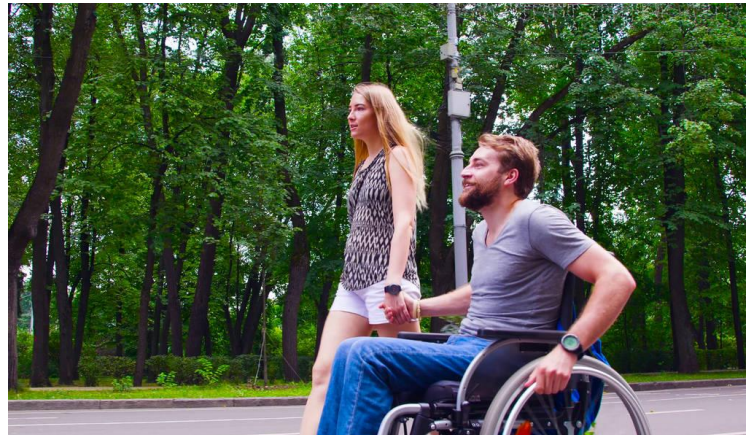


Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет імені Лесі Українки
Медичний факультет
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Наталія Грейда

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

Конспект лекцій



Луцьк, 2023

УДК 615.825(075.8)

Г80

Рекомендовано до друку науково-методичною радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(Протокол № 9 від 22 травня 2023 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: конспект лекцій. Луцьк, 2023. 57 с.

У конспекті лекцій подано обґрунтування застосування різних тренажерів для осіб з обмеженими можливостями руху в фізичній терапії та ерготерапії, які використовується для оптимізації функціональних можливостей та покращення мобільності після перенесених травм, порушень опорно-рухового апарату. Подано правила підбору та пристосування під вимоги пацієнта засобів для переміщення..

Рекомендовано здобувачам освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 «Терапія та реабілітація», які вивчають навчальну дисципліну «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії». Буде корисним для фахівців в галузі охорони здоров'я.

УДК615. 825(075.8)

Г80

© Грейда Н.Б., 2023.

© Волинський національний
університет імені Лесі Українки, 2023

ЗМІСТ

Анотація освітнього компонента	4
Тема 1. Реабілітаційні тренажери	8
Тема 2. Види оснащення для реабілітації	15
Тема 3. Характеристика допоміжних засобів для переміщення	24
Тема 4. Особливості підбору засобів для Переміщення	28
Тема 5. Типи крісел колісних	33
Тема 6. Підбір та прилаштування крісла колісного ..	37
Завдання для самостійного опрацювання.....	43
Політика оцінювання	44
Підсумковий контроль	48
Питання та завдання на залік	51
Рекомендована література та інтернет-ресурси	53

АНОТАЦІЯ ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА

Освітній компонент «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 - 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 – 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 освітнього компонента «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» є формування у здобувачів 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 освітнього компонента «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» є:

- сформувані у здобувачів 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 здобувачі 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.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

ТЕМА 1. РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТРЕНАЖЕРИ

Короткий виклад змісту теми

Реабілітаційні тренажери - це комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на виявлення проблем функціонування організму (переважно моторних функцій) та їх відновлення для поліпшення повсякденної діяльності людини. Рекомендовані вправи для тренування рівноваги та покращення функцій ходи.

Асистивні засоби та технології, такі, як крісла колісні, протези, допоміжні засоби для переміщення, слухові апарати, пристосування для виправлення зору, спеціальне комп'ютерне обладнання та програмне забезпечення для покращення мобільності, зору, слуху широко використовуються ерготерапевтами для адаптації та соціалізації пацієнтів.

Після вертикалізації пацієнтів, їх навчають переміщуватися за допомогою різних типів брусів (рис.1, рис.2).



Рис.1. Бруси реабілітаційні для ходьби з підвісом



Рис.2. Тренажер для реабілітації ніг - бруси двох'ярусні (навчання ходи)

В подальшому пацієнти вчаться переміщенню по похилій поверхні та сходами з урахуванням їхніх потреб. Це може бути переміщення з милицями, тростиною або без допоміжних засобів (рис. 3).



Рис.3. Дрaбина універсальна для навчання ходи з похилою рампою

Реабілітаційна бігова доріжка Spirit – це тренажер з посиленою конструкцією, розробленою спеціалістами-медиками для відновлення опорно-рухового апарату після травм, операцій, паралічу, інсультів, для усунення неврологічних проблем. Доріжка оснащена підвісним регульованим сидінням та зручним м'яким валиком для комфортного тренінгу в положенні сидячи (рис.4)..



Рис.4.Реабілітаційна бігова доріжка Spirit

Підйомник мобільний з електричним приводом, призначений для підйому і переміщення людей з обмеженими фізичними можливостями усередині приміщення з крісла-коляски або ліжка, по кімнаті, у ванну кімнату і інші приміщення. Підйомник має чотири колеса, два з яких з гальмом. Опори підйомника міняють кут за допомогою педалі для забезпечення стійкості при підйомі/опусканні. Підйомник дозволяє піднімати людину з підлоги (рис.5).



Рис. 5. Підйомник мобільний з електричним приводом

До тренажерів маятникових належить тренажер «Повітряна хода» (вертикальний) (рис.6). Тренажер призначений для допомоги у відновленні рухових функцій нижніх кінцівок, та тренування вестибулярного апарату, після перенесених травм різного походження та допомоги людям, що мають фізичні вади; реабілітації у хворих з неврологічними синдромами та поліпшенням загального фізичного стану дітей та дорослих.



Рис.6. Тренажер «Повітряна хода» (вертикальний)

Ефективність тренажера у функціональності, призначений для укріплення м'язів рук, ніг, спини, покращує кровообіг судин, відновлення функцій уражених нижніх та верхніх кінцівок. Особливо ефективний для реабілітації при знерухомленні певних частин тіла після інсультів. При однобічному ураженні тіла можливість за допомогою здорових кінцівок приводити їх в рух. У випадку, якщо пацієнту важко стояти або перебувати у вертикальному положенні можна використовувати тренажер «Повітряна хода» (горизонтальний).



Рис.7. Тренажер «Повітряна хода» (горизонтальний)

Високу ефективність (понад 93%) у відновленні ходи пацієнтів після черепно-мозкових травм, пошкоджень хребта та неврологічних захворювань показує робота на локоматі (рис.8).



Рис.8. Локомат

Під час тренування на локоматі на ногах пацієнта за допомогою спеціальних фіксаторів кріпляться ортези, які підключаються до комп'ютера і здійснюється зчитування всіх показників навантаження, враховуються показники серцево-судинної системи, що дозволяє регулювати міру навантаження. Перебуваючи в такому положенні, пацієнт дивиться на розміщений напроти нього екран, який проектує віртуальний образ пацієнта. Під час руху, пацієнт може спостерігати віртуальні перешкоди на моніторі, які йому необхідно подолати, перебуваючи на біговій доріжці.

Пасивне тренування за допомогою мотора. Ортопедичний засіб MOTOMed – тренажер для рук і ніг (рис.9). В даному випадку мотор буде самостійно здійснювати рух огами. Така гімнастика дуже корисна при спастичних паралічах та при підготовці до лікувальних процедур. Ноги при цьому розслабляться, м'язовий тонус нормалізується.



Рис. 9. Ортопедичний засіб MOTOMed – тренажер для рук і ніг

Робота ерготерапевта спрямована на діяльність, активність і функції людини, якій надається допомога. Ерготерапевт працює саме з цими поняттями, а не з діагнозом або захворюванням. Фахівці - ерготерапевти є у всьому світі, але найбільше їх у США.

В Європі ерготерапія розвивається ще з тридцятих років, а в Україні вона з'явилася лише декілька років тому, коли її внесли до Державного класифікатора професій. Ерготерапія - це особлива область медицини, і деякою мірою, мистецтво про те, як допомогти людям, які мають деякі обмеження здоров'я, брати участь в діяльності, що має для них значення, через цілеспрямовану активність. Слово «Ерготерапія» походить від латинського *ergo* - праця, заняття і грецького *therapia* - лікування. Таким чином, ерготерапія - це зцілення через діяльність.

Головний принцип ерготерапії – пацієнтоцентричність.

Ерготерапевт враховує специфіку захворювання і консультує пацієнта, до яких фахівців потрібно звернутися додатково. Такий комплексний аналіз ситуації дозволяє ерготерапевту припустити, що можна доповнити, змінити, адаптувати в процесі реабілітації та в оточенні людини. Все це дуже важливо, оскільки завдання ерготерапії - поліпшити якість життя, дозволити людині повернутися до звичайної діяльності, дати їй можливість самостійно обслуговувати себе, урізноманітнити своє дозвілля, навіть почати працювати.

