виборі оптимального варіанту враховують вік, вага і фізіологічні особливості пацієнта. Для літньої людини, який насилу пересувається і обслуговує себе, рекомендуємо придбати приліжковий туалетний стілець. Для людей з інвалідністю та ослаблених хворих можна підібрати модель з відкидними підлокітниками - людині буде легше користуватися туалетом, переміщатися зі стільця на ліжку. Хворі, які можуть самостійно дійти до туалетної кімнати, підійдуть спеціальні насадки на унітаз, опорні поручні.

Важливо правильно налаштувати туалетний стілець: ноги людини повинні бути зігнуті під кутом 90 градусів (можливо, знадобиться додаткова підставка) - це найбільш стійке положення. В іншому випадку хворий, коли буде пересідати на ліжку, може впасти.

Тема 12. Демонстрація навички перевертання пацієнта на бік після ендопротезування кульшового (колінного) суглобу

Короткий виклад змісту теми

Ендопротезування кульшового суглоба – це операція із заміни кульшового суглоба. Суть цієї операції в тому, що зношені і зруйновані частини суглоба замінюють штучними. Саме ці штучні частини називають ендопротезами. Вони повністю повторюють анатомічні форми здорових суглобів, завдяки чому до людини повертається можливість повної амплітуди рухів. Перші дні після операції самі відповідальні, організм ослаблений після операції, не повністю відновлений після наркозу, але з перших годин після пробудження потрібно постійно слідкувати за положенням прооперованої ноги. Відразу після операції оперована нога вкладається у відведеному положенні. Між ніг пацієнта кладеться спеціальна подушка, яка забезпечує їх помірне розведення. Необхідно дотримуватися наступних вимог:

- контролювати, щоб пацієнт перші дні після операції спав лише на спині;
- дозволяти повертатися можна тільки на «неоперований» бік не раніше, ніж через 3 дні після операції з допомогою фізичного терапевта. Поворот на здоровий бік виконувати дуже обережно, постійно утримуючи оперовану ногу в положенні відведення.
- для страховки від вивиху рекомендується підкласти пацієнту між ногами спеціальну подушку;
- перші дні контролювати, щоб пацієнт не виконував різких рухів з великою амплітудою в оперованому суглобі, не робив різких поворотів ноги;
- заборонено обертальні рухи в кульшовому суглобі;
- спати на «неоперованому» боці можна не раніше, ніж через 2 тижні після операції

Тема 13. Демонстрація навички пересування пацієнта в ліжку після ендопротезування колінного суглобу

Короткий виклад змісту теми

Відновне лікування після операції на колінному суглобі є другим важливим етапом лікування хворого. Ендопротез колінного суглоба має складну будову та відновлення таких хворих потребує більш довготривалої фізичної терапії. Основним завданням фізичної терапії є: відновлення обсягу рухів; відновлення сили м'язів; покращення внутрішньо-суглобового середовища. Відновне лікування після операції на колінному суглобі починається з раннього післяопераційного періоду, під час якого хворому рекомендується ліжковий режим, іммобілізація, холод, тренування чотириголового м'яза стегна; цей період може зайняти час від кількох годин до 3 діб. Фізична терапія повинна розпочинатись відразу після операції. Однак рання активізація хворого вимагає адекватного знеболення в післяопераційному періоді. Ранню фізичну терапію розпочинають в день операції і в наступні дні продовжують.

День операції. Фізичний терапевт здійснює переведення двох нижніх кінцівок з положення 90° флексії колінних і кульшових суглобів позмінно в положення повної екстензії 0°. (Екстензія (від лат. *extendo, extentio* - витягування, випрямлення) — це рух в суглобі, що приводить до збільшення кута між зчленованими сегментами кінцівки; розгинання кінцівок або іншої частини тіла (*антонім флексія*)). Положення міняється через кожні 2 години. Виконуються дихальні вправи. З метою профілактики тромбоемболій проводиться активне тренування гомілковостопного суглоба і пальців стопи, обидві нижні кінцівки бинтуються еластичними бинтами знизу верх або одягаються еластичні панчохи. Вправа для литкових м'язів: відхиляти з легким напруженням стопи на себе і від себе, вправу виконувати по декілька хвилин до 5-6 разів протягом дня спочатку з допомогою фізичного терапевта, потім самостійно (рис.1).



