

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича

ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Навчальний посібник



Чернівці

Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича

2024

УДК 378:615.8(072)

Б 87

Друкується за ухвалою Вченої ради
Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича
(Протокол № 8 від 27 травня 2024 р.)

Рецензенти:

Жигульова Евеліна Олександрівна – завідувачка кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних основ фізичного виховання Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка кандидатка біологічних наук, доцент.

Звіряка Олександр Миколайович – завідувач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент

Бражанюк А.О., Доцюк Л.Г.

Б 87 Технічні засоби реабілітації : навч. посіб. Чернівці: Чернівец. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2024. 190 с.

ISBN 978-966-423-863-9

Структура навчального посібника складається з 3 розділів, які ознайомлюють студентів з існуючими технічними засобами реабілітації, особливостями їх підбору та способів страхування для мобільності пацієнта/клієнта, що є невід'ємною частиною реабілітації.

Для студентів закладів вищої освіти та викладачів фізичної терапії та ерготерапії.

УДК 378:615.8(072)

ISBN 978-966-423-863-9

© Бражанюк А.О., Доцюк Л.Г., 2024

© Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича, 2024

ЗМІСТ

РОЗДІЛ I. ЗАКОНОДАВЧІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ.....	5
1.1. Загальні поняття та визначення реабілітації.....	5
1.2. Реалізація державної політики у сфері реабілітації людей з інвалідністю.....	9
1.3. Державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю.....	10
1.4. Медико-соціальна експертиза щодо визначення ступеня обмеження життєдіяльності людей з інвалідністю.....	11
1.5. Система реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю.....	15
1.6. Складові системи реабілітації осіб з інвалідністю.....	17
1.7. Державний типовий план реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування.....	21
1.8. Порядок забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, в тому числі допоміжними засобами реабілітації.....	23
РОЗДІЛ II. КРІСЛА КОЛІСНІ. ПІДБІР КРІСЕЛ КОЛІСНИХ. ПЕРЕМІЩЕННЯ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ..	32
2.1. Класифікація крісел колісних та їх технічне оснащення.....	32
2.1.1. Крісла-каталки.....	33
2.1.2. Низькоактивні крісла колісні.....	35
2.1.3. Середньоактивні крісла колісні.....	37
2.1.4. Активні крісла колісні	39
2.1.5. Багатофункціональні крісла колісні.....	42
2.1.6. Крісла колісні з електроприводом.....	44
2.1.7. Дорожні крісла колісні.....	46
2.1.8. Електроскутери	49
2.1.9. Дошки для пересування (коляски малогабаритні)	51
2.1.10. Триколісні велосипеди для дітей з інвалідністю.....	52
2.2. Облаштування житлового приміщення для людини у кріслі колісному.....	53
2.3. Способи підбору крісла колісного.....	55
2.4. Пряме положення сидячи пацієнта/клієнта у кріслі колісному.....	60
2.5. Виникнення пролежнів від неправильного положення пацієнта/клієнта у кріслі колісному.....	65
2.6. Навички переміщення з крісла колісного та у нього.....	77

2.7. Навички пересування в кріслі колісному.....	82
2.8. Правила безпеки при тренуванні навичок переміщення у кріслі колісному.....	92
2.9. Навички перенесення та підйому пацієнта / клієнта з крісла колісного та у нього.....	104
РОЗДІЛ III. ЗАСОБИ ДЛЯ ХОДІННЯ, КЕРОВАНІ ОДНІЄЮ Й ОБОМА РУКАМИ.....	128
3.1. Палиці.....	128
3.2. Милиці.....	133
3.3. Ходунки	137
3.4. Способи підбору допоміжних засобів для пересування....	146
3.5. Рівні осьового навантаження.....	149
3.6. Моделі пересування з допоміжними засобами.....	152
3.7. Страхування пацієнта під час ходи.....	155
Література.....	160
Додатки.....	161

РОЗДІЛ І

ЗАКОНОДАВЧІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ

1.1. Загальні поняття та визначення реабілітації

У Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:

Особа з інвалідністю – особа, старша 18 років, у якої відповідно до законодавства встановлено стійке обмеження життєдіяльності у зв'язку з інвалідністю.

Дитина з інвалідністю – особа, яка ще не досягла повноліття (до 18 років), у якої відповідно до законодавства встановлено стійке обмеження життєдіяльності у зв'язку з інвалідністю.

Інвалідність – міра втрати здоров'я внаслідок захворювання, травми (її наслідків) або вроджених вад, що може обмежувати життєдіяльність особи при взаємодії із зовнішнім середовищем. Держава зобов'язана створити рівні умови для реалізації прав особи з інвалідністю нарівні з іншими громадянами й забезпечувати її соціальний захист.

Утрата здоров'я – наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, психічного та соціального неблагополуччя.

Медико-соціальна експертиза – визначення ступеня стійкого обмеження життєдіяльності, групи інвалідності, причини та часу їх настання, а також доопрацювання і затвердження індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю) у межах стратегії компенсації на основі індивідуального реабілітаційного плану й комплексного реабілітаційного обстеження особи з обмеженням життєдіяльності.

Реабілітація осіб з інвалідністю – система фізичних, медичних, педагогічних, психологічних, трудових, професійних, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні й компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення та підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, крім того забезпечення осіб з інвалідністю

необхідними технічними й іншими засобами реабілітації, а також медичними виробами.

Реабілітаційні заходи – комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація осіб з інвалідністю.

Психолого-педагогічна реабілітація – це система психологічних і педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями та навичками, надання психологічної допомоги, зокрема в розвитку самоутвердження і адекватної самооцінки своїх можливостей, а також засвоєння правил суспільної поведінки через системну навчально-виховну роботу.

Професійна реабілітація – це система заходів, спрямованих на підготовку людини до професійної діяльності, відновлення або здобуття професійної працездатності через адаптацію, реадaptaцію, навчання, перенавчання або перекваліфікацію з можливим подальшим працевлаштуванням і необхідним соціальним супроводом з урахуванням особистих схильностей і побажань людини.

Трудова реабілітація – система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць.

Фізкультурно-спортивна реабілітація – комплекс заходів з використанням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та компенсацію втрачених функціональних можливостей її організму для поліпшення фізичного й психологічного стану за допомогою занять фізичною культурою і спортом.

Соціальна реабілітація – це система заходів, спрямованих на створення умов для повернення особи до активного участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності. Це досягається через соціально-середовищну орієнтацію й адаптацію, задоволення потреби в забезпеченні потрібними технічними та іншими засобами реабілітації.

Психологічна реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення та корекцію психологічних функцій, якостей і властивостей особи, а також на створення сприятливого середовища для розвитку й утвердження особистості.

Соціальна допомога – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення особи до активного життя і праці, відновлення її соціального статусу і розвиток у неї якостей та установок для адаптації до нормальних умов життєдіяльності. Це включає правовий і матеріальний захист її існування, підготовку до самообслуговування з розвитком здатності до пересування, спілкування, задоволення щоденних потреб тощо.

Професійна орієнтація – це науково обґрунтована система методів і засобів, спрямованих на допомогу особі у визначенні своєї професійної позиції. Це враховує її стан здоров'я, рівень освіти та професійну кваліфікацію, інтереси, здібності, індивідуальні психофізіологічні особливості та вимоги різних галузей економіки.

Професійний відбір – це науково обґрунтована система оцінки придатності особи для певної професії, спеціальності або робочого місця відповідно до вимог чинного законодавства.

Професійна адаптація – це комплекс заходів, спрямованих на успішний професійний розвиток працівника, формування у нього професійних навичок, установок і мотивації активно та творчо працювати.

Психологічна підтримка – це система методів і підходів з соціально-психологічної та психолого-педагогічної сфери, які надають допомогу особі для покращення її психоемоційного стану під час розвитку здібностей та самосвідомості, сприяють соціально-професійному самовизначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямовують зусилля особи на досягнення власної професійної кар'єри.

Психолого-педагогічний супровід – комплексна діяльність практичного психолога й корекційного педагога, спрямована на створення системи психолого-педагогічних, клініко-психологічних і психотерапевтичних умов, що допомагають засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному розвитку особи, нормалізації сімейних стосунків та її інтеграції в соціум.

Психологічна адаптація – це система дій, спрямованих на розвиток у особи здатності відповідати вимогам і критеріям, що існують у суспільстві, шляхом усвідомлення та прийняття норм і цінностей цього суспільства.

Робоче місце особи з інвалідністю – це місце на постійній або тимчасовій основі, де вона знаходиться під час праці на підприємствах, установах або організаціях.