Ерготерапевт може надавати послуги дітям, дорослим, особам похилого віку:

- з фізичними вадами (інсульт, опіки, ортопедичні травми, ураження кісток, травми хребта),
- когнітивними порушеннями (аутизм, навчання осіб з обмеженням життєдіяльності, синдромом дефіциту уваги і гіперактивності, інсульт),
- емоційними розладами (посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривога, тощо).

Підготувати до ходи, підвищити рівень сили та покращити координацію, балансування можна за допомогою спеціальних тренажерів та фітболів (рис.10).



Рис. 10. Силкові тренажери та тренажер на розвиток балансу та координації

Завданням ерготерапевта є пристосувати пацієнта до користування ортезом. Ортези - це ортопедичні пристосування. Їх використовують для того, щоб зафіксувати і розвантажити хребет і суглоби після травми, оперативного втручання або патології. Найчастіше їх застосовують при ДЦП, інсульті або вродженому порушенні кісткової системи. Пристосування призначає кваліфікований фахівець.



Рис.12. Шарнірний ортез

Рис.11. жорсткий регульований ортез на лікоть з можливістю фіксації руки в одному положенні з можливістю згинання та розгинання з кутом 10°

Шарнірний післяопераційний бандаж (ортез) Wellcare з регульованим обмеженням згинання і розмірів по висоті (рис.12) призначений для іммобілізації або обмеження руху при післяопераційних станах або травмах і розривах зв'язок. Регулювання доступна як для згинання, так і для розгинання.

ТЕМА 2 . ВИДИ ОСНАЩЕННЯ ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Короткий виклад змісту теми

Вчасно початий процес реабілітації — запорука відновлення здоров'я пацієнта на максимально можливому рівні. Дуже важливим моментом у цьому питанні є підбір допоміжних засобів, тому нижче ми детально розглянемо їхні види. Тип і підбір спеціального засобу реабілітації залежить від травми і її важкості. Виходячи з цього, на вибір пропонується різне обладнання.

Медичні ліжка.

Необхідні у випадку отриманої травми чи перенесеної операції, що передбачає довге перебування в лежачому режимі. Такі засоби реабілітації зручніші і безпечніші, ніж звичайні ліжка, адже дозволяють змінювати положення без зайвих фізичних зусиль і оберігають від падінь і травм.

Бувають:

- механічними;
- функціональними (оснащеними електроприводом). В залежності від потреб, такий вид включає дві, три або чотири секції.

Додатковим плюсом є наявність коліс, що допомагають легко переміщати ліжку, коли це необхідно. Також його можна обладнати, наприклад, поручнями, столиком або іншими аксесуарами для повної зручності пацієнта.

Протипролежневі матраци і подушки.

Вони необхідні, адже через довготривале перебування в одному положенні такі запальні процеси на шкірі, як пролежні, небезпечні і викликають додатковий біль.

Протипролежневі засоби реабілітації допомагають цього уникнути, рівномірно розподіляючи тиск по всьому тілу і покращуючи кровообіг. Відрізняються вони між собою наповнювачем:

- поліуретан,
- гель тощо.

Протипролежневі подушки.

Щоб уникнути появи пролежнів, для пацієнтів, які не мають можливості самостійно рухатися через хвороби або травму, незамінною стане подушка від пролежнів.

Такі засоби допоможуть попередити появу пролежнів у лежачих хворих і боротися з тими наслідками, які вже виникли. Вибрати і замовити їх можна абсолютно безкоштовно за державною програмою, а отримати — через органи соцзахисту.

Навіщо потрібна протипролежнева подушка для коляски?

- ✓ Допомагає рівномірно розподілити тиск.
- ✓ Знижує тертя між тілом і коляскою чи ліжком.
- ✓ Повторює контури тіла людини, підвищуючи зручність і комфорт під час користування.
- ✓ Знижує навантаження на опорно-руховий апарат.
- ✓ Дозволяє шкірі “дихати”.

В яких випадках її найкраще використовувати:

- Виразки
- Артрити
- Опіки
- Параліч
- Пересадка шкіри
- Зниження рівня втоми, болю в області опорно-рухового апарату
- Уникнення сколіозу, артритів
- Зниження рівня втоми, болю в області опорно-рухового апарату
- Уникнення сколіозу, артритів.

Параметри, на які потрібно звертати увагу при виборі подушки протипролежневої:

1. Поверхня виробу. Вона буває рівною або рельєфною. Плюси рельєфної подушки - не з'їжджає з крісла, покращує кровообіг, маючи мікромасажний ефект.
2. Розмір. Дуже важливо, щоб ширина і довжина відповідали розміру сидіння. В іншому випадку тиск на області тіла буде розподілятися нерівномірно і створювати дискомфорт.
3. Якщо подушка на інвалідне крісло підібрана правильно, вона дозволить людині почуватися комфортно і допоможе запобігти серйозним наслідкам у вигляді пролежнів.

Санітарні засоби.

Вони стають необхідними, якщо людина тимчасово обмежена в рухах і не може повноцінно подбати про себе. До них належать: спеціальні крісла для душу; крісла з гігієнічним отвором.

Крісла-коляски з санітарним оснащенням.

Для людей, які знаходяться на довготривалій реабілітації або мають серйозні захворювання, буває важко виконувати різні гігієнічні процедури через обмежені можливості. В такому випадку найкращим варіантом стане коляска з санітарним оснащенням, що спростить щоденні процедури і для користувача, і для того, хто доглядає за хворим.

Крісла колісні бувають різних типів, в залежності від потреб людини з інвалідністю. При виборі крісла колісного треба звернути увагу на те, де воно буде використовуватися — в приміщенні або поза його межами. Під час вибору коляски для людини з інвалідністю з санітарним оснащенням ви можете уточнити додаткові функції, комплектацію й інші елементи. Також необхідне крісло можна отримати безплатно, звернувшись до відповідних спеціалістів.

Такі коляски мають ряд відмінностей через своє призначення:

- ❑ **Водонепроникність.** Крісла-коляски з санітарним оснащенням виготовляють з матеріалів, які легкі у догляді: залежно від моделі, тканину можна зняти і випрати або протерти і обробити дезінфектором.
- ❑ **Стійкість.** Всі частини крісла з санітарним оснащенням володіють високою інертністю до хімічних засобів чищення.
- ❑ **Фіксація.** Колеса обладнані гальмами, що не дозволяє кріслу рухатися, коли це не потрібно.
- ❑ **Зручність.** Навіть в закритому вигляді інвалідні коляски з санітарним оснащенням комфортні у використанні завдяки м'якому сидінню.
- ❑ **Надійність.** Судно виготовляється з міцного пластику, простого в догляді і використанні.
- ❑ Водночас, такі засоби реабілітації чудово підійдуть і для звичайного пересування, оскільки мають колеса з ручним керуванням, підніжки.

За якими критеріями варто вибрати крісло колісне:

1. Вага і зріст. Для людей з вагою понад 100 кг інвалідні коляски з санітарним оснащенням повинні мати посилену конструкцію.
2. Стан користувача. Якщо людина не може впоратися з управлінням самостійно, варто вибрати крісло-каталку.
3. Ширина коляски. Параметр має враховувати розміри дверного отвору і ліфта, щоб без проблем проходити крізь них.
4. Стійкість до зовнішніх факторів. Наприклад, якщо коляска з санітарним оснащенням буде використовуватись і в душі, важливі її матеріали і вологостійкість.
5. Загалом, такі засоби коштують недешево, але є можливість отримати їх безплатно, звернувшись до виробників, що забезпечують колясками за державною програмою.
6. Всі коляски відрізняються якістю, комфортом і надійністю, а кваліфіковані менеджери допоможуть підібрати потрібний виріб індивідуально для вас.

Активний чи пасивний засіб пересування: що вибрати краще? Все залежить від користувача і від його можливостей керувати кріслом самостійно. Крісло з санітарним оснащенням можна використовувати лише з гігієнічною метою? Ні, його можна використовувати і як засіб пересування. Що найважливіше під час вибору? Фізичні параметри, можливість/неможливість самостійного керування, стійкість коляски до зовнішніх факторів. Де отримати крісло колісне безкоштовно? Компанії забезпечують засобами пересування людей з інвалідністю. Отримати необхідну коляску можна, зв'язавшись з менеджерами за контактами на сайті.

Крісла колісні

- Служать пристосуванням для транспортування або переміщення в період хвороби і обмеженої можливості рухатися самостійно.
- Існує два головні види — механічні й електричні коляски.
- Якщо є можливість керувати засобом реабілітації самостійно, можна брати перший варіант, в інших випадках найкраще допоможуть електроприводні пристосування.