Рис.1 Вправа для литкових м'язів

Перший день. Фізичний терапевт здійснює переведення двох нижніх кінцівок з одного положення в інше поперемінно через 4 години. Ізометричні скорочення чотириголового м'яза стегна (квадрицепса), дихальна гімнастика, вправи для верхніх кінцівок, вправи для неоперованої кінцівки, тренування черевних і спинних м'язів, виконання цих вправ продовжується протягом наступних днів. Вправа для м'язів стегна: прижати протилежну сторону колінного суглоба до ліжка і тримати навантаження 5-6 сек, потім повільно розслабитись (виконувати спочатку з допомогою фізичного терапевта, потім самостійно) (рис.2).



Рис.2. Вправа для м'язів стегна

Другий день. Продовження позиціювання через 6 годин. Динамічна вправа: ковзаючи ступнею по поверхні ліжка, підтягувати стегно до себе, згинаючи ногу в кульшовому та колінному суглобах, ковзаючи - вихідне положення. При виконанні цієї вправи фізичний терапевт допомагає пацієнту або пацієнт допомагає собі за допомогою полотенця або еластичного джгута, при цьому кут згинання в кульшовому та колінному суглобах не повинен перевищувати 120° (рис.3).

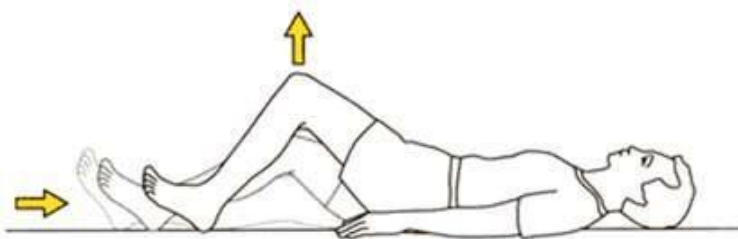


Рис.3. Динамічна вправа ковзання ступнями по поверхні ліжка

Третій день. Позичювання через 8 годин та активне тренування рухомості колінного суглоба відповідно до м'язового торсу екстензія (рух в суглобі, що приводить до збільшення кута між зчленованими сегментами кінцівки, розгинання кінцівок) / флексія (згинання кінцівок), особливо звертати увагу на екстензію, вправи на розтягнення м'язів задньої поверхні стегна.

Тема 14. Переміщення у візку. Піднімання на бордюру.

Спускання з бордюру

Короткий виклад змісту теми

По рівній поверхні

Пацієнт береться руками за обручі коліс у верхній точці (на рівні 12 годин) і штовхає колеса вперед чи назад, прикладаючи однакову силу до кожного обруча. Щоб повернути, потрібно притримати один обруч, штовхаючи інший, щоб виконати поворот швидше, можна одночасно тягнути один обруч і штовхати інший.

Піднімання на бордюру обличчям уперед

Пацієнт повинен розмістити візок перед бордюром. Фізичний терапевт повинен підняти передні колеса візка, натискаючи ногою в напрямку донизу і вперед на раму візка чи обмежувач перекидання та натискаючи руками на ручки в напрямку донизу і назад. Після цього візок штовхають уперед на задніх колесах доти, доки вони не доторкнуться до бордюру, а передні колеса не опиняться над

ним. Передні колеса опускають на бордюр і штовхають візок уперед, згинаючи руки в ліктях, щоб задні колеса піднялися на бордюр.

Людина у візку може допомогти, нахилиючи тулуб уперед і штовхаючи руками обручі коліс, якщо вона має досить сильну м'язову систему верхніх кінцівок і м'язи тулуба, а також добрий функціональний контроль над ними і достатньо розвинуте відчуття рівноваги. Цей метод є легший у використанні, забезпечує більший контроль за візком і вимагає менше зусиль від фізичного терапевта.

Піднімання на бордюр спиною вперед

Візок повинен бути розміщений так, щоб задні колеса доторкалися до бордюру, слід підняти передні колеса, відхиляючи візок назад. Фізичний терапевт тягне за ручки візка, піднімаючи його на бордюр. Тягнути слід доти, доки передні колеса не перейдуть через край бордюру, а тоді опустити їх на землю.