Спеціальне робоче місце для особи з інвалідністю – це окрема робоча зона або локація на виробничій площі, яка потребує додаткових організаційних заходів для забезпечення комфортної праці особи з урахуванням її індивідуальних функціональних можливостей, зумовлених інвалідністю. Це передбачає пристосування основного та додаткового обладнання, технічних засобів тощо.

Індивідуальна програма реабілітації – комплексний набір реабілітаційних заходів, який включає оптимальні види, форми, обсяги й терміни проведення цих заходів, спрямованих на відновлення і компенсацію втрачених або порушених функцій організму й здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії, і включає визначення порядку та місця проведення цих заходів.

Реабілітаційний заклад – установа, заклад, підприємство, включаючи їх відділення та структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що проводить процес реабілітації осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю відповідно до державних соціальних стандартів у галузі реабілітації.

Догляд за особою з інвалідністю (включаючи дитину з інвалідністю) – це набір соціальних послуг, спрямованих на надання соціально-побутової допомоги, підтримки, захисту та забезпечення життєдіяльності цієї особи.

Основні завдання законодавства України з питань реабілітації осіб з інвалідністю

Основні завдання законодавства України з питань реабілітації осіб з інвалідністю такі:

- ✓ створення умов для зняття обмежень у життєдіяльності осіб з інвалідністю, відновлення та компенсація їх порушених або втрачених здатностей до повсякденної, професійної та суспільної активності;
- ✓ встановлення основних цілей системи реабілітації осіб з інвалідністю, видів і форм реабілітаційних заходів;
- ✓ визначення компетенцій між центральними та місцевими органами виконавчої влади й органами місцевого самоврядування;
- ✓ регулювання забезпечення матеріально-технічними, кадровими, фінансовими та науковими ресурсами системи реабілітації осіб

з інвалідністю;

- ✓ організаційно-структурне забезпечення державної соціальної політики щодо осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю;
- ✓ сприяння залученню громадських організацій осіб з інвалідністю до впровадження державної політики у цій сфері.

1.2. Реалізація державної політики у сфері реабілітації людей з інвалідністю

Державна політика України у сфері реабілітації осіб з інвалідністю:

- ✓ забезпечує узгодженість роботи системи реабілітації через безперервність, своєчасність і комплексність відновлювальних заходів і методик, доступність допоміжних засобів реабілітації і медичних виробів, а також реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня й обсягу фізичним, розумовим і психічним можливостям і стану здоров'я особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю;
- ✓ визначає правові, економічні та соціальні умови надання особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю послуг з реабілітації, враховуючи їх функціональні можливості, потреби в медичних výroбах і допоміжних засобах реабілітації;
- ✓ гарантує матеріально-технічне, фінансове, наукове й кадрове забезпечення системи реабілітації;
- ✓ устанавлює умови для відновлення або набуття трудових навичок, отримання освіти, професійної перепідготовки та працевлаштування з урахуванням функціональних можливостей осіб з інвалідністю, а також сприяє виробничій діяльності підприємств і громадських організацій, які представляють інтереси осіб з інвалідністю;
- ✓ забезпечує реабілітаційні заклади незалежно від їх відомчого підпорядкування, типу й форми власності рівними умовами для проведення реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю;
- ✓ устанавлює вимоги до об'єктів соціальної інфраструктури й інформації з метою забезпечення безперешкодного доступу для осіб з інвалідністю, шляхом усунення природних, комунікаційних і архітектурних бар'єрів;
- ✓ підтримує участь громадських організацій, зокрема тих, які представляють інтереси осіб з інвалідністю, у формуванні й реалізації державної політики у цій сфері.

Органи виконавчої влади й місцевого самоврядування спільно з громадськими організаціями, особами з обмеженими можливостями, фахівцями з реабілітації, медичними працівниками й уповноваженими органами професійного самоврядування здійснюють розробку та впровадження програм, спрямованих на запобігання виникненню інвалідності, а також на відновлення або компенсацію функціональних порушень через реабілітаційні заходи у сфері охорони здоров'я, психолого-педагогічної, психологічної, трудової, професійної, фізкультурно-спортивної та соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, включаючи дітей з інвалідністю.

1.3. Державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю

Державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю здійснюється центральними та місцевими органами виконавчої влади, а також органами місцевого самоврядування. У межах своїх повноважень вони керують підприємствами, установами та закладами системи реабілітації, проводять аналітично-прогнозну діяльність, визначають тенденції розвитку та вплив демографічної, соціально-економічної, екологічної ситуації, а також інфраструктури виробничої та невиробничої сфер, ринку праці на стан інвалідності населення. Вони формують напрями взаємодії різних ланок системи реабілітації, стратегічні напрями її розвитку, узагальнюють вітчизняний і світовий досвід у цій сфері.

Центральні органи виконавчої влади, відповідальні за розробку державної політики у сферах соціального захисту, охорони здоров'я, освіти, фізичної культури і спорту, будівництва й архітектури, культури, разом з іншими центральними органами виконавчої влади, що мають відповідні повноваження, керують системою реабілітації осіб з інвалідністю, виконуючи заходи, спрямовані на їхнє відновлення та інтеграцію у суспільство.

Центральні органи виконавчої влади в межах своїх компетенцій здійснюють координацію роботи реабілітаційних заходів на місцевому рівні, організують розробку та впровадження цільових державних програм, впроваджують правові, економічні й організаційні механізми для стимулювання ефективності діяльності реабілітаційних закладів, розширення їх мережі та сприяння міжнародному співробітництву.

1.4. Медико-соціальна експертиза з визначення ступеня обмеження життєдіяльності людей з інвалідністю

Для дорослих осіб медико-соціальна експертиза проводиться медико-соціальними експертними комісіями, а для дітей – лікарсько-консультативними комісіями закладів охорони здоров'я.

Після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів, огляд повнолітніх осіб з порушеннями стану здоров'я та осіб з інвалідністю, які були направлені відповідними медичними закладами, а також дітей з порушеннями стану здоров'я та дітей з інвалідністю, проводиться при наявності підтвердженої інформації про стійкий розлад функцій організму, спричинений фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які мають медичне підґрунтя у вигляді захворювань, травм або вроджених вад.

Залежно від ступеня стійкого порушення функцій організму, спричиненого захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, а також можливого обмеження життєдіяльності при взаємодії з навколишнім середовищем унаслідок втрати здоров'я, особі, визнаній особою з інвалідністю, встановлюється перша, друга або третя група інвалідності.

Перша категорія інвалідності розподіляється на підкатегорії А і Б залежно від рівня втрати здоров'я особи з інвалідністю й необхідності постійної зовнішньої допомоги, стороннього догляду або медичного контролю.

До підгрупи А першої групи інвалідності належать особи з надзвичайно високим ступенем втрати здоров'я, які вкрай залежні від постійного стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду інших осіб і фактично не здатні до самообслуговування.

До підгрупи Б першої групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, які значно залежать від інших осіб у забезпеченні життєво важливих соціально-побутових функцій, але частково здатні виконувати окремі елементи самообслуговування.

Лікарсько-консультативні комісії у закладах охорони здоров'я встановлюють категорію «дитина з інвалідністю» для осіб до 18 років. Для осіб цього вікового діапазону, які мають високий рівень втрати здоров'я та потребують постійного стороннього догляду, допомоги або медичного нагляду і не можуть самостійно

обслуговуватися, встановлюється категорія «дитина з інвалідністю» підгрупи А.

Медико-соціальні експертні комісії визначають:

✓ групу інвалідності, її причину та час настання. Особа може одночасно бути визнана особою з інвалідністю лише однієї групи і з однієї причини. При підвищенні групи інвалідності через виникнення більш тяжкого захворювання, причина інвалідності встановлюється на вибір особи. Якщо однією з причин інвалідності є інвалідність з дитинства, вказуються дві причини інвалідності;

✓ види трудової діяльності, рекомендовані особі з інвалідністю за станом здоров'я. Висновок про нездатність до трудової діяльності внаслідок інвалідності готується винятково за згодою особи (крім випадків, коли особу визнано недієздатною);

✓ причинний зв'язок інвалідності із захворюванням чи каліцтвом, що виникли у дитинстві, або вродженою вадою;

✓ ступінь утрати професійної працездатності потерпілим від нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання;

✓ ступінь утрати здоров'я, групу інвалідності, причину, зв'язок і час настання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок політичних репресій або Чорнобильської катастрофи;

✓ медичні рекомендації щодо отримання автомобіля особами з інвалідністю та обмеження на їхнє керування ним.