Які види реабілітаційних колясок існують: крісло-каталка; електричне крісло; коляска з ручним приводом.

Засоби реабілітації для дітей

В таких конструкціях дуже великий акцент робиться на яскравому дизайні й безпеці. В колясках для діток з ЦП додатково в комплекті йде обладнання для фіксації різних ділянок тіла: ремені, підніжки та інше.

Інші засоби реабілітації

- До них можна віднести **ходунки** — легкі конструкції, які допомагають рухатися дорослим і дітям, що не мають для цього достатньої фізичної сили або проходять реабілітацію. Їх можна відрегулювати по висоті, а також підібрати інші функції під конкретного користувача.

Існують такі види:

- стаціонарні;

- крокуючі;
- універсальні (об'єднують в собі два попередні види);
- роликові — мають колеса на двох опорах, що допомагають швидше і легше пересуватися.

Стається, що через хворобу або довготривалу реабілітацію необхідно більшу частину часу перебувати у ліжку. Під час догляду за таким пацієнтом важлива кожна деталь і правильний підбір меблів — пріоритет. Вибираючи ж безпосередньо сам виріб, важливо звернути увагу на:

- безпеку — зверніть увагу на вироби зі стійких до мийних засобів, екологічних матеріалів. При цьому ліжко повинно бути легким у догляді;
- надійність — ретельно огляньте, а по можливості і перевірте всі механізми. В такій конструкції це дуже важливий момент;
- міцність — основою виробу має бути каркас, здатний витримати до 200 кг навантаження.

Механічне ліжко або розкладне — найпростіший і найдоступніший варіант. Регулювання і зміна положень відбувається виключно вручну з допомогою спеціальних ричагів. Найкраще підійдуть для пацієнтів, що мають можливість рухатись самостійно, надійні і мають довгий термін експлуатації. Серед інших різновидів механічних виробів — ліжка з черв'ячним приводом і пневматичною пружиною. Відрізняються від розкладного варіаціями нахилу і зміни положень.

Електроліжка — більш сучасний і легкий у використанні варіант. Керування відбувається з допомогою спеціального пульта або панелі. Дають можливість користувачу стати більш самостійним, адже контроль з допомогою пульта не потребує великих зусиль.

Максимум доступних секцій у ліжку може бути чотири.

- Односекційна модель дозволяє регулювати лише область голови.
- У двосекційній доступна функція регулювання голови і ніг.
- Три секції дозволяють додатково контролювати область тазу.

- Чотирьохсекційні дають можливість регулювати всю довжину тіла.

Додаткові аксесуари, якими може бути оснащено ліжко:

- ✓ Столик. Його можна використовувати під час прийому їжі для додаткової зручності.
- ✓ Поручні. Вони можуть бути як фіксованими, так і відкидними, даючи додатковий захист від можливих травм і падінь.
- ✓ Туалет. Важливе доповнення для пацієнтів без можливості рухатися або вставати.
- ✓ До електроліжок можна використовувати додаткову батарею для перестраховки, якщо стаються перебої з електрикою.
- ✓ Дуга для підтягування. Буде корисним доповненням для тренування м'язів і можливості самостійно припіднятися.
- ✓ Ортопедичний матрац. Допомагає правильно розмістити тіло і рівномірно розподілити навантаження.

Для зручності всі ліжка доставляються у розібраному вигляді. Зібрати його зовсім нескладно, а вся схема додається в комплекті до конструкції. Готовий виріб потрібно відразу поставити на гальма. Догляд за ліжком передбачає регулярну дезінфекцію від пилу.

Оснащення крісла колісного:

- Оснащене м'яким сидінням та спинкою.
- Стільниця регулюється по: висоті, глибині.
- Бокові упори для тіла регулюються по: висоті, ширині.
- Підніжка регулюється по: висоті, глибині опори стопи.
- Валик для збереження зазору між ногами регулюється по глибині.
- Оснащена підголовником, що регулюється по: висоті, глибині.
- Оснащена запобіжними поясами для фіксації частин тіла.
- Оснащена колесами з гальмом.
- Для дітей.

Ходунки

Різновиди ходунків:

- **Фіксовані з сидінням.** Виготовляються з легких, але міцних матеріалів, найкраще підійдуть для літніх людей, що можуть пересуватися самостійно.
- **Крокуючі.** Користуються великою популярністю, оскільки такі ходунки для інвалідів не потрібно піднімати: достатньо змінювати сторони, що з'єднані між собою перекладиною.
- **Універсальні.** Вони мають і фіксований, і крокуючий режим, який легко змінити за необхідності. Такі інвалідні ходунки можуть оснащуватися коліщатами, але цей різновид не підійде для людей з порушенням координації рухів.

Функції ходунків:

- Опорна. Допоможе підтримувати рівновагу.
- Розподільна. Забезпечує рівномірне розподілення навантаження на хребет і кінцівки.
- Реабілітаційна. Зменшують тиск на нижні кінцівки, сприяють швидкому відновленню.
- Функція відпочинку. Моделі ходунків для інвалідів і людей похилого віку, що обладнані сидінням стануть додатковою допомогою, коли пацієнту потрібно сісти і відпочити.

Що враховувати під час вибору:

Зріст. Ортопедичні ходунки для дорослих повинні повністю відповідати зросту користувача. Для правильного підбору за цим параметром потрібно встати рівно, опустивши руки. В такому положенні ручка ходунків повинна знаходитись на рівні зап'ясть. Визначити, чи правильно підібраний засіб реабілітації за цим параметром можна безпосередньо в русі. Якщо руки під час руху трохи зігнуті — ходунки реабілітаційні підібрані правильно, в протилежному випадку в користувача болітиме спина.

Вага. Неправильно підібрані за вагою медичні ходунки для дорослих пошкодяться або зламуються. Це може викликати травму пацієнта і уповільнити процес його відновлення. Якщо вага пацієнта до 100 кг, купуйте звичайні ходунки, для 120 кг і вище варто розглядати посилені конструкції.

- ❖ Які ходунки найкраще підійдуть для літніх людей? Фіксовані з сидінням, що відрізняються легістю і зручністю в користуванні.
- ❖ Чи потрібні особливі ходунки для людей з надмірною вагою? Так, для пацієнтів з вагою понад 120 кг потрібні ходунки з посиленою конструкцією.

Скутер стане чудовим варіантом для людей, що постійно знаходяться в русі, мають потребу дістатися на роботу, навчання тощо. Електричний скутер для осіб з інвалідністю прекрасно впорається як з рівним асфальтовим покриттям, так і з гравієм чи іншими нерівностями. *Основні показники скутера:*

- Потужність. Вона коливається від 300 до 800 W.
- Ємність і тип акумулятора.
- Час, який займає повна зарядка.
- Максимальна швидкість. Інвалідний скутер розганяється до 6-15 км/год.
- Величина пробігу до повторної зарядки.
- Кількість коліс. Є варіанти 3, 4-колісних засобів пересування.
- Ергономічність сидіння. Воно повинно повністю і без проблем повертатися навкруг своєї осі.
- Наявність додаткових елементів — фар, габаритів для безпеки, особливо в темну пору доби.
- Способи управління можуть відрізнятися в залежності від моделі, але найчастіше електричні скутери для літніх людей і інвалідів максимально прості в користуванні, ергономічні і комфортні.

Переваги електроколясок

- коляска приводиться в рух без додаткових зусиль пацієнта;

- хороша здатність до маневрування, що дозволяє без проблем пересуватися в кріслі-колясці електричному в будь-якому приміщенні;
- краща прохідність в порівнянні з звичайною коляскою;
- можливість самостійного пересування.

Мінуси крісла колісного:

- його відносна обмеженість по часу пересування через об'єм батареї; складність конструкції;
- труднощі з транспортуванням через відсутність можливості складання. Але деякі інвалідні крісла-коляски з електроприводом мають таку функцію або ж частково розбираються на деталі;
- висока вартість. Для багатьох це може стати найсуттєвішим мінусом, але звертаємо увагу на той факт, що існує спеціальна державна програма, що дає можливість замовити електричні інвалідні коляски в Україні і багато інших засобів пересування абсолютно безкоштовно.

ТЕМА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПЕРЕМІЩЕННЯ

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Фізична терапія та ерготерапія проводиться після стабілізації стану пацієнта. 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).

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.