Особа у візку може допомогти, відхиляючись назад і тягнучи назад обручі коліс, коли візок піднімається на бордюр. Цей метод є складнішим, тому що вимагає більших зусиль від фізичного терапевта, щоб підняти візок на бордюр і контролювати його під час цього процесу,

Спускання з бордюру спиною вперед

Візок слід розмістити таким чином, щоб задні колеса були близько до бровки. Потрібно стати позаду візка і контролювати, як він повільно скочується з бордюру. Рух униз може бути сповільнений, якщо впертися у спинку візка стегном. Після того, як задні колеса стали на землю під бордюром, візок відкочують на задніх колесах від нього, доки передні колеса й підніжки не перейдуть через бровку, після чого опускають передні колеса на землю.

Особа у візку може допомагати, нахилиючи тулуб уперед і притримуючи руками обручі коліс. Цей метод є легшим у використанні, забезпечує більший контроль над візком і вимагає менше зусиль від фізичного терапевта.

Спускання з бордюру обличчям уперед

Візок слід розмістити таким чином, щоб передні колеса були впритул до бровки. Їх потрібно підняти в повітря й поступово штовхати візок уперед на задніх колесах, щоб він спустився на них із бордюру. Візок повинен знаходитися на задніх колесах, аж доки вони не стануть на землю під бордюром. Після цього можна обережно спустити на землю передні колеса. Особа у візку може допомогти, відхиляючись назад і притримуючи руками обручі коліс.

Тема 15. Переміщення у візку. Піднімання на сходи.

Спускання зі сходів

Короткий виклад змісту теми

Піднімання на сходи спиною вперед

Для виконання цієї дії найбільш безпечним є використання допомоги двох або трьох осіб, особливо якщо людина у візку має значну масу тіла або є зі значною неповносправністю. Візок слід поставити так, щоб задні колеса дотикалися до сходів. Передні колеса потрібно підняти. Піднімати візок на кожну сходинку, як це описано для піднімання на бордюр задом, не опускаючи при цьому передніх коліс. Асистент фізичного терапевта (якщо він є) повинен знаходитися нижче від візка з одного чи іншого боку і тримати за раму візка, штовхаючи його одночасно з фізичним терапевтом догори.

У жодному разі не можна тримати за з'ємні частини, такі як боковинки чи підніжки. Якщо є другий помічник, він займає місце з другого боку візка. За командою лідера всі троє одночасно піднімають візок на одну сходинку. Особа у візку може допомагати, відхиляючись назад, тягнучи за командою обручі коліс назад. На верху сходів візок відтягують від них, аж доки передні колеса не опиняться над землею. Особа, яка тягне візок за ручки, повинна правильно використовувати механіку тіла, якомога розширюючи свою площу опори, тягнучи за ручки, а не намагаючись підняти візок.

Спускання зі сходів обличчям уперед

Для виконання цієї дії найбільш безпечним також є використання допомоги двох осіб, а часом і трьох, якщо людина у візку має значну масу тіла або є зі значною неповносправністю. Візок слід поставити так, щоб передні колеса були на краю верхньої сходинки, й підняти їх вгору. Візок потрібно поволі штовхати вперед, аж доки його задні колеса не досягнуть краю сходів. Асистенти фізичного терапевта повинні знаходитися з обох сторін візка і тримати його за раму. За командою всі разом опускають візок, сповільнюючи його рух до низу, на одну сходинку. На кожній сходинці потрібно робити зупинку. Особа у візку може допомагати, відхиляючись назад і притримуючи обруч коліс. Після спуску з останньої сходинки передні колеса обережно опускають на землю.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ

1. Загальна характеристика засобів страхування при переміщенні осіб після травм опорно-рухового апарату та осіб з інвалідністю. Позиції страхування при ходьбі різною поверхнею.
2. Правила користування обладнанням для ванної кімнати та туалету для осіб з інвалідністю.
3. Допоміжне обладнання та пристосування для пацієнтів з обмеженням руху. Супровід осіб з інвалідністю.
4. Характеристика засобів та обладнання для переміщення з ліжка для осіб з обмеженням руху та паралічами.
5. Правила користування пандусами. Загальні вимоги з правила безпеки.
6. Варіанти класифікації переміщень для людей з обмеженими можливостями в русі. Залежне та незалежне переміщення в позі сидячи. Залежне та незалежне переміщення в позі стоячи.