Медико-соціальні експертні комісії:

✓ визначають компенсаторно-адаптаційні можливості особи, реалізація яких сприяє медичній, професійній, трудовій, психолого-педагогічній, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації;

✓ складають і коригують індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, у якій визначаються реабілітаційні заходи та терміни їх виконання, і контролюють повноту та ефективність виконання цієї програми;

✓ аналізують виробничі, медичні, психологічні, екологічні й соціальні причини виникнення інвалідності, її рівень і динаміку, та беруть участь у розробці комплексних заходів щодо профілактики й зниження рівня інвалідності серед дорослого населення, а також удосконалення реабілітаційних заходів.

✓ забезпечують своєчасний огляд (переогляд) дорослих осіб з порушеннями стану здоров'я та осіб з інвалідністю. Якщо особа, яка звертається для встановлення інвалідності, не може прибути на огляд

(переогляд) до комісії за станом здоров'я, підтвердженим висновком лікарсько-консультативної комісії, огляд (переогляд) проводиться за місцем її проживання (вдома). Це також місця проживання у стаціонарних установах для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, закладах соціального захисту для бездомних осіб, центрах соціальної адаптації або в закладах охорони здоров'я, де така особа перебуває на лікуванні;

✓ вносять інформацію про дорослих осіб, визнаних інвалідами, до централізованого банку даних з проблемами інвалідності.

Лікарсько-консультативні комісії закладів охорони здоров'я:

✓ установлюють наявність стійкого розладу функцій організму дитини та можливі обмеження її життєдіяльності у взаємодії із зовнішнім середовищем;

✓ складають (коригують) індивідуальну програму реабілітації дитини з інвалідністю, визначають реабілітаційні заходи та терміни їх виконання, здійснюють контроль за повнотою й ефективністю виконання цієї програми;

✓ надають консультативну допомогу з питань реабілітації і стороннього догляду, диспансерного нагляду або допомоги дітям з інвалідністю;

✓ забезпечують своєчасний огляд (переогляд) дітей з порушеннями стану здоров'я і дітей з інвалідністю.

Медико-соціальні послуги з огляду повнолітніх осіб, а також послуги лікарсько-консультативних комісій з огляду дітей надаються безкоштовно.

Порядок, умови і критерії визначення інвалідності медико-соціальними експертними комісіями та лікарсько-консультативними комісіями закладів охорони здоров'я затверджуються рішенням Кабінету Міністрів України.

Людям, які звертаються для встановлення інвалідності з причин анатомічних дефектів, незворотних порушень функцій органів і систем організму, а також особам, які досягли пенсійного віку згідно з Законом України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», інвалідність установлюється безстроково. Також особам, які отримали травму під час антитерористичної операції, під час прямої участі у заходах із забезпечення національної безпеки й оборони, відсічі збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, забезпечення їх проведення, перебуваючи

безпосередньо в районах та під час реалізації цих заходів, якщо внаслідок цього отримано травми, що призвели до необоротних втрат верхніх та/або нижніх кінцівок (їх частин), необоротні втрати іншого органу або повної стійкої втрати функцій органу, що призвело до інвалідності, група інвалідності встановлюється без вказівки строки повторного огляду (безстроково), інвалідність устанавлюється безстроково та на вищий ступінь за критеріями, встановленими законодавством, але не вище I групи. Переогляд для підвищення групи інвалідності відбувається за особистою заявою особи з інвалідністю або за рішенням суду у разі змін у стані здоров'я або здатності до праці.

Процедура переогляду для підвищення групи інвалідності та вичерпний перелік анатомічних дефектів, необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів і захворювань, при яких встановлюється безстрокова група інвалідності, ухвалюються рішенням Кабінету Міністрів України.

Експертиза професійної придатності осіб з інвалідністю

Експертиза професійної придатності повнолітніх осіб з інвалідністю проводиться медико-соціальними експертними комісіями, до складу яких входять спеціалісти з інженерної психології (психології праці) та психології професійного відбору, педагогічні працівники, які займаються навчанням і професійною підготовкою осіб з інвалідністю, а також спеціалісти державної служби зайнятості.

Висновок медико-соціальної експертної комісії щодо професійної придатності вводяться до індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю і є основою для проведення професійної орієнтації, отримання професійної освіти та подальшого працевлаштування, враховуючи бажання і думку самої особи з інвалідністю (у випадку дитини з інвалідністю – для навчання).

Рішення, прийняті медико-соціальними експертними комісіями, є обов'язкові для виконання всіма органами влади, місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій і реабілітаційних закладів, незалежно від їхнього типу і форми власності.

1.5. Система реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю

Структура системи реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю

Систему реабілітації осіб з інвалідністю, а також дітей з інвалідністю складають:

✓ органи виконавчої влади й місцевого самоврядування, що керують системою реабілітації осіб з інвалідністю;

✓ реабілітаційні заклади незалежно від їх відомчого статусу, типу та форми власності;

✓ будинки дитини – заклади дошкільної освіти в системі охорони здоров'я для дітей віком до чотирьох років з фізичними та/або інтелектуальними порушеннями незалежно від відомчого підпорядкування, типу та форми власності;

✓ заклади дошкільної освіти комбінованого типу (ясла-садки) призначені для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років. У цих закладах можуть бути різні групи, зокрема загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні й прогулянкові. Дошкільна освіта в таких закладах надається з урахуванням стану здоров'я дітей, їх розумового, психологічного та фізичного розвитку, незалежно від відомчого підпорядкування, типу та форми власності;

✓ центри розвитку дитини – заклади дошкільної освіти, які входять до системи освіти. У них забезпечуються фізичний, розумовий і психологічний розвиток, проводиться корекція фізичного й психологічного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші заклади освіти чи виховуються вдома;

✓ спеціальні заклади освіти – це освітні заклади загальної середньої освіти та навчально-реабілітаційні центри, де навчаються діти, що потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку;

✓ заклади, що перебувають під управлінням центральних органів виконавчої влади і відповідають за розробку та втілення державної політики у сфері соціального захисту населення і охорони здоров'я;

✓ установи й організації, які надають соціальні послуги, незалежно від їх типу та форми власності.

✓ реабілітаційні відділення в санаторно-курортних закладах;

✓ підприємства з виробництва протезів і ортопедичних виробів, незалежно від їх відомчого підпорядкування, типу та форми власності.

✓ культурні установи, санаторно-курортні заклади, та оздоровчі заклади, що належать до громадських організацій, які обслуговують осіб з інвалідністю;

✓ наукові установи, які працюють у галузі академічних і спеціалізованих досліджень, а також у розробці науково-методичних матеріалів і беруть участь у впровадженні державної політики з реабілітації осіб з інвалідністю.

Типи реабілітаційних закладів

Реабілітаційні заклади залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони виконують, поділяють на такі типи:

- ✓ «реабілітації у сфері охорони здоров'я;
- ✓ медико-соціальної реабілітації;
- ✓ соціальної реабілітації;
- ✓ психолого-педагогічної реабілітації;
- ✓ професійної реабілітації;
- ✓ трудової реабілітації;
- ✓ фізкультурно-спортивної реабілітації» [9].

[<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>].

Реабілітаційні заклади можуть бути змішаного типу.

Створення і припинення діяльності реабілітаційних закладів

Реабілітаційні установи в Україні можуть бути створені на основі державної, комунальної, приватної власності або шляхом об'єднання різних форм власності.

Порядок створення, реорганізації в ліквідації установ визначається законом.

Необхідність державних реабілітаційних закладів визначається згідно із соціально-економічними і демографічними потребами України та її регіонів центральними органами виконавчої влади в межах їхніх повноважень. Рішення про їх створення приймаються Кабінетом Міністрів України, міністерствами, іншими центральними та місцевими органами виконавчої влади.

Місцеві органи виконавчої влади визначають необхідність комунальних реабілітаційних закладів, а органи місцевого самоврядування приймають рішення щодо їх створення.

Реабілітаційні установи приватної власності, у тому числі ті, що належать до громадських організацій, можуть надавати реабілітаційні послуги на професійній основі за рахунок власних, залучених або державних коштів у встановленому порядку, який визначає Кабінет Міністрів України.

Реабілітаційні заклади незалежно від свого статусу і підпорядкування забезпечують якість реабілітації (абілітації) згідно із державними соціальними нормативами у сфері реабілітації, критеріями та вимогами до реабілітаційних заходів.

Державні соціальні нормативи у сфері реабілітації

«Державні соціальні нормативи у сфері реабілітації осіб з інвалідністю встановлюють вимоги до змісту й обсягу реабілітаційних заходів з відновлення та компенсації обмежених функціональних можливостей особи з інвалідністю з урахуванням оцінки стану її здоров'я щодо здатності до самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, контролювання своєї поведінки, навчання і зайняття трудовою діяльністю.