Загальні вимоги до техніки безпеки:

- Мити руки до і після роботи з кожним пацієнтом.
- Забезпечення достатнього простору, щоб маневрувати обладнанням і щоб пацієнта не зачепив персонал.
- Не переміщатися біля місця, де є перешкода полю зору (біля дверей чи за рогом).
- Перевіряти обладнання на справність.
- Розміщувати обладнання, меблі у стабільному та безпечному положенні
- Слідкувати, щоб на підлозі не було мотузків, матів, неприкріплених килимків, води, бруду тощо.
- Не залишати пацієнтів без нагляду, особливо, якщо вони мають фізіологічні чи розумові проблеми.
- Страхувати пацієнта страхувальними пасками, загородками, поручнями ліжка чи іншими подібними пристосуваннями, коли за ним немає догляду.
- Вибирати обладнання та готувати робочу зону до того, як прибуде пацієнт, щоб не залишати його без нагляду.
- Впевнитися, що персонал, який забезпечує опіку/надання послуг пацієнтові є достатньо підготовлений та компетентний у даній сфері.
- Не зберігати потенційно небезпечного обладнання у місці, де воно сховане від очей або його може взяти до рук пацієнт.
- Не зберігати важкі речі вище рівня плечей. Вказувати на ємностях вагу і вміст.

Ерготерапевт повинен бути особливо наготові, коли надає допомогу:

- Старшій людині з ослабленим розумом або людині з розумовою відсталістю
- Дуже молодій особі
- Особі з порушеними розумовими здібностями

- З погіршеним фізіологічним статусом (наприклад, важкі опіки, пошкодження спинного мозку, діабет, захворювання серцево-судинної чи дихальної системи)

- Емоційно неврівноваженій особі

Класифікація допоміжних засобів для пересування:

1. Паралельні бруси

2. Ходунці (рама-трапеція):

- Стандартні (регульовані або такі, що не регулюються);

- З коліщатами на передніх опорах;

- Такі, що складаються;

- Для однієї руки при геміплегії

3. Милиці під пахви (стандартні регульовані або нерегульовані)

4. Милиці канадські (з підлокітниками):

- З платформою

- З регульованою ручкою для тримання

5. Палиці:

- 4-опорна

- 3-опорна

- 1-опорна

Крісла колісні поділяються:

- **Поділяються на дві великі групи:**

1. З ручним приводом:

- - зі складною рамою;

- - з жорсткою рамою.

2. З зовнішнім приводом (частіше електричним).

- **Вирізняють такі візки з ручним приводом:**

- Дитячі;

- Для ампутантів;

- Для геміплегіків;

- Спортивні

Характеристика допоміжних засобів для пересування

Паралельні бруси

Паралельні бруси бувають дерев'яні чи металічні, такі, які регулюються чи не регулюються. Вони є горизонтальними й мають вертикальну підпору для забезпечення більшої стабільності. Паралельні бруси використовуються, коли пацієнт потребує максимальної стабільності опори та її надійності. Багато типів ходьби починають вчити з використання паралельних брусів. Оцінюючи ходьбу хворого з допомогою паралельних брусів, фахівці рекомендують перейти на той чи інший допоміжний засіб пересування для подолання перешкод.

Ходунці

Використовуються, коли пацієнту потрібна максимальна опора, стабільність, надійність при його знижених функціональних можливостях. Ходунці дають можливість зменшити навантаження на ноги пацієнта. Є багато типів ходунців. Більшість з них мають чотири опори (стійки), деякі мають два або чотири коліщат. Деякі різновиди ходунців можна регулювати під розміри особи. Є ходунці, які складаються для зручності при транспортуванні.

Милиці під пахви

Бувають дерев'яні чи металічні, регульовані та нерегульовані. Їх використовує особа, яка потребує меншої стабільності та опори, ніж при користуванні брусами та ходунками. Дозволяють навчитися правильно та швидко пересуватися. Їх зручно зберігати та транспортувати. Зручно використовувати у вузьких проходах і на обмеженій території.

Милиці з підлокітниками (канадські)

Бувають дерев'яні або металічні, з повними або напівманжетами, що регулюється залежно від довжини та об'єму передпліччя, з ручкою для тримання. Використовують, коли пацієнт добре володіє милицями підпахви і хоче навчитися надалі ходити з палицею. Вони повністю знімають небезпеку пошкодження судин чи нервів пі пахвами. Є функціональними на сходах, у

вузьких проходах та на обмеженій території. Відносно легкі, зручні у зберіганні та транспортуванні. Підлокітники зручні і втримують милицю на передпліччі при русі рукою вперед.

Милиці з платформою

Бувають дерев'яними або металічними, з можливістю регулювання платформи під передпліччя чи без регулювання. Цю платформу використовують ті, хто неспроможний переносити вагу власного талі на руки, зап'ястя чи кисті, ті, хто має деформації на зап'ясті і пальцях, що робить болючим (неможливим) тримання за ручки милиць; ті, хто має ампутацію нижче від ліктя; або, хто не може рухати передпліччям.

Недоліки. При їх використанні пацієнт втрачає функцію трицепса, що забезпечує піднімання і підтримку тіла впродовж коливальної фази. Певна особа просто змушена користуватись платформою. Є неефективними на сходах.

Палиця (тростина)

Використовується для компенсації зниженої функції і для розширення власних можливостей. Вона є більш зручною і функціональною на сходах, у вузьких проходах, на обмеженій території, допомагає досягти високого рівня швидкості пересування. Є найлегшою серед усіх засобів. Є багато різновидів, які бувають дерев'яні чи металічні, регульовані і нерегульовані, мають різні площі опори (4- або 1-опорна).

ТЕМА 4: ОСОБЛИВОСТІ ПІДБОРУ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПЕРЕСУВАННЯ

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Існує багато методів зміни наявних розмірів у різних регульованих допоміжних засобів пересування. Засіб, який неправильно підібраний для певного хворого, може несприятливо впливати на можливість пацієнта виконувати пересування, може призвести до небезпеки під час пересування чи зміни його структури.

Паралельні бруси

Визначення висоти та ширини брусів

Висота брусів повинна бути відрегульована таким чином, щоб пацієнт, стоячи між перекладинами, міг охопити їх пальцями, зігнувши руки у ліктювих суглобах, на відстані 15 см перед своїми стегнами (згин ліктя приблизно 15-25 градусів) і верхня точка перекладини бути на рівні променево-зап'ясного суглоба. **Ширина просвіту** між перекладинами повинна бути на 5 см більша, ніж відстань між двома найдальшими точками стегон.

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

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.

Параметри, які повинні враховуватися при виборі ходунців:

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. Динамічні ходунки (на колесах) не рекомендовано використовувати при слабкості м'язів нижніх та /або верхніх кінцівок і порушенні дрібної моторики.

Правила поведження з ходунками:

- не нахиляти ходунки;
- ходити з прямою спиною;
- перебувати всередині ходунків;
- не виставляти їх занадто далеко вперед;
- уникати підйомів по сходах або ескалаторах з ними;
- вибирати взуття з неслизькою підошвою.
- розподіляти масу тіла рівномірно, не завалюватися на одну сторону конструкції, бо можна впасти;
- уникати мокрих та вологих поверхонь;
- не варто ходити з запамороченнями голови;

- уникати несправних ходунків.

Підбір ходунців

Висота ходунців може бути визначена, коли пацієнт в положенні стоячи. Місце хвату руками за ходунці – на рівні променево-зап'ясного суглоба, коли ходунці стоять перед пацієнтом з опущеними вздовж тулуба руками. **Задні опори (колеса) ходунців** повинні бути розміщені на рівні середини стопи пацієнта. Стегна та гомілки повинні бути випрямлені, пацієнт повинен бути у взутті, в якому він буде здійснювати переміщення.

Милиці під пахви.

Загальна довжина милиць

Існує кілька методів визначення довжини милиці для пацієнта.

Якщо відомий зріст пацієнта, вираховують довжину милиць перемноженням зросту на 77% (Наприклад, зріст пацієнта 170 см, тоді довжина милиць = $170 \times 77\% = 130,9 \text{ см}$).

Якщо пацієнт лежить на спині, то використовують сантиметрову стрічку і вимірюють відстань від переднього пахвого згину до точки розміщеної на 15-18 см латеральніше від п'яти пацієнта, для визначення загальної довжини милиці.

Коли пацієнт сидить, він розводить руки в сторони на рівні плечей, один лікоть розгинає, а інший згинає на 90°. Вимірюють відстань від ліктьового відростка зігнутого ліктя до кінця середнього пальця протилежної руки.

Ці методи мають схожі результати, хоча певна розбіжність існує. Спеціаліст має вибрати той метод, який показує постійно однаковий результат.

Милиці під пахви.

Визначення висоти ручки

Коли пацієнт лежить на спині чи стоїть, вимірюють висоту ручки аналогічно вимірюванню в попередніх випадках (вона має знаходитись на рівні променево-зап'ясткового суглобу). Цю висоту потрібно вимірювати для кожної милиці окремо.