ПОЛІТИКА ОЦІНЮВАННЯ

Розподіл балів та критерії оцінювання

Загальна оцінка за курс складається як сума оцінок за кожен з двох модулів: поточне тестування (лабораторні заняття, самостійна робота); контрольні роботи наприкінці кожного змістового модуля. Оцінювання здійснюється за 100-бальною шкалою ECTS. На оцінку завдань модуля I відводиться 40 балів, модуля II – 60 балів.

Модуль I передбачає перевірку якості засвоєння теоретичного курсу змістового модуля 1 та змістового модуля 2, виконання лабораторних робіт безпосередньо на заняттях, загальна кількість тем змістового модуля 1 та змістового модуля 2 становить 8. Кожна з тем змістового модуля 1 та змістового модуля 2 оцінюється в балах (максимально 5 балів). 5 балів – студент повністю засвоїв теоретичний матеріал, викладає його в логічній послідовності, робить висновки, висловлює гіпотези, дискутує. 4 бали – студент засвоїв теоретичний матеріал, вільно викладає його, наводить приклади, однак є незначні проблеми з усвідомленням системних зав'язків, не завжди дотримується логіки викладу. 3 бали – студент засвоїв теоретичний матеріал, але під час демонстрації практичних навичок припускається незначних помилок чи неточності. 2 бали – студент засвоїв матеріал на репродуктивному рівні (переказування), приймає активну участь у роботі, відтворює вивчене не завжди в логічній послідовності, припускається помилок. 1 бал – студент невпевнено переказує матеріал, під час відповіді потребує допомоги, допускається помилок. 0 – студент, не приймає участь в обговоренні питань на занятті.

У кінці вивчення навчального матеріалу модуля викладач виставляє одну оцінку за аудиторну та самостійну роботу студента як середнє арифметичне з усіх поточних оцінок за ці види роботи. Цю оцінку викладач трансформує в рейтинговий бал за роботу протягом семестру. Таким чином, максимальний рейтинговий бал за роботу протягом семестру може становити 40.

Модуль II передбачає перевірку підсумкових знань і вмінь студентів шляхом написання модульних контрольних робіт. Оцінка за модуль II виставляється за виконання студентом 2 контрольних робіт (по кожному із змістових модулів), які передбачають перевірку теоретичних знань. Контрольні роботи оцінюються за 30-бальною шкалою.

Критерії оцінювання модульної /підсумкової контрольної роботи:

оцінка **“відмінно”** відповідає 27-30 балам, ставиться за відмінне написання підсумкової / модульної контрольної роботи;

оцінка **“добре”** відповідає 22-26 балам, ставиться за хороше написання підсумкової / модульної контрольної роботи;

оцінка **“задовільно”** відповідає 18-21 балам, ставиться за задовільне написання підсумкової / модульної контрольної роботи;

оцінка **“незадовільно”** відповідає 1-17 балам, ставиться за незадовільне написання підсумкової / модульної контрольної роботи.

Поточний контроль (маx = 40 балів)		Модульний контроль (маx = 60 балів)		Загальна кількість балів
Змістовий модуль 1	Змістовий модуль 2	МКР 1	МКР 2	
T1-T4	T5-T8	30	30	100
По 5 балів за кожну тему	По 5 балів за кожну тему			
$\Sigma=20$	$\Sigma=20$			

У разі наявності документа, що засвідчує навчання на сертифікованих курсах, онлайн-курсах, які дотичні до тем дисципліни, можливе зарахування певної кількості балів (не більше 10), відповідно до [Положення про визнання результатів навчання, отриманих у формальній, неформальній та/або інформальній освіті у Волинському національному університеті імені Лесі Українки.](#)

У разі недотриманням студентом *засад академічної доброчинності* - сукупності етичних принципів та визначених законом правил, якими керуються учасники освітнього процесу під час навчання, викладання і провадження наукової (творчої) діяльності з метою забезпечення довіри до результатів навчання та/або наукових (творчих) досягнень, оцінювання роботи не буде відбуватись (!). Списування під час контрольних робіт заборонені (в т.ч. із використанням мобільних девайсів). Мобільні пристрої дозволяється використовувати лише під час он-лайн тестування та підготовки практичних завдань під час заняття.

Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає: • самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання (для осіб з особливими освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і можливостей); • посилення на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; • дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; • надання достовірної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використанні методики досліджень і джерела інформації.

Політика щодо дедлайнів та перескладання: Роботи, які здаються із порушенням термінів без поважних причин, оцінюються на нижчу оцінку (75% від можливої максимальної кількості балів за вид діяльності балів). Перескладання модулів відбувається за наявності поважних причин.

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ

Залік здійснюється провідним викладачем, має на меті перевірку рівня знань студента під час виконання залікових завдань. Максимальна кількість балів, яку студент може набрати за залік становить 60 балів. Оцінювання знань студентів здійснюється за результатами поточного й модульного контролю. При цьому завдання із цих видів контролю оцінюються в діапазоні від 0 до 100 балів

включно. У випадку незадовільної підсумкової оцінки, або за бажання підвищити рейтинг, студент складає залік у формі опитування. При цьому бали, набрані за результатами модульних контрольних робіт, анулюються.

**Переведення оцінки в шкалу ECTS та національну шкалу
здійснюється за схемою:**

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка
90-100	Зараховано
82-89	
75-81	
67-74	
60-66	
1 - 59	Незараховано

Студенту, який з навчальної дисципліни має семестровий рейтинговий бал 60 і вище, підсумкова оцінка виставляється автоматично – “зараховано” або оцінка за національною шкалою та за шкалою ECTS. Якщо семестровий рейтинговий бал студента становить 35 – 59 балів, він має можливість скласти залік, студент, який після вивчення навчальної дисципліни за семестр набрав менше 34 балів, вивчає дисципліну повторно.

Список використаних джерел

Основна література

1. Аксельсон П. Посібник для підготовки користуванням інвалідним візком з ручним приводом / П. Аксельсон, Д.Я.Чесни, Ж.Мінкель, А.Перр. – Л.: Міссіонер, 2002. – 172 с.
2. Аксельсон П. Керівництво для вибору інвалідного візка / П. Аксельсон, Д.Я.Чесни, Ж.Мінкель. – Л.: Міссіонер, 2002. – 72 с.
3. Бармашина Л. Формування середовища життєдіяльності для маломобільних

- груп населення / Л. Бармашина. – К.: Союз-Реклама, 2000. – 89 с.
4. Бісмак О.В. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. / О.В. Бісмак, Н.Г. Мельнік. – Х.: Вид-во Бровін О.В., 2010 – 120 с.
 5. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію: навч. посібник / А. С. Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. – 186 с.
 6. Майкова Т.В. Ерготерапія: підручник/ Т.В. Майкова, С.М. Афанасьєв, О.С.Афанасьєва. – Дніпро: Журфонд, 2019. – 374 с.
 7. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії: підручник / [Л.О.Вакуленко, В.В.Клапчук, Д.В.Вакуленко та ін.]; за заг.ред. Л.О.Вакуленко, В.В.Клапчука. – Тернопіль: ТНМУ, 2020. - 372 с.
 8. Швесткова О. Ерготерапія: підручник / О. Швесткова, С. Катержина. – Київ: Чеський центр у Києві, 2019. – 280 с.

Допоміжна література

1. Вернер Дэвид. Реабилитация детей-инвалидов / Дэвид Вернер. – М.: Филантроп, 1995. – 643 с.
2. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію / А. С. Вовканич. – Львів: Українські технології, 2008. – 200 с.
3. Вовканич А. С. Інструктивні матеріали по догляду за хворими з травмою спинного мозку / А. С. Вовканич. – Львів: Солар-2000, 2000. – 52 с.
4. Грейда Н. Зміст діяльності фахівців фізичної терапії й ерготерапії у комплексному наданні медичних послуг / Н. Грейда, О. Андрійчук, В. Лавринюк // Фізична культура і спорт: досвід та перспективи: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 4-5 квітня 2019 р.) / за ред. Я. Б. Зорія. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2019. – С. 78-80.
5. Грейда Н. Застосування сучасних методик фізичної терапії / Н. Грейда, О. Андрійчук // Актуальні проблеми сучасної освіти та науки в контексті євро інтеграційного поступу: матер. V міжнар. наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 23-24