Державні соціальні нормативи у сфері реабілітації осіб з інвалідністю розробляються центральними органами виконавчої влади в межах їх повноважень, за участю реабілітаційних закладів, відповідних науково-дослідних установ, на основі наукових досліджень» [9] [<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>].

1.6. Складові системи реабілітації осіб з інвалідністю

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю складається на основі Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю медико-соціальною експертною комісією для повнолітніх осіб з інвалідністю, лікарсько-консультативними комісіями закладів охорони здоров'я для дітей з інвалідністю. Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, витрат за рахунок бюджетних коштів або державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю здійснюють відповідні медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії для дітей з інвалідністю), місцеві державні адміністрації, служби зайнятості, реабілітаційні заклади та інші відповідні органи.

Обсяг реабілітаційних заходів, який передбачається індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю, повинен бути меншим, ніж той, що визначений у Державній типовій програмі реабілітації осіб з інвалідністю.

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю обов'язкова для виконання всіма органами виконавчої влади й місцевого самоврядування, реабілітаційних закладів, підприємств, установ, організацій, де працює або перебуває особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю, незалежно від їх підпорядкування, типу і форми власності.

Індивідуальна програма реабілітації для особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю має рекомендаційний характер. Особа з інвалідністю (чи її законний представник у разі неповноліття) має право відмовитися від будь-якого виду, форми або обсягу реабілітаційних заходів, запропонованих її індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Особа з інвалідністю (законний представник недієздатної особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю) має право брати участь у виборі медичних виробів, конкретних допоміжних засобів реабілітації, реабілітаційних послуг і санаторно-курортного лікування тощо в межах її індивідуальної програми реабілітації в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, порядок фінансування та реалізації затверджується Кабінетом Міністрів України.

Види реабілітаційних заходів

Згідно із Державною типовою програмою реабілітації осіб з інвалідністю можуть проводитися такі види реабілітаційних заходів щодо осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю:

✓ «заходи з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачають медикаментозне лікування в рамках компетенцій лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичну терапію, ерготерапію, терапію мови та мовлення, забезпечення протезуванням, ортезуванням, допоміжними засобами реабілітації, медичними виробами (медичними виробами) відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я;

✓ психологічні, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій особи з інвалідністю, її мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції;

✓ професійні, які передбачають сприяння у професійному навчанні та професійній адаптації;

- ✓ трудові, які передбачають раціональне працевлаштування і психологічну підтримку в процесі професійної адаптації до виробничих умов;
- ✓ соціальні, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, забезпечення допоміжними засобами реабілітації, медичними виробами;
- ✓ психолого-педагогічні, які передбачають психологічну і педагогічну корекцію розвитку;
- ✓ фізкультурно-спортивні, які передбачають фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію, організацію і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять» [9] [<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>].

Форми реабілітаційних заходів

Основними формами реабілітаційних заходів є:

- ✓ «надання реабілітаційних послуг;
- ✓ забезпечення допоміжними засобами реабілітації, медичними виробами;
- ✓ матеріальне забезпечення.

Реабілітаційні послуги надаються особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю в установах і закладах системи реабілітації осіб з інвалідністю, а також у разі потреби за місцем проживання особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю.

Для забезпечення догляду за особою з інвалідністю, дитиною з інвалідністю з важкими формами інвалідності у разі тимчасової відсутності осіб, які доглядають за нею (під час хвороби, відпустки, у вихідні дні), органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування створюють відділення тимчасового перебування осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю при установах соціального обслуговування, реабілітаційних закладах, а також можуть створювати будинки тимчасового перебування осіб з інвалідністю» [9] [<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>].

Порядок проведення реабілітаційних заходів встановлюється Кабінетом Міністрів України на підставі пропозицій центрального органу виконавчої влади, що відповідає за формування державної політики у сфері соціального захисту населення, а також інших центральних органів виконавчої влади в межах їх повноважень.

Засоби реабілітації осіб з інвалідністю

Держава зобов'язується сприяти розробці, виробництву та доступу осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю до допоміжних

засобів реабілітації, включаючи автомобілі та медичні пристрої. Це зроблено з метою полегшення соціальної адаптації, поліпшення умов праці та повсякденного життя, а також забезпечення зручності спілкування для цих осіб. Держава також займається поширенням інформації про доступність таких засобів.

Допоміжні засоби реабілітації охоплюють широкий спектр зовнішніх виробів, які можуть бути спеціально виготовлені або загальнодоступні, і призначені для полегшення функціонування та незалежності особи, поліпшення її благополуччя. Такі засоби також використовуються для запобігання ускладнень і поліпшення загального стану здоров'я, і підпадають під регулювання технічних стандартів для медичних виробів.

Допоміжні засоби реабілітації, призначені для застосування з метою запобігання, лікування або полегшення перебігу захворювання, моніторингу, діагностики, терапії, полегшення стану або компенсації, а також для дослідження, заміни, модифікації або підтримання анатомії чи фізіологічних процесів, і основна передбачувана дія яких на організм людини не може бути досягнута за допомогою лікарських, імунологічних або метаболічних засобів, регулюються технічними стандартами для медичних виробів.

Рішення про надання особам з інвалідністю допоміжних засобів реабілітації та медичних виробів приймають медико-соціальні експертні комісії (для дітей з інвалідністю – лікарсько-консультативні комісії закладів охорони здоров'я) на основі медичних показань і протипоказань, а також соціальних критеріїв.

За медичними критеріями визначається необхідність забезпечення особи з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації та медичними виробами, які спрямовані на компенсацію або подолання стійких обмежень у її життєдіяльності.

За соціальними критеріями встановлюється необхідність забезпечення особи з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації та медичними виробами з метою відновлення втрачених або отримання нових професійних навичок, навчання й умінь, адаптації до соціального середовища, занять фізичною культурою та спортом, а також задоволення духовних потреб і дозвілля.

Місцеві державні адміністрації та система охорони здоров'я ведуть облік осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, які отримують допоміжні засоби реабілітації, медичні вироби й автомобілі, у межах своїх повноважень.

Безкоштовне надання допоміжних засобів реабілітації особам з інвалідністю, послуги післягарантійного обслуговування, фінансова підтримка для оплати вартості наданих виробів і послуг шляхом безготівкового перерахунку коштів, а також перелік і порядок забезпечення допоміжними засобами реабілітації осіб з інвалідністю регулюються згідно з установленими Кабінетом Міністрів України процедурами.

Першочергове право на отримання допоміжних засобів реабілітації та медичних виробів надається дітям з інвалідністю.

Допоміжні засоби реабілітації та їх комплектуючі, що виробляються масово, повинні відповідати вимогам технічних стандартів.

Якщо продукція, яка не відповідає технічним стандартам, потрапляє на ринок, виробник (продавець) несе відповідальність згідно із законодавством.

Підприємства, що займаються протезно-ортопедичною справою, розробкою, виробництвом і продажем допоміжних засобів реабілітації та медичних виробів, які спрямовані на відновлення або компенсацію втрачених чи пошкоджених функцій організму, також надають послуги з обслуговування та ремонту цих виробів.

Протезно-ортопедичні підприємства мають певні пільги, включаючи податкові пільги та можливість отримання земельних ділянок і виробничих приміщень за спеціальними умовами, які визначені законодавством.

1.7. Державний типовий план реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування

1. Загальна частина

Державний стандартний план реабілітації для осіб з обмеженим функціонуванням є документом, який містить основний перелік заходів з медичної реабілітації. Цей план використовується мультидисциплінарними командами реабілітації при складанні індивідуальних планів для забезпечення надання реабілітаційної допомоги в сфері охорони здоров'я. Ця допомога надається протягом гострого, післягострого та довготривалого періодів у реабілітаційних закладах, відділеннях і підрозділах закладів охорони здоров'я, а також поза ними, незалежно від їх власності та правової форми, які

мають ліцензію на медичну практику й мають право надавати реабілітаційну допомогу відповідно до стандартів охорони здоров'я.

План установлює перелік заходів у сфері охорони здоров'я, включаючи надання медичних виробів, таких як допоміжні засоби реабілітації, для осіб з обмеженим повсякденним функціонуванням, які отримують реабілітаційну допомогу. Ці заходи передбачають проведення медико-соціальної експертизи, визначення стійких обмежень у життєдіяльності та присвоєння статусу «особа з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю».

2. Мета й основні завдання плану

Мета й основні завдання плану полягають у встановленні єдиного підходу до визначення змісту основного обсягу реабілітаційних послуг. Це досягається шляхом встановлення переліку заходів у сфері охорони здоров'я та переліку допоміжних засобів реабілітації, які можуть бути надані особі з обмеженим повсякденним функціонуванням під час реабілітації, і спрямовані на досягнення цілей реабілітації.