Загальні помилки при прилаштуванні

милиць під пахви

1. Пацієнт піднімає плечі чи схиляється вбік. Милиці набувають невідповідних розмірів. Вони стають занадто довгі, що видно, коли пацієнт встане правильно.
2. Пацієнт опускає плечі та згинає тулуб і кульшові суглоби. У цьому випадку милиці є занадто короткими, що помітно тоді, коли пацієнт приймає правильну позу.
3. Пацієнт згинає або розгинає зап'ястя, і ручка милиці встановлюється на неправильній висоті.
4. Милиці підбирають, коли пацієнт роззутий. На основі милиці немає гумового наконечника. В такому випадку милиця задовга для пацієнта.
5. Милиці підбирають при відсутності пацієнта або в положенні сидячи.

Милиці з підлокітниками

Ручка милиці має бути розміщена на рівні зап'ясткового суглобу зі сторони ліктьової кістки, коли рука пацієнта витягнута вздовж тіла. **Верхівка підлокітника** повинна знаходитись на 2,5-3,5 см нижче від ліктьового відростку, коли пацієнт тримається за ручку (уже відрегульовану), підлокітник одягнуто на передпліччя, а зап'ястя знаходиться у нейтральному згинально-розгинальному положенні.

Оцінювання правильності підлаштування милиць

Остаточне оцінювання правильності підлаштування милиць можливе тоді, коли пацієнт стоїть струнко, з піднятою головою, плечі розслаблені та вирівняні, тулуб вертикальний, стегна випрямлені, таз не відхиляється в бік, коліна повністю розігнуті, стопи на підлозі. **Наконечники милиць** мають бути розміщені на 5-10 см латеральніше і 10-15 см попереду від кінчиків пальців ноги. **Лікті** повинні бути зігнуті на 15-25°, коли пацієнт тримається руками за ручки і приймає стартову позицію для пересування. **Наконечники розташовані** на 10-15 см попереду і на 5-10 см латеральніше від кожної стопи. Позиція пацієнта

повинна бути приблизно такою, як описано вище для оцінювання підгонки милиць.

Палиця (тростина)

Довжина тростини має бути встановлена, коли пацієнт стоїть або лежить на спині. Ручка тростини має бути розташована на рівні зап'ясткового суглобу зі сторони ліктьової кістки, коли рука пацієнта витягнута вздовж тулубу.

Положення тростини - паралельно до стегна і великогомілкової кістки, а основа тростини на підлозі або на рівні підосви взуття (при вимірюванні лежачи).

ТЕМА 5. ТИПИ КРІСЕЛ КОЛІСНИХ

Короткий виклад теоретичного матеріалу

В даний час на ринку представлено безліч моделей інвалідних колясок, що відрізняються як дизайном, так і набором технічних характеристик.

Інвалідні крісла діляться на:

1) **крісла-каталки**. Якщо людина сильно ослаблена і управляти коляскою їй не під силу, в цьому випадку доглядальниця, медсестра або опікун возять її в кріслі-каталці;

2) **крісла-коляски**. Кріслом-коляскою особа з інвалідністю управляє самостійно, використовуючи ручний або електричний привід.

Можна розділити інвалідні коляски на такі типи:

- Кімнатні
- Активні
- Спортивні
- Універсальні
- Посилені
- Багатофункціональні
- З електроприводом
- Дитячі

Активні інвалідні коляски - це оптимальний вибір для людей з обмеженими можливостями, які воліють активне проведення часу і багато пересуваються, хочуть мати максимум мобільності та маневреності. Цей вид колясок відрізняється підвищеною міцністю, надійністю, маневреністю та легкою керуваністю. Активні інвалідні коляски можуть використовуватися в приміщенні і на вулиці при наявності твердого дорожнього покриття. Багатофункціональність активних інвалідних колясок дозволяє людям, що використовують інвалідну коляску активного типу займатися спортом і танцями, а також використовувати її при проведенні тренування в умовах реабілітації та відновлення функцій опорно-рухового апарату людини. При виробництві активних інвалідних колясок використовуються алюміній і титан. Ці матеріали володіють такими важливими властивостями як *легкість і міцність*, що дозволяє максимально комфортно використовувати такі коляски в житті.

Спортивні коляски - призначені для заняття професійним спортом і танцями. Подібні коляски виготовляються на замовлення з урахуванням всіх особливостей планованої експлуатації. При цьому використовуються особливо міцні матеріали, здатні витримати екстремальні спортивні навантаження. Спортивні інвалідні коляски важать набагато менше стандартних базових колясок (8-14,5 кг). Подібна легкість досягається за рахунок рами з особливих легких сплавів, зменшеного діаметру передніх коліс, спеціально змодельованої спинки і мінімальних підлокітників. Спортивна інвалідна коляска дозволяє з легкістю грати в баскетбол і великий теніс на будь-якому рівні, від любителя до професіонала.

Універсальні - інвалідні коляски такого типу являють собою оптимальне співвідношення ціни, якості та функціональності. Інвалідні коляски можуть використовуватися, як у квартирі, так і на вулиці. Підходять для людей із середнім рівнем активності, забезпечують високий рівень комфорту і надійності.

Посилені - коляски призначені для людей з великою вагою і мають подвійну стійку раму із сталі. Спинки і сидіння виготовлені з матеріалів підвищеної міцності.

Багатофункціональні - вони володіють такою унікальною функцією як відкидна спинка і подйом кута нахилу підніжок, що дає можливість отримати рівну поверхню і використовувати інвалідну коляску навіть як ліжко. Багатофункціональну коляску можна використовувати також як і звичайну інвалідну коляску. Деякі моделі можуть додатково комплектуватися фіксаторами ніг, голови і рук.

Інвалідна коляска з електроприводом - коляска з електричним приводом працює від акумуляторних батарей, здатна на одному заряджанні проходити від 10 до 40 км і розвивати швидкість до 10 км / год. Пульст управління коляскою, або джойстик вбудований в підлокітник, максимально зручний і простий у використанні. Існують також *електричні крісла з вертикалізатором* - механізмом підйому у вертикальне положення, за допомогою якого людина, що сидить в інвалідному кріслі, може дотягнутися до предмета, розташованого досить високо, наприклад, дістати книгу з полиці. Ці коляски можна використовувати всередині приміщень або на відкритому повітрі.

Дитячі - більшість дитячих колясок виготовляються на замовлення, при їх виборі треба приділити ще більше уваги. Ці коляски оснащені фіксуючими ремнями, підголовником, ручкою-обмежувачем, блокатором передніх коліс, дахом і чохлом від дощу та сонця. Легка і стабільна конструкція, якісне виконання і веселий дизайн принесуть задоволення Вам і Вашій дитині.

Інвалідні коляски з санітарним оснащенням - призначені для використання в якості душової або туалетного коляски. Дані коляски оснащені знімним судном.

Типи колясок у відповідності до віку:

1. **Стандартний дорослий візок** – розроблений для особи, яка важить менше 90 кг, для обмеженого використання на нерівних поверхнях або для забезпечення середньої функціональної активності.
2. **Посилений дорослий візок** – Призначений для осіб, які важать понад 90 кг, або для тих, хто має потужну функціональну активність.
3. **Середній або молодіжний візок** – спроектований для людей із масою тіла, меншою ніж у середньої дорослої людини, але більшою, ніж у дитини.
4. **Візок, який росте** – зроблений таким чином, що дозволяє регулювати візок під розмір тіла і пристосовувати під зріст користувача.
5. **Дитячий візок** – призначений для осіб до 6 років.

Типи колясок (в залежності від керування):

6. **Візок, який використовується при геміплегії (втрата руху кінцівками на одному боці)**– його сидіння опущене майже на 5 см, що дозволяє краще використовувати ноги пацієнта при штовханні візка. Однак низьке сидіння може зробити більш важким вдосконалення переходу з положення сидячи в положення стоячи.
7. **Візок для ампутантів** – вісь його задніх коліс розміщена майже на 5 см позаду, порівнюючи з нормальною позицією, для збільшення площі опори та для компенсації ваги втрачених кінцівок пацієнта.
8. **Візок для керування однією ручкою** – на одному великому колесі поставлені два ободи. Два великих колеса пов'язані між собою зчепленням. Коли обидва ободи рухаються разом, то рухаються разом і два колеса.
9. **Візок з зовнішнім приводом** – для його приведення в рух використовується зовнішня сила, найчастіше зовнішній привід. Існує багато різних типів керування та контролю за роботою крісла (наприклад джойстик, підборіддя, рот тощо).