- трав. 2019 р.) / упоряд. О. А. Бундак, Н. В. Ляшук, Н. Г. Конон. – Луцьк: Вежа-Друк, 2019. – С. 190-192.
6. Грейда Н.Б. Ерготерапія як метод реабілітації неповносправних дітей / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, Т.Є.Цюпак, В.Є.Лавринюк // Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти: матеріали V наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 3 грудня 2019 р.) / ред. В. В. Чижик. – Луцьк: ЛІРоЛ, 2019. – С. 42-43.
 7. Грейда Н. Фізична терапія у дітей з вадами розумового розвитку / Н.Грейда, З.Батіг // Фізична культура, спорт і здоров'я людини [Текст]: зб. тез доп. II Регіон. наук.-практ. студ. конф. (20 груд. 2019 р.) / уклад.: А. В. Цьось, С. Я. Індика. Луцьк: Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2019. С.117-118.
 8. Грейда Н.Б. Професійна діяльність ерготерапевта з дітьми з особливими потребами / Грейда Н. Б., Андрійчук О. Я., Лавринюк В. Є. // Tendenze attuali della moderna ricerca scientifica : der Sammlung wissenschaftlicher Arbeiten «ΛΟΓΟΣ» zu den Materialien der internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz (B. 3), 5. Juni, 2020. Stuttgart, Deutschland, 2020. S. 57–59. <https://doi.org/10.36074/05.06.2020.v3.24>
 9. Джегер ЛяВонн. Перенесення і підйом дітей та підлітків. Листки домашніх інструкцій / ЛяВонн Джегер. – Л.: Наутілус, 2000. – 27 с.
 - 10.Джегер ЛяВонн. Інструкція до домашньої програми для немовлят і малих дітей / ЛяВонн Джегер. – Л.: Наутілус, 2000. – 58 с.
 - 11.Діамант Рейчел. Вправи для занять з дітьми: як вдома діяти батькам малих дітей. – Л.: Наутілус, 2000. – 110 с.
 - 12.Медична та соціальна реабілітації: навчальний посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
 - 13.Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – 3-тє вид. – К.: Олімп. л-ра, 2009. – 448 с.
 - 14.Пешкова О. В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів : навчальний посібник / О. В. Пешкова. – Харків : СПДФО, 2011. – 312 с.

- 15.Порада А. М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К.: Медицина, 2006. – 248 с.
- 16.Порада А.М., Порада О.В. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль: підручник. — К.: ВСВ “Медицина”, 2011. — 296 с.
- 17.Прохоров А.В. Доступная среда. Практическое пособие в 2-х частях. Ч.1. – М.: ИДПО ДТСЗН, 2016. – 118 с.
- 18.Прохоров А.В. Доступная среда. Практическое пособие в 2-х частях. Ч.2. – М.: ИДПО ДТСЗН, 2016. – 100 с.
- 19.Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития: Информационно-методический сборник для специалистов / Под ред. А.Л.Битовой, О.С.Бояршиновой. – М., 2017. – 118 с.
- 20.Романчук О.П. Лікарсько-педагогічний контроль в оздоровчій фізичній культурі: навч.-метод.пос. / О.П. Романчук. – Одеса : видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2010. – 206 с.
- 21.Технические средства реабилитации инвалидов и барьерная среда / Под ред. Е.Е.Ачкасова, С.Н.Пузина, Е.В.Машковского. – М.: «ГОЭТАР», 2018. – 128 с.
- 22.Шевцов А.Г. Кваліфікаційна характеристика окупаційного терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи / А.Г.Шевцов // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): зб.наук.пр. / Нац.пед.ун-т ім. М.П.Драгоманова. – Кам’янець-Подільський: Медобори, 2008, 2016. – Вип.7. – Т.2. – С.409-424.

Методичні рекомендації

Грейда Наталія Богданівна

Страхування, переміщення та
позиціонування у фізичній терапії та
ерготерапії

«Страхування, переміщення та
позиціонування у фізичній терапії та
ерготерапії», четвертий курс

Видання друкується в авторській
редакції