3. Порядок застосування плану

Цей план використовується спеціалістами з реабілітації, які входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, під час формування індивідуального реабілітаційного плану. Їх завдання включає заповнення відповідних розділів цього плану шляхом вибору необхідних заходів з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що надаються особам з обмеженим повсякденним функціонуванням, згідно з переліком, що міститься в додатку А.

Призначення допоміжних засобів реабілітації має відповідати цілям і завданням реабілітації, враховувати медичні протипоказання до їх використання та здійснюватися відповідно до встановленого порядку забезпечення осіб з обмеженим повсякденним функціонуванням медичними виробами, включаючи допоміжні засоби реабілітації. Призначення допоміжних засобів реабілітації для осіб, які отримують реабілітаційну допомогу у поліклінічних умовах, здійснюється за списком, що міститься в додатку Б, і передбачає їх безоплатне надання.

4. Фінансове забезпечення

План фінансується за рахунок державного бюджету, місцевих бюджетів та інших джерел фінансування, які не заборонені законодавством.

5. Очікувані результати застосування плану

Результат застосування плану полягає у відповідному визначенні комплексу заходів, необхідних для досягнення цілей та завдань реабілітації, та їх внесенні мультидисциплінарною реабілітаційною командою до індивідуального плану реабілітації.

1.8. Порядок забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, в тому числі допоміжними засобами реабілітації

Загальна частина

1. Цей Порядок визначає спосіб забезпечення медичними виробами, включаючи допоміжні засоби реабілітації, осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, які отримують реабілітаційну допомогу у сфері охорони здоров'я, упродовж всіх реабілітаційних періодів.

2. Дія цього Порядку поширюється на таких осіб і установи:

1) осіб з обмеженнями повсякденного функціонування;

2) осіб, які можуть зазнати обмежень у повсякденному функціонуванні або стійких обмежень у життєдіяльності через захворювання, травми, вроджені аномалії або інші стани здоров'я;

3) надавачів реабілітаційної допомоги незалежно від форми власності й організаційно-правової форми, зокрема на реабілітаційні заклади, реабілітаційні відділення, підрозділи закладів охорони здоров'я, які отримали ліцензію на провадження медичної практики та мають право здійснювати реабілітаційні послуги у сфері охорони здоров'я.

3. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:

✓ допоміжні (асистивні) технології – застосування організованих знань та навичок, пов'язаних з допоміжними засобами реабілітації, включаючи системи та послуги;

✓ центр асистивних технологій – структурний підрозділ реабілітаційного закладу, який забезпечує підбір і налаштування та/або виготовлення допоміжних засобів реабілітації будь-якого рівня складності, та/або їх надання шляхом безоплатного користування для осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, а також організацію їх сервісного обслуговування та ремонтування, співпрацює з кабінетами асистивних технологій реабілітаційних відділень, підрозділів закладів

охорони здоров'я, закладами соціального захисту, спеціальними закладами загальної середньої освіти, протезистами-ортезистами виробників допоміжних засобів реабілітації. Типове положення про центр асистивних технологій затверджується МОЗ.

4. Уведення в обіг і використання допоміжних засобів реабілітації підпорядковано технічному регулюванню згідно із Законом України «Про технічні регламенти та оцінку відповідності».

5. У Порядку організації реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» (Офіційний вісник України, 2021 р., № 97, ст. 6315), визначено реабілітаційні маршрути та їх складові етапи.

6. На основі результатів початкового обстеження для реабілітації, мультидисциплінарна реабілітаційна група або окремі фахівці з реабілітації визначають необхідність допоміжних засобів реабілітації та враховують це в індивідуальному реабілітаційному плані відповідно до поставлених цілей і завдань реабілітації. Якщо потрібні індивідуально виготовлені допоміжні засоби (такі як протези або ортези), до реабілітаційної групи може включатися спеціаліст-протезист-ортезист з виробництва таких засобів на вибір пацієнта.

У випадку, коли особа потребує ортезів для верхніх кінцівок, які виготовляються із термопластичних пластмас на замовлення, їх створення може здійснюватися ерготерапевтом у кабінетах асистивних технологій.

Протезисти-ортезисти, які займаються створенням таких допоміжних засобів реабілітації, можуть бути залучені до реабілітаційних закладів чи закладів охорони здоров'я через укладення договорів безпосередньо з виробниками цих засобів або протезистами-ортезистами. Такі договори укладаються на безоплатній основі між виробниками та фахівцями реабілітаційних закладів чи закладів охорони здоров'я.

У випадку, коли виробник допоміжних засобів реабілітації або протезист-ортезист звертається до реабілітаційного закладу чи закладу охорони здоров'я для укладення договору щодо участі протезиста-ортезиста у наданні реабілітаційної допомоги, такі заклади не мають права відхилити такий договір. Такий договір повинен бути укладений протягом п'яти робочих днів після звернення. Якщо реабілітаційний заклад або заклад охорони здоров'я

уклав договори з кількома виробниками або протезистами-ортезистами, пацієнт має право обрати протезиста-ортезиста, якого залучатимуть до мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Лікар фізичної та реабілітаційної медицини повинен надати пацієнту інформацію про всіх виробників або протезистів-ортезистів, з якими заклади уклали договори. Послуги протезиста-ортезиста надаються безкоштовно для пацієнта. Крім того, реабілітаційний заклад або заклад охорони здоров'я повинні надати протезисту-ортезисту безоплатно облаштоване приміщення для проведення реабілітаційних сесій з пацієнтом (огляд культі, зняття замірів, підбір допоміжних засобів реабілітації, навчання користуванню тощо).

Тривалість користування допоміжним засобом реабілітації особою на кожному етапі надання реабілітаційної допомоги визначається потребою, що була встановлена під час первинного реабілітаційного обстеження, та зміною функціонального стану особи, яка оцінюється під час етапного реабілітаційного обстеження.

У випадку, якщо виявлено неприпустимий технічний стан призначеного допоміжного засобу реабілітації, його необхідно замінити негайно на аналогічний, якщо особа продовжує потребувати його використання.

Фахівець з реабілітації, зокрема протезист-ортезист виробника допоміжного засобу реабілітації на замовлення, має відповідні професійні компетентності для призначення, підбору, налаштування та навчання користуванню допоміжним засобом реабілітації, включаючи протези.

7. Особи з обмеженим повсякденним функціонуванням або ті, хто може зазнати таких обмежень через хвороби, травми, вроджені аномалії чи інші стани здоров'я, а також ті, хто перебуває на реабілітації в лікувальних закладах, мають можливість користуватися безкоштовно допоміжними засобами реабілітації стандартного виробництва, включаючи тренувальні протези. Ці засоби надаються з наявного асортименту в реабілітаційних закладах чи закладах охорони здоров'я згідно зі зведеним переліком матеріально-технічного обладнання, що затверджується Міністерством охорони здоров'я.

Під час воєнного стану особам, які перебувають на різних етапах евакуації до іншого закладу охорони здоров'я, гарантується можливість безкоштовного використання допоміжних засобів

реабілітації, які були надані у реабілітаційному закладі або закладі охорони здоров'я, де перебувала дана особа.

Особи, які отримують реабілітаційну допомогу на різних етапах у стаціонарних, амбулаторних або домашніх умовах під час післягострого та довготривалого періодів реабілітації і мають потребу у первинному протезуванні або ортезуванні, повинні пройти консультацію у фахівця з реабілітації, такого як протезист-ортезист. Цей фахівець може працювати у реабілітаційному закладі, його відділенні чи підрозділі закладу охорони здоров'я. Консультація може надаватися на основі договору між реабілітаційним закладом, де є такі фахівці, та закладом охорони здоров'я, де розміщено відповідне реабілітаційне відділення або підрозділ.

8. Особам, які отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, коли їх обмеження тимчасове, допоміжні засоби реабілітації надаються відповідно до вимог додатка 2 до Державного типового плану реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування. Цей план був затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462. Допоміжні засоби реабілітації можуть надаватися у кабінетах асистивних технологій реабілітаційних відділень, підрозділах закладів охорони здоров'я або амбулаторних реабілітаційних закладах, а також у центрах асистивних технологій.

У разі стійкого обмеження повсякденного функціонування, забезпечення допоміжними засобами реабілітації для довготривалого використання в домашніх умовах здійснюється за рахунок державних коштів в рамках програми Мінсоцполітики згідно з чинним законодавством. Представники органу чи установи, що відповідають за це забезпечення за державні кошти, співпрацюють з реабілітаційними закладами, відділеннями та підрозділами закладів охорони здоров'я для надання пацієнтам необхідної інформації про державні програми забезпечення допоміжними засобами реабілітації. Вони також збирають інформацію про потреби пацієнтів у протезуванні / ортезуванні та отримують від них заявки разом із необхідними документами для надання допоміжних засобів реабілітації.