10. **Спортивний візок** – у ньому є нижче розташоване сидіння, низька спинка, нахилені під кутом колеса. Він може бути використаний для різноманітної спортивної активності. Деякі користувачі обирають саме цей тип візка навіть для повсякденної активності.

11. **Візок з відкидною спинкою** – його використовують особи, які іноді потребують часткового або повного відкидання спинки, коли вони знаходяться у візку. Спинка крісла може відкидатися назад наполовину або повністю. Напівопущена спинка є відхиленою назад на 30 градусів порівняно з вертикальною віссю, опущена повністю спинка – до горизонтального положення. Необхідним компонентом цього візка є підніжка, що піднімається та підлокітники, що витягуються.

З-поміж візків із ручним приводом виокремлюють такі види:

- базові інвалідні **візки** для оселі й вулиці
- **візки** з важільним приводом
- інвалідні **візки** з високою спинкою
- активні інвалідні **візки**
- дитячі інвалідні **візки**
- спортивні інвалідні **візки**
- інвалідні **візки** з санітарною посудиною
- інвалідні **візки** для дітей з ЦП.

Тема.6. Підбір та прилаштування крісла колісного

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Тип крісла колісного підбирають залежно від:

- неповносправності пацієнта;
- його функціональних можливостей;
- розмірів тіла,
- ваги;
- функціональних потреб чи активності;

- очікуваного використання візка;
- прогнозів щодо зміни стану пацієнта.

Правильний підбір крісла колісного стає надзвичайно важливим, якщо:

- Пацієнт має знижені сенсорні відчуття;
- Пацієнт має обмежені можливості змінювати свою позу;
- У пацієнта малий шар підшкірної тканини, особливо навколо кісткових виступів;
- Пацієнт має послаблену периферичну циркуляцію в нижніх кінцівках;
- У пацієнта наявні порушення стану, цілісності та чистоти шкіри або якщо крісло потрібне для використання у тривалі періоди часу.

Будь-який із цих факторів є індивідуальним і в комбінації може призвести до серйозних вторинних проблем чи ускладнень для пацієнта.

Початкові заміри для підбору крісла колісного повинні бути зроблені:

- Коли майбутній користувач сидить на твердій поверхні, наприклад на табуретці;
- Пацієнт повинен одягнути одягу та взуття, які він носитиме у візку;
- Людина повинна сісти з випрямленим тулубом у зручну для неї позу.

При замовленні крісла колісного потрібно врахувати:

- Вік пацієнта, вага пацієнта,
- Рівень неповносправності чи функціональний стан,
- Очікуване застосування візка,
- Функціональна активність,
- Наявність допоміжних аксесуарів, таких як:
 - підлокітники, що регулюються,
 - столик,
 - відкидна спинка,
 - підніжки звичайні чи такі, що висувуються вперед і піднімаються,

гальма на колесах.

Висота сидіння

- Вона вимірюється від п'ят пацієнта до підколінної ямки і додається 5 см для того, щоб залишити місце від землі до нижнього краю підніжок
- Середній показник для дорослого – 48,7-51,3 см.

Глибина сидіння

- Цей показник вимірюється від задньої частини сідниць, уздовж латеральної частини стегна до підколінної ямки. Але від цієї довжини віднімають 5 см для запобігання впливу тиску переднього краю сидіння на зону під коліном.
- Середній показник для дорослого – 40 см.

Ширина сидіння

- Вимірюють ширину (по зовнішній стороні) сідниць чи стегон (по більшому показнику) і до цього додають 5 см. Це дає місце для об'ємного одягу (наприклад зимового), ортезів або просто залишається місце між великими вертлюгами та панеллю підлокітників.
- Середній показник для дорослого – 45 см.

Висота спинки

- Висоту спинки визначають вимірюючи відстань від сидіння крісла до самого низу пахви, коли плече пацієнта зігнуте на 90 градусів.
- Середній показник для дорослого – 40-42 см

Висота підлокітників

- Висоту підлокітників визначають, вимірюючи відстань від сидіння крісла до ліктьового відростка, коли рука пацієнта зігнута на 90 градусів.
- Середній показник для дорослого – на 22,5 см вище від сидіння крісла.

Висота сидіння

- При правильному підлаштуванні можна легко просунути два або три пальці руки в горизонтальній площині під стегно пацієнта в напрямку від переднього краю сидіння до середини на глибину приблизно 5 см.

Глибина сидіння

- При правильному підлаштуванні можна розташувати три-чотири пальці руки в горизонтальній площині між переднім краєм сидіння та підколінною ямкою користувача.

Ширина сидіння

- При правильному підлаштуванні можна одночасно розташовувати долоні рук у вертикальній площині між боковинками візка та стегнами пацієнта. Руки того, хто оцінює підлаштування, можуть бути в незначному контакті з тілом пацієнта чи боковинками.

Висота спинки

- При правильному підлаштуванні можна розташувати чотири пальці руки у вертикальній площині між верхнім краєм обшивки спинки та нижнім краєм пахви пацієнта. Нижній край лопатки повинен знаходитись приблизно на один палець вище від верхнього краю спинки, коли пацієнт сидить із випрямленою спиною у зручній для нього але правильній позі.

Висота сидіння

Якщо сидіння **занадто високе**, то це може призвести до таких наслідків:

- неповної опори тулуба
- Утруднень при спробі поставити коліна під стіл чи парту, бо вони будуть підняті зависоко
- Утруднень при приведенні візка в рух, тому що користувачеві буде важко дістати ободи коліс.

Якщо сидіння **занадто низьке**:

- Пацієнт може відчувати утруднення при вставанні чи переміщенні убік, тому що його центр маси тіла знаходитиметься нижче, що ускладнює піднімання тулуба.

Глибина сидіння

- Якщо сидіння буде **занадто коротке** в напрямку спереду назад, пацієнт може відчувати зниження стабільності тулуба, тому що він матиме меншу площу опори на стегна.
- Якщо сидіння буде **дуже довгим**, то пацієнт може скаржитися на підвищений тиск на підколінну ділянку, що спричиняє ушкодження шкіри або утруднює циркуляцію крові в цій ділянці, тому що сидіння є довшим за стегна.

Ширина сидіння

Якщо сидіння є **занадто широким**, то користувач помічатиме:

- Утруднення при приведенні візка в рух, тому що відстань до ободів коліс є збільшеною
- Незручність при спробі встати, тому що відстань між боковинками є більшою і пацієнт змушений рухати своє тіло по більшій площі
- Важкість при русі у вузькому коридорі, через дверний проліт, тому що загальна ширина крісла є збільшеною.

Якщо сидіння буде **завузьке**, то пацієнт може відчути:

- Незручність при зміні позиції, тому що є недостатня площа для корекції пози
- Надмірний тиск на стегна, тому що вони знаходяться в контакті з боковинками
- Дискомфорт при носінні об'ємного зовнішнього одягу чи ортезів, тому що площа між стегнами пацієнта і боковинками візка є занадто малою

Висота спинки

Якщо спинка буде **дуже високою**, то пацієнт може скаржитись на:

- Надмірне подразнення шкіри навколо нижнього кута лопатки, коли він буде тертись об оббивку спинки
- Незручність при балансуванні, тому що тулуб може бути нахилений вперед від вертикальної частини спинки.

Якщо спинка буде виставлена **занизько**, то пацієнт може відчутися зменшення стабільності тулуба, тому що він має малу площу опори на спинку крісла.

Підлокітники

Якщо підлокітники розташовані дуже **високо**, то користувач може:

- відчутися дискомфорт, який виражається у незручності при приведенні візка в рух, тому що дуже важко простягати руки над високими підлокітниками, щоб взятися за ободи коліс
- утруднення при вставанні з візка.

Якщо підлокітники є занадто **низькі**, то пацієнт може скаржитися на:

- Незручність пози чи дискомфорт у ділянці спини внаслідок надмірного нахилу тулуба вперед, коли він пробує покласти руки на підлокітники
- Зниження легеневої вентиляції, тому що при нахилі вперед зменшеною буде функція діафрагми
- Неадекватний баланс
- Важкість при піднятті тулуба для вставання з крісла, тому що для спроби спертися на підлокітники, вони будуть розташовані занизько.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ

Самостійна робота здобувача передбачає підготовку до лабораторних занять, теоретичне вивчення питань, що стосуються тем лекційних занять, які не увійшли до практичного курсу, або ж були розглянуті коротко (перелік поданий нижче). Завдання для самостійного опрацювання входять в структуру лабораторних занять та оцінюються в процесі поточного контролю на лабораторних заняттях під час вивчення відповідних тем.

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

Політика науково-педагогічного працівника щодо здобувача освіти полягає в послідовному та цілеспрямованому здійсненні навчального процесу на засадах прозорості, доступності, наукової обґрунтованості, методичної доцільності та відповідальності учасників освітнього процесу.

Всі учасники освітнього процесу повинні дотримуватись вимог чинного законодавства України, Статуту і Правил внутрішнього розпорядку ВНУ імені Лесі Українки, загальноприйнятих моральних принципів, правил поведінки та корпоративної культури; підтримувати атмосферу доброзичливості, порядності та толерантності.

Вивчення освітнього компонента передбачає постійну роботу здобувачів освіти на кожному занятті. Середовище під час проведення лекційних та лабораторних робіт є творчим, дружнім, відкритим для конструктивної критики та дискусії. Здобувачі освіти не повинні спізнюватися на заняття. Усі студенти на лабораторних роботах відповідно до правил техніки безпеки повинні бути одягненими в білі халати. Перед початком заняття студенти повинні вимкнути звук засобів зв'язку (мобільний телефон, смарт-годинник тощо).

Здобувачі освіти здійснюють попередню підготовку до лекційних та лабораторних занять згідно з переліком рекомендованих джерел. До початку курсу необхідно встановити на мобільні пристрої або ноутбуки застосунки Microsoft Office 365 (Teams, Forms, One Note) для роботи з доступними матеріалами курсу. Вхід для активації облікового запису відбувається через корпоративну пошту з доменом – @vnu.edu.ua. Корпоративна пошта з паролем видається методистом деканату медичного факультету.

Оцінювання здобувачів освіти здійснюється відповідно до Положення про поточне та підсумкове оцінювання знань здобувачів освіти Волинського національного університету імені Лесі Українки https://vnu.edu.ua/sites/default/files/2022-07/Polozh_pro_otzin_ped%2BМЕД.pdf

В освітньому процесі застосовується дві шкали оцінювання: багатобальна (200-бальна) шкала та 4- бальна шкала. Результати конвертуються із однієї шкали в іншу згідно із нижче наведеними правилами. Дисципліну «Страховання, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» слухають здобувачі протягом 5 семестру і складають залік (максимальна кількість балів за поточну навчальну діяльність – 200 балів).

Оцінювання поточної успішності здійснюється на кожному лабораторному занятті за 4-бальною шкалою (5 – «відмінно», 4 – «добре», 3 – «задовільно», 2 – «незадовільно»). На кожному лабораторному заняття студент отримує оцінку за цією шкалою.

Рівень володіння теоретичними знаннями та оволодіння практичними компетентностями, які розглядаються на лекційних та лабораторних заняттях, а також вивчаються здобувачами самостійно, визначається за 4-бальною шкалою відповідно до підсумкових критеріїв, які зазначені нижче.

Сукупність знань, умінь, навичок, компетентностей, які набуті здобувачем у процесі навчання з кожної теми орієнтовно оцінюється за такими критеріями:

– 5 ("відмінно") – здобувач бездоганно засвоїв теоретичний матеріал теми заняття, демонструє глибокі і всебічні знання відповідної теми, основні положення наукових джерел, логічно мислить і формує відповідь, вільно використовує набуті теоретичні знання при аналізі практичного матеріалу, висловлює своє ставлення до тих чи інших проблем, демонструє високий рівень засвоєння практичних навичок;

– 4 ("добре") – здобувач добре засвоїв теоретичний матеріал заняття, володіє основними аспектами з джерел, аргументовано викладає його; володіє практичними навичками, висловлює свої міркування з приводу тих чи інших проблем, але припускається певних неточностей і похибок у логіці викладу теоретичного змісту або при виконанні практичних навичок;

– 3 ("задовільно") – здобувач в основному опанував теоретичними

знаннями навчальної теми, орієнтується в рекомендованих джерелах, але непереконливо відповідає, плутає поняття, додаткові питання викликають у здобувача невпевненість або відсутність стабільних знань; відповідаючи на запитання практичного характеру, виявляє неточності у знаннях, не вміє оцінювати факти та явища, припускається помилок при виконанні практичних навичок;

– 2 ("незадовільно") – здобувач не опанував навчальний матеріал теми, не знає наукових фактів, визначень, майже не орієнтується в джерелах, відсутнє наукове мислення, практичні навички не сформовані.

Здобувач має отримати оцінку на кожному лабораторному занятті. У разі пропуску лабораторного заняття здобувач освіти зобов'язаний його відпрацювати у повному обсязі на консультаціях за графіком відпрацювання лабораторних занять, але не пізніше останнього тижня у відповідному семестрі. Якщо здобувач пропустив більше, ніж 3 практичні заняття, він має отримати дозвіл на їх відпрацювання у деканаті.

Відвідування занять здобувачами є обов'язковим та дає можливість отримати загальні та фахові компетентності. За об'єктивних причин (наприклад, хвороба, карантин, міжнародне стажування) навчання може відбуватись індивідуально (в он-лайн формі за погодженням із деканом факультету) або може бути відпрацьоване на консультаціях відповідно до встановленого порядку.

У разі наявності диплома молодшого спеціаліста (молодшого бакалавра, фахового молодшого бакалавра) можливе зарахування (перезарахування) певної кількості годин відповідно до Положення про визнання результатів навчання, отриманих у формальній, неформальній та/або інформальній освіті у Волинському національному університеті імені Лесі Українки.

У разі наявності документа, що засвідчує навчання на сертифікованих курсах, онлайн-курсах, які дотичні до тем освітнього компонента, можливе

зарахування певної кількості балів (за попереднім погодженням з викладачем), відповідно до Положення про визнання результатів навчання, отриманих у формальній, неформальній та/або інформальній освіті у Волинському національному університеті імені Лесі Українки.

У разі переходу на дистанційну форму навчання викладання курсу відбувається в команді освітнього середовища Microsoft Office 365 відповідно до Положення про дистанційне навчання та додаткових розпоряджень ректорату.

Політика щодо академічної доброчесності.

Науково-педагогічний працівник і здобувач освіти мають дотримуватись ст. 42 Закону України «Про освіту». Усі здобувачі освіти повинні ознайомитись із основними положеннями Кодексу академічної доброчесності Волинського національного університету імені Лесі Українки та Ініціативою академічної доброчесності та якості освіти – Academic IQ.

У разі недотриманням студентом *засад академічної доброчесності* - 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. Якщо з об'єктивних причин заняття пропущене, здобувач відпрацьовує тему лабораторного заняття. День та години відпрацювання визначаються графіком консультацій, який оприлюднюється.

У випадку невиконання та не відпрацювання лабораторних робіт студент не допускається до підсумкового контролю та його підсумковий бал за поточний семестр не визначається.

Терміни проведення іспиту, а також терміни ліквідації академічної заборгованості визначаються розкладом екзаменаційної сесії. У разі не складання заліку, студент може перездати його двічі.

У відомості, індивідуальному навчальному плані (заліковій книжці) здобувача освіти записується підсумкова кількість балів за залік.

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ

Формою підсумкового контролю є залік.

Максимальна кількість балів, яку може набрати здобувач за поточну навчальну діяльність при вивченні ОК становить 200 балів. Мінімальна кількість балів, яку повинен набрати здобувач за поточну навчальну діяльність для зарахування дисципліни становить 122 бали. Розрахунок кількості балів проводиться на підставі отриманих здобувачем освіти оцінок за 4-бальною шкалою під час вивчення дисципліни впродовж семестру, шляхом обчислення середнього арифметичного (далі – СА), округленого до двох знаків після коми.

Отримана величина конвертується у бали за 200-бальною шкалою згідно таблиці

Залік виставляється за результатами поточної роботи здобувача за умови, що здобувач виконав ті види навчальної роботи, які визначено цим силабусом. У випадку, якщо здобувач освіти не відвідував окремі аудиторні заняття (з поважних причин), на консультаціях він має право відпрацювати пропущені заняття та добрати ту кількість балів, яку було визначено на пропущені теми.

У дату складання заліку викладач записує у відомість суму поточних балів, які здобувач освіти набрав під час поточної роботи (шкала від 0 до 200 балів).