9. Під час отримання реабілітаційної допомоги в лікарняних та амбулаторних умовах, пацієнтам надається можливість використовувати індивідуально виготовлені допоміжні засоби реабілітації. Ці засоби призначаються, підбираються, виготовляються

та налаштовуються фахівцями у сфері реабілітації. Крім того, індивідуально виготовлені допоміжні засоби реабілітації надаються пацієнтам безоплатно для користування.

10. Після завершення отримання реабілітаційної допомоги у лікарняних умовах особи, які продовжують використовувати стандартні допоміжні засоби реабілітації, можуть користуватися ними безоплатно. Ці засоби можуть бути надані особам через кабінети асистивних технологій у реабілітаційних відділеннях, відділах закладів охорони здоров'я та центрах асистивних технологій реабілітаційних закладів.

11. Робота кабінетів асистивних технологій у реабілітаційних закладах, відділень і підрозділів, включаючи призначення, відбір, налаштування, навчання користуванню допоміжними засобами реабілітації або виготовлення на замовлення таких засобів, а також забезпечення безоплатним користуванням цими засобами після завершення реабілітаційної допомоги в лікарняних умовах, відповідає встановленому Порядку функціонування кабінету асистивних технологій, який затверджується МОЗ.

Призначення медичних виробів, у тому числі
допоміжних засобів реабілітації відповідно
до реабілітаційних маршрутів

*Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з гострим початком,
етап надання реабілітаційної допомоги впродовж
гострого періоду реабілітації*

12. Особи мають можливість скористатися безкоштовним користуванням допоміжними засобами реабілітації, що виготовлені серійно, зі списку наявних у відділенні закладу охорони здоров'я, де вони отримують допомогу. Це відбувається в межах табеля матеріально-технічного оснащення, зокрема, частини, що регулює реабілітаційну допомогу, який погоджується МОЗ.

Особам, які потребують уперше отримати протези або ортези, надається можливість отримати реабілітаційну допомогу від протезиста-ортезиста. Цей фахівець відповідає за підбір, виготовлення та налаштування допоміжних засобів реабілітації, які замовляються за індивідуальним реабілітаційним планом пацієнта.

Після завершення активного етапу реабілітації визначається, чи потрібний далі допоміжний засіб реабілітації, включаючи протези. це встановлюється під час остаточного реабілітаційного огляду, і:

✓ якщо особа потребує продовження реабілітації у домашніх або амбулаторних умовах, допоміжні засоби реабілітації можуть бути надані безоплатно в кабінетах асистивних технологій реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, де вже надавалася реабілітаційна допомога під час гострого реабілітаційного періоду. Це також може бути в кабінетах асистивних технологій амбулаторних реабілітаційних закладів, де планується подальша реабілітація, або у центрах асистивних технологій. Альтернативою є виготовлення допоміжних засобів на замовлення;

✓ якщо потрібно продовжити реабілітаційну допомогу в стаціонарних умовах, допоміжні засоби реабілітації, які є серійного виробництва (включаючи протези, в тому числі тренувальні), або спеціально зроблені на замовлення, продовжуються у відповідному стаціонарному реабілітаційному закладі, відділенні або підрозділі закладу охорони здоров'я;

✓ якщо особа, яка потребує подальшої реабілітації, не може брати участь у високообсяжній реабілітаційній програмі через необхідність догляду або паліативної допомоги у зв'язку зі значними обмеженнями життєдіяльності або відсутністю функціональної можливості для участі у реабілітаційних заходах, або через наявність захворювання або травми, які обмежують або загрожують життю, то надання серійних допоміжних засобів реабілітації може здійснюватися за умови їх безкоштовного користування. Це може бути забезпечено шляхом безоплатного доступу до цих засобів у кабінеті асистивних технологій реабілітаційного відділення, підрозділу закладу охорони здоров'я, де вже надавалася реабілітаційна допомога протягом активної фази реабілітації, або у центрі асистивних технологій. Або ж ці засоби можуть бути виготовлені на замовлення та передані для безоплатного використання.

Реабілітаційний маршрут у разі стану здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних умовах упродовж післягострого реабілітаційного періоду

13. Особам надають допоміжні засоби реабілітації серійного виробництва, які є доступними у стаціонарному відділенні, після закінчення гострої та тривалої реабілітації в закладі охорони здоров'я, освіти у сфері охорони здоров'я, спеціальному закладі загальної середньої освіти або стаціонарному відділенні після гострої та тривалої реабілітації, яке базується на санаторно-курортному

закладі, незалежно від його підпорядкування, типу та форми власності.

Під час надання реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах після завершення гострого реабілітаційного періоду особам, які потребують первинного протезування й ортезування, забезпечується можливість залучення протезиста-ортезиста. Цей фахівець відповідає за підбір, виготовлення та налаштування індивідуально виготовленого допоміжного засобу реабілітації відповідно до індивідуального реабілітаційного плану пацієнта.

Після закінчення стаціонарного етапу реабілітації після гострого періоду подальша потреба у допоміжному засобі реабілітації визначається під час заключного реабілітаційного обстеження. Якщо особа продовжує отримувати реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах або вдома, допоміжний засіб реабілітації серійного виробництва може надаватися безкоштовно в кабінеті асистивних технологій стаціонарного реабілітаційного відділення, підрозділу закладу охорони здоров'я, де надавалася реабілітаційна допомога під час гострого періоду, або в амбулаторному реабілітаційному закладі, де вона продовжить отримувати допомогу, або може бути виготовлений на замовлення та переданий у безоплатне користування.

Реабілітаційний маршрут у разі стану здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації упродовж післягострого періоду реабілітації та етап надання реабілітаційної допомоги впродовж довготривалого періоду реабілітації

14. Особам надаються допоміжні засоби реабілітації серійного виробництва для безоплатного користування в кабінеті асистивних технологій реабілітаційного відділення, підрозділі закладу охорони здоров'я, амбулаторному реабілітаційному закладі або центрі асистивних технологій реабілітаційного закладу.

Реабілітаційний маршрут у разі стану здоров'я з хронічним перебігом

15. Особам, які отримують періодичну підтримуючу реабілітаційну допомогу у стаціонарних або амбулаторних умовах, або домашню реабілітацію протягом тривалого реабілітаційного періоду, практична організація надання допоміжними засобами реабілітації регулюється відповідно до пунктів 12 (у випадку

загострення стану здоров'я з хронічним перебігом), 13 і 14 цього Порядку.

У випадку необхідності протезування або тривалого ортезування, особам надаються допоміжні засоби реабілітації відповідно до встановленого Порядку. Цей порядок стосується забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю й інших окремих категорій населення. Також передбачена можливість виплати грошової компенсації для придбання таких засобів самостійно, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321 (Офіційний вісник України, 2012 р., № 31, ст. 1146; 2021 р., № 33, ст. 1943; 2022 р., № 34, ст. 1852).

Особам з порушеннями опорно-рухового апарату під час первинного протезування й ортезування надаються необхідні реабілітаційні послуги, включаючи призначення, підбір, налаштування, виготовлення та навчання користуванню протезно-ортопедичними виробами. Цей процес є комплексним заходом, спрямованим на забезпечення особи з порушеннями опорно-рухового апарату першим протезом після ампутації (реампутації) та вилікування рани.

Під час первинного протезування протез призначається з метою створення кукси, адаптації особи до протезу та навчання користуванню ним, з можливістю подальшої заміни приймальної гільзи (куксоприймача), комплектуючих виробів до протеза або самого протеза відповідно до цілей та завдань реабілітації.

Первинне ортезування включає в себе ряд заходів, спрямованих на забезпечення осіб з порушеннями опорно-рухового апарату першим ортезом для тривалого використання. Цей процес охоплює призначення, підбір, налаштування, виготовлення та навчання особи користуватися ортезом після проведення реабілітаційного обстеження.

У разі первинного ортезування ортез призначається з метою корекції або компенсації виявлених структурних порушень опорно-рухового апарату, а також для адаптації особи до ортеза та навчання правильному користуванню ним.

Запитання для самоконтролю

1. Що таке технічні засоби, спеціальні засоби. Мета, завдання та механізми лікувально-відновлювальної дії технічних засобів.
2. Класифікація технічних та спеціальних засобів згідно Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю».
3. Особливості забезпечення громадян технічними засобами реабілітації в Україні.
4. Терміни виготовлення та експлуатації технічних засобів.
5. Вимоги до технічних засобів у фізичній терапії.

Завдання для самоконтролю:

1. Опишіть історичні аспекти розвитку технічних засобів реабілітації
2. Охарактеризуйте законодавчу базу та класифікацію технічних засобів в Україні
3. Скажіть терміни виготовлення та експлуатації технічних засобів.
4. Опишіть алгоритм взяття на облік людини з інвалідністю щодо забезпечення ТЗР.
5. Охарактеризуйте умови забезпечення ТЗР, місця замовлення та отримання ТЗР.

РОЗДІЛ II

КРІСЛА КОЛІСНІ. ПІДБІР КРІСЕЛ КОЛІСНИХ. ПЕРЕМІЩЕННЯ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

2.1. Класифікація крісел колісних та їх технічне оснащення

Крісло колісне є одним з найпоширеніших засобів допомоги, який дає можливість особистого пересування. Підібране відповідно до потреб особи, її життєвого стилю й умов навколишнього середовища, це крісло необхідне для тих, хто має труднощі з ходом, і сприяє значному поліпшенню їхнього стану здоров'я та підвищенню соціального й економічного рівня благополуччя. Отримання особистої мобільності розширює можливості користувача крісла колісного щодо навчання, працевлаштування, участі в культурних подіях, а також полегшує доступ до різноманітних послуг, включаючи медичні.

Користувачі мають унікальні потреби та вимоги для крісла колісного. Однак для кожного з них важливо мати правильно підібране крісло колісне.

Основні переваги крісел колісних:

Мобільність: ці засоби допомагають особі вільно переміщатися з одного місця на інше та виконувати бажані дії.

Здоров'я: наявність крісла колісного сприяє поліпшенню стану здоров'я користувача в різних аспектах. Правильно налаштоване крісло колісне та подушка можуть допомогти уникнути різних проблем, таких як пролежні або неправильна постава. Зручне крісло колісне, яке належно налаштоване, не потребує великих зусиль для переміщення, що сприяє підвищенню фізичної активності користувача й, відповідно, призводить до поліпшення його / її здоров'я.

Незалежність: користувачі крісел колісних отримують більше самостійності й можливості керувати своїм життям ефективніше.

Підвищення самооцінки та впевненості: коли користувач отримує належно налаштоване крісло колісне й може повноцінно користуватися всіма його можливостями, це сприяє підвищенню його / її самооцінки та збільшенню впевненості в собі.

Доступ до суспільного життя: завдяки кріслам колісним користувачі отримують більше можливостей брати участь у

суспільному житті. Зокрема, крісло колісне дозволяє працювати, відвідувати школу, зустрічатися з друзями, брати участь у релігійному житті й інших аспектах діяльності в місцевій спільноті.



Рис. 1. Переваги використання крісла колісного

Правильно підібране крісло колісне:

- ✓ відповідає потребам користувача;
- ✓ оптимально підходить для користувача;
- ✓ відповідає умовам його / її навколишнього середовища;
- ✓ забезпечує підтримку постави (допомагає користувачу сидіти прямо);
- ✓ обслуговування та ремонт можуть бути забезпечені в місцевих умовах.

2.1.1. Крісла-каталки

Крісла-каталки – це засіб для переміщення особи за допомогою супроводжуючої людини. Вони характеризуються обмеженими можливостями у позиціонуванні користувача, оскільки не мають системи регулювання опори тіла, оснащені ручками і можуть мати гальмівну систему для використання супроводжуючою особою.

Обов'язкові функції:

- ✓ управління за допомогою супроводжуючої особи;
- ✓ система опори тіла ;
- ✓ фіксована спинка;
- ✓ знімні або незнімні підніжки з відкидною опорою стопи;

- ✓ підлокітники знімні або відкидні підлокітники;
- ✓ можливість котитись на колесах у складеному положенні.

Обов'язкове комплектування:

- ✓ підставка під гомілки або задники-тримачі.

Додаткове спеціальне оснащення (залежно від індивідуальних потреб користувача):

- ✓ подушка для сидіння або на спинку;
- ✓ запобіжний пояс;
- ✓ ручне гальмо для супроводжуючої особи.

Показання до застосування:

- ✓ травма, захворювання хребта або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок за наявності ампутаційних дефектів чи захворювань верхніх кінцівок, що не дають змоги самостійно керувати кріслом колісним;

- ✓ травма або захворювання таза чи нижніх кінцівок, які призводять до втрати можливості самостійного пересування без додаткової опори, включаючи випадки ампутаційних дефектів або захворювань верхніх кінцівок, що ускладнюють самостійне керування кріслом колісним;

- ✓ загальні захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату (інших систем та органів на стадіях декомпенсації) та виражені наслідки перенесених хвороб, що унеможливають самостійне пересування без додаткової опори;

- ✓ наслідки хірургічних втручань або травм нижніх кінцівок і поясу, такі як ампутаційна кукса (лише однієї ноги), аномальний суглоб або дефект сегмента, якщо є ампутаційні дефекти або захворювання верхніх кінцівок, які унеможливають самостійне керування кріслом колісним; користувач може самостійно сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки й не потребує спеціального обладнання для сидіння.

Протипоказання для застосування:

- ✓ *абсолютні:*

- користувач самостійно не може сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки та потребує спеціального оснащення сидіння;

- ✓ *відносні:*

- наявність виражених залишкових явищ перенесених травм і деформацій хребта, таза;

- користувач планує використовувати крісло колісне більше ніж 3 години протягом дня;
- користувач потребує додаткових опцій крісла колісного, які не доступні для групи крісел-каталок;
- габаритні розміри у групі крісел-каталок не відповідають вимогам користувача й ускладнюють експлуатацію такого крісла.



Рис. 2. Крісло-каталка

2.1.2. Низькоактивні крісла колісні

Низькоактивні крісла колісні – засіб для самостійного пересування користувача в приміщенні чи на вулиці, їх використовують упродовж 3 годин щоденно, не більше. Ними можна керувати самостійно за допомогою обох рук або однієї руки (при використанні відповідного пристрою для керування однією рукою) та відсутністю індивідуальної адаптації системи сидіння.

Обов'язкові характеристики:

- ✓ система керування ручними привідними ободами на колесах;
- ✓ фіксована система опори тіла;
- ✓ підніжки регулюються за висотою, знімні / незнімні з відкидною опорою стопи;
- ✓ спинка фіксована / знімна / відкидна;
- ✓ підлокітники знімні / відкидні;
- ✓ можливість котитись на колесах у складеному положенні.

Обов'язкове комплектування:

- ✓ наявність підставки під гомілки або задників-тримачів.

Додаткове спеціальне комплектування (залежно від індивідуальних потреб користувача):

- ✓ протиперекидний пристрій;
- ✓ подушка на сидіння;
- ✓ пристрій для керування однією рукою.

Показання до застосування:

- ✓ травма, захворювання хребта або інший тип ураження нервової системи, що супроводжуються втратою функцій однієї або двох нижніх кінцівок;

- ✓ травма, захворювання нижніх кінцівок або таза (без виражених залишкових деформацій), у результаті чого потрібна додаткова підтримка для самостійного пересування;

- ✓ загальні захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату (інших систем і органів на стадіях компенсації та субкомпенсації) та виражені наслідки перенесених хвороб, що унеможливають самостійне пересування без додаткової опори;

- ✓ наслідки хірургічних втручань, травм нижніх кінцівок, а також пояса нижніх кінцівок (крім дистального відділу однієї стопи), такі як ампутаційна кукса (лише однієї нижньої кінцівки), хибний суглоб або дефект сегмента;

- ✓ користувач може самостійно сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки й не потребує спеціального оснащення сидіння;

- ✓ для переміщення на вулиці та для подолання перешкод (за допомогою супроводжуючої особи).

Протипоказання до застосування:

- ✓ *абсолютні:*

- суттєве обмеження руху обох верхніх кінцівок (може бути спричинене паралічами, парезами, наслідками травм та оперативних втручань);

- захворювання серцево-судинної або легеневої системи на стадії декомпенсації, яке унеможливорює самостійне пересування користувача у кріслі колісному;

- порушення свідомості, виражені порушення поведінки або деменція;

- користувач самостійно не може сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки та потребує спеціального оснащення сидіння;

- ✓ *відносні:*

- наявність виражених залишкових явищ перенесених травм і деформацій хребта, таза;
- користувач планує використовувати крісло колісне більше ніж 3 години протягом дня;
- користувач потребує встановлення додаткових функцій крісла колісного, які не наявні у групі низькоактивних крісел колісних;
- габаритні розміри в групі низькоактивних крісел колісних не відповідають вимогам користувача й ускладнюють експлуатацію крісла колісного.



Рис. 3. Низькоактивні крісла колісні

2.1.3. Середньоактивні крісла колісні

Середньоактивні крісла колісні призначені для незалежного переміщення користувача як у приміщенні, так і на вулиці, дозволяють користувачу перебувати в них понад 3 години щоденно. Ці крісла характеризуються можливістю самостійного керування ними за допомогою обох рук або однієї руки (за умови встановлення пристрою для керування однією рукою), індивідуального налаштування системи підтримки тіла, колісної бази та сидіння, а також доступом до додаткових опцій.

Обов'язкові функції:

- ✓ керування ручними приводними ободами на колесах;
- ✓ фіксована / регульована система опори тіла за кутом нахилу / регульована за висотою;
- ✓ підніжки знімні / незнімні з відкидною опорою стопи, регулюються за висотою;
- ✓ знімні / відкидні / підлокітники, регулюються за висотою;

- ✓ регульована колісна база;
- ✓ можливість котитись на колесах у складеному положенні.

Обов'язкове комплектування:

- ✓ подушка на сидіння або сидіння та спинку;
- ✓ підставка під гомілки або задники-тримачі.

Додаткове спеціальне комплектування (залежно від індивідуальних потреб користувача):

- ✓ протиперекидний пристрій.

Показання до застосування:

✓ травма, захворювання хребта або інші ураження нервової системи, які супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок;

✓ травма, захворювання нижніх кінцівок або таза (зокрема, виражені залишкові деформації), у результаті яких самостійне пересування без додаткової опори неможливе;

✓ загальні захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату (інших систем та органів на стадіях компенсації та субкомпенсації) й виражені наслідки перенесених хвороб, які унеможливають самостійне пересування без додаткової опори;

✓ післяопераційні наслідки, травми нижніх кінцівок і пояса нижніх кінцівок (окрім дистального відділу однієї стопи), такі як ампутаційні кукси (у тому числі обох кінцівок), дефект сегмента, хибний суглоб;

✓ користувач може самостійно керувати кріслом колісним за допомогою однієї або обох верхніх кінцівок;

✓ користувач може самостійно пересуватися на вулиці та долати перешкоди або залучати для цього супроводжуючу особу;

✓ користувач може самостійно сидіти на кріслі без додаткової підтримки та потребує спеціального оснащення сидіння або ж він може потребувати спеціального оснащення для сидіння чи його додаткового налаштування.

Протипоказання до застосування:

- ✓ абсолютні:

- значне обмеження руху обох верхніх кінцівок, яке може бути зумовлене паралічами, парезами, наслідками хірургічних втручань або травм);

- захворювання серцево-судинної або легеневої системи на стадії декомпенсації, яке унеможлиблює самостійне пересування на кріслі колісному;
- наслідки травм, хірургічних втручань і загальних захворювань, які потребують фіксації пояса верхніх кінцівок і шиї (голови);
- деменція або порушення свідомості, виражені порушення поведінки;
- ✓ відносні:
 - користувач може самостійно сидіти на кріслі без додаткового оснащення і не потребує спеціального оснащення сидіння;
 - користувач потребує встановлення додаткового оснащення крісла колісного, що невластиве для групи середньоактивних крісел колісних;
 - габаритні розміри у групі середньоактивних крісел колісних не відповідають вимогам користувача й ускладнюють експлуатацію крісла колісного.



Рис. 4. Середньоактивні крісла колісні

2.1.4. Активні крісла колісні

Активні крісла колісні призначені для самостійного переміщення користувача та використання протягом понад 5 годин на день. Вони характеризуються більшою кількістю опцій, які враховують антропометричні дані користувача та його індивідуальні потреби. Такі крісла мають ергономічний дизайн і можливість

індивідуального налаштування системи підтримки тіла, колісної бази, сидіння та додаткових функцій.

Обов'язкові функції:

- ✓ керування ручними привідними ободами на колесах;
- ✓ регулювання балансу крісла колісного за рахунок колісної бази / спинки за кутом нахилу / спинки по горизонталі / системи опори тіла;
- ✓ наявність швидкознімних коліс;
- ✓ можливість котитись на колесах у складеному положенні, розбірне.

Технічні характеристики: вага не більше 16 кг.

Обов'язкове комплектування:

- ✓ підставка під гомілки або задники-тримачі.

Додаткове спеціальне комплектування (залежно від індивідуальних потреб користувача):

- ✓ подушка на сидіння / на сидіння та спинку;
- ✓ протиперекидний пристрій.

Показання до застосування:

- ✓ травма, захворювання хребта або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок;

- ✓ травма, захворювання хребта (в тому числі шийна травма) або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок одночасно з парезом однієї або обох верхніх кінцівок, тетраплегія за умови збереження часткової рухливості в ліктьовому та плечовому суглобах;

- ✓ травма, захворювання таза або нижніх кінцівок, що унеможлиблює самостійне пересування без додаткової опори (в тому числі виражені залишкові деформації);

- ✓ загальні захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату (та інших систем і органів на стадії компенсації) та виражені наслідки перенесених хвороб, що унеможлиблюють самостійне пересування без додаткової опори;

- ✓ наслідки хірургічних втручань, травм нижніх кінцівок і пояса нижніх кінцівок (за винятком дистального відділу однієї стопи), зокрема ампутаційні кукси (у тому числі обох кінцівок), дефект сегмента, хибний суглоб;

✓ користувач може самостійно керувати кріслом колісним за допомогою обох верхніх кінцівок або частково керувати за допомогою обох верхніх кінцівок (тетраплегія);

✓ користувач може самостійно керувати кріслом колісним за допомогою однієї або обох верхніх кінцівок;

✓ користувач не користується допомогою супроводжуючих осіб для пересування на вулиці та для подолання перешкод;

✓ користувач потребує частого транспортування крісла колісного (працює, навчається, їздить громадським або власним транспортом);

✓ користувач займається спортом на кріслі колісному;

✓ користувач проживає в багатоповерховому будинку, в якому відсутній ліфт або користується сходами;

✓ користувач перебуває у трудових відносинах, зареєстрований як фізична особа-підприємець, провадить незалежну професійну діяльність, навчається, служить, займає виборну посаду.

Протипоказання до застосування:

✓ *абсолютні:*

- відсутність двох верхніх кінцівок (або їх частин);

- захворювання серцево-судинної чи легеневої системи на стадії декомпенсації, що унеможлиблює самостійне переміщення у кріслі колісному;

- порушення свідомості, виражені порушення поведінки, деменція;

- наслідки травм, операцій і загальних захворювань, що вимагають фіксації пояса верхніх кінцівок і шиї (голови);

- вік користувача не більше 70 років;

✓ *відносні:*

- користувач потребує встановлення додаткового оснащення крісла колісного, яке не доступне для групи активних крісел колісних;

- користувач не потребує частого транспортування крісла колісного (не працює, не навчається, не пересувається громадським чи власним транспортом), не займається спортом на кріслі колісному.



Рис. 5. Активні крісла колісні

2.1.5. Багатофункціональні крісла колісні

Багатофункціональні крісла колісні – засіб зі спеціальним додатковим оснащенням для переміщення в межах будівель і поза будівлями користувачів в ослабленому стані та перебування в ньому до 8 годин на день. Характеризується збільшеною вагою за рахунок спеціального додаткового оснащення залежно від індивідуальних потреб користувача, можливістю забезпечення пасивної зміни положення тіла та додаткової підтримки, мінімальним самостійним використанням користувачем крісла колісного й у більшості випадків вимагає допомоги супроводжуючої особи.

Обов'язкові функції:

- ✓ керування кріслом за допомогою супроводжуючої особи;
- ✓ фіксована, пружина система опори тіла, яка обертається і знімається;
- ✓ підніжки регулюються за висотою з відкидною опорою стопи, знімні / незнімні;
- ✓ спинка регулюється за кутом нахилу;
- ✓ можливість котитись на колесах у складеному положенні, розбірне.

Обов'язкове комплектування:

- ✓ м'яке сидіння, подушка на сидіння, сидіння та спинку;
- ✓ валик для збереження комфортного зазору між ногами;
- ✓ тримачі для ніг, підставка під гомілки, задники-тримачі;

- ✓ запобіжний пояс

Додаткове спеціальне комплектування (залежно від індивідуальних потреб користувача) для забезпечення правильного положення та додаткової безпеки:

- ✓ бічні упори для голови, підголівники;
- ✓ бічні упори для тіла;
- ✓ фіксатор грудної частини тіла.

Показання до застосування:

- ✓ травма хребта або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок;

- ✓ травма хребта (в тому числі шийна) або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок одночасно з парезом однієї або обох верхніх кінцівок;

- ✓ захворювання центральної чи периферичної нервової системи, наслідки травм та оперативних втручань, що супроводжуються стрімким зниженням рухової активності;

- ✓ травма таза або