Таблиця 1

Перерахунок середньої оцінки за поточну діяльність у багатобальну шкалу для дисциплін, що завершуються заліком

4-бальна шкала	200-бальна шкала	4-бальна шкала	200-бальна шкала	4-бальна шкала	200-бальна шкала	4-бальна шкала	200-бальна шкала
5	200	4.45	178	3.92	157	3.37	135
4.97	199	4.42	177	3.89	156	3.35	134
4.95	198	4.4	176	3.87	155	3.32	133
4.92	197	4.37	175	3.84	154	3.3	132
4.9	196	4.35	174	3.82	153	3.27	131
4.87	195	4.32	173	3.79	152	3.25	130
4.85	194	4.3	172	3.77	151	3.22	129
4.82	193	4.27	171	3.74	150	3.2	128
4.8	192	4.24	170	3.72	149	3.17	127
4.77	191	4.22	169	3.7	148	3.15	126
4.75	190	4.19	168	3.67	147	3.12	125
4.72	189	4.17	167	3.65	146	3.1	124
4.7	188	4.14	166	3.62	145	3.07	123
4.67	187	4.12	165	3.57	143	3.02	121
4.65	186	4.09	164	3.55	142	3	120
4.62	185	4.07	163	3.52	141	Менше 3	Не- достатньо
4.6	184	4.04	162	3.5	140		
4.57	183	4.02	161	3.47	139		
4.52	181	3.99	160	3.45	138		
4.5	180	3.97	159	3.42	137		
4.47	179	3.94	158	3.4	136		

У випадку, якщо здобувач набрав менше, ніж 122 бали, він складає залік під час ліквідації академічної заборгованості. У цьому випадку бали, набрані під час поточного оцінювання, анулюються. Максимальна кількість балів під час ліквідації академічної заборгованості з заліку – 200. Повторне складання заліку допускається не більше як два рази: один раз – викладачеві, другий – комісії, яку створює декан факультету.

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ

**Шкала оцінювання знань здобувачів освіти з освітніх компонентів,
де формою контролю є залік**

Оцінка в балах	Лінгвістична оцінка
170–200	Зараховано
150–169	
140–149	
130–139	
122–129	
1–121	Незараховано (необхідне перескладання)

ПИТАННЯ ТА ЗАВДАННЯ НА ЗАЛІК

1. Характеристика навчання правильним рухам та вертикалізації пацієнтів.
2. Характеристика страховки при переміщенні без допоміжних засобів пересування.
3. Характеристика страховки при переміщенні з допоміжними засобами пересування.
4. Класифікація допоміжних засобів пересування та обладнання для побутового використання.
5. Характеристика допоміжних засобів пересування та обладнання для побутового використання.
6. Підбір допоміжних засобів пересування та обладнання для побутового використання.
7. Організація переміщення пацієнта (підготовка, принципи, застереження).
8. Варіанти класифікацій переміщень пацієнта.
9. Моделі пересування при застосуванні підпахвових милиць.
10. Моделі пересування при застосуванні підліктювих милиць.
11. Моделі пересування при застосуванні статичних ходунців.
12. Моделі пересування при застосуванні динамічних ходунців.
13. Моделі пересування при застосуванні одноопорної тростини.
14. Моделі пересування при застосуванні чотириопорної тростини.
15. Страховка при ходьбі пацієнта без милиць.
16. Страховка при ходьбі пацієнта з милицями.
17. Уміння демонструвати навички ходи з милицями: без навантаження травмованої кінцівки.
18. Уміння демонструвати навички ходи з милицями: з частковим навантаженням травмованої кінцівки.
19. Уміння демонструвати навички переміщення по сходах з милицями.
20. Уміння демонструвати навички ходьби з ходунками.

21. Види ходунків.
22. Типи конструкцій ходунків.
23. Стілець-туалет-реабілітаційне обладнання.
24. Засоби для душу. Правила користування ванною кімнатою для людей з інвалідністю.
25. Демонстрація навички перевертання пацієнта на бік після ендопротезування кульшового (колінного) суглобу.
26. Демонстрація навички пересування пацієнта на бік після ендопротезування кульшового (колінного) суглобу.
27. Переміщення у візку. Піднімання на бордюру.
28. Переміщення у візку. Спускання з бордюру.
29. Переміщення у візку. Піднімання на сходи.
30. Переміщення у візку. Спускання зі сходів.
31. Моделі пересування на інвалідній колясці.
32. Загальна характеристика засобів страхування при переміщенні осіб після травм ОРА.
33. Загальна характеристика засобів страхування при переміщенні осіб з інвалідністю.
34. Позиції страхування при ходьбі різною поверхнею.
35. Правила користування обладнанням для ванної кімнати та туалету для осіб з інвалідністю.
36. Допоміжне обладнання та пристосування для пацієнтів з обмеженням руху.
37. Супровід осіб з інвалідністю.
38. Характеристика засобів та обладнання для переміщення з ліжка для осіб з обмеженням руху.
39. Характеристика засобів та обладнання для переміщення з ліжка для осіб з паралічами.
40. Правила користування пандусами.

41. Загальні вимоги з правила безпеки при переміщенні людей з інвалідністю.
42. Варіанти класифікації переміщень для людей з обмеженими можливостями в русі.
43. Залежне переміщення в позі сидячи.
44. Незалежне переміщення в позі сидячи.
45. Залежне та незалежне переміщення в позі стоячи.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ

Основна література

1. Майкова Т.В. Ерготерапія: підручник/ Т.В. Майкова, С.М. Афанасьєв, О.С.Афанасьєва. – Дніпро: Журфонд, 2019. – 374 с.
2. Грейда Н.Б. Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії: методичні рекомендації для проведення лабораторних робіт / Н.Б.Грейда. - Луцьк, 2022. - 43 с.
3. Фізична реабілітація при ендопротезуванні органів та суглобів: навчальний посібник [Електронний ресурс] : навч. посібник для студ. спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія»/ О.О. Глиняна, Ю.В. Копчинська, І.Ю. Худецький; КПІ ім. Ігоря Сікорського. – Електронні текстові дані (1 файл 173 МБ). – Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2020. – 190 с.

Додаткова література

1. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію: навч. посібник / А. С. Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. – 186 с.
2. Грейда Н.Б. Основи ерготерапії та функціональне тренування: конспект лекцій / Н.Б.Грейда. - Луцьк, 2022. - 50 с.
3. 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. Зоря. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2019. – С. 78-80.
4. 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.
 5. 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.
 6. 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>
 7. Грейда Н.Б. Основи занятійної науки або окупаційної терапії / Н. Б. Грейда, О. Я. Андрійчук, В. Є. Лавринюк // Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти : матеріали VI наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 9 грудня 2020 р.) / ред. В. В. Чижик. – Луцьк: ЛІРоЛ, 2020. – С. 52-53
 8. Грейда Н.Б. Основні засоби фізичної терапії в постінсультний період в умовах військового стану / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, Н.Я.Ульяницька, В.Є.Лавринюк. Полтавські дні громадського здоров'я: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, (м. Полтава, 27 травня 2022 р.). - Полтава, 2022. С. 27-28.

9. Лянной Ю. О. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / Ю. О. Лянной ; ред. Ю. О. Лянной. - Суми : Вид-во Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2020. – 368 с.
10. 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.
11. Швесткова О. Ерготерапія: підручник / О. Швесткова, С. Катержина. – Київ: Чеський центр у Києві, 2019. – 280 с.
12. 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, 2016. – Вип.7. – Т.2. – С.409-424.
13. Яримбаш К. С. Фізична реабілітація осіб з особливими потребами: підручник / К.С.Яримбаш, О. Є. Дорофєєва, О. С. Афанасьєва. - Дніпро : Журфонд, 2020. - 215 с.
14. Radder D.L.M. Physical therapy and occupational therapy in parkinsons disease. International Journal of Neuroscience. – 2017.- №10. – P.930-945.

Електронні ресурси:

1. Рада ерготерапевтів європейських країн / Council of Occupational Therapists for the European Countries <http://www.cotec-europe.org>
2. Світова федерація ерготерапевтів / World Federation of Occupational Therapists (WFOT) <http://www.wfot.org>
3. Репозитарій спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" – <http://194.44.187.60/moodle/course/view.php?id=799>
4. Глосарій спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" – <http://194.44.187.60/moodle/course/view.php?id=801>

5. <http://www.booksmed.com/travmatologiya/811-travmatologiya-i-ortopediyasklyarenko-yet.html>
6. <http://kingmed.info/media/book/5/4154.pdf><http://healthgate.com>,
7. <http://www.booksmed.com/travmatologiya/>
8. Електронний каталог ЛДУФК імені Івана Боберського [Електронний ресурс]. –Режим доступу: <http://3w.ldufk.edu.ua/>
9. Електронний репозитарій ЛДУФК імені Івана Боберського [Електронний ресурс]. –Режим доступу: <http://repository.ldufk.edu.ua/>
10. <http://altreabel.by/ergotherapy/ergo.php>
11. http://www.e-reading.by/bookreader.php/87218/Krasnova%2C_Belyanskaya_-_Reabilitaciya_posle_insul%27ta.html#label65
12. https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/32974/1/NavchPosib_Fizychna-reabilitatsiia-pry-endoprotezuvanni.pdf

Конспект лекцій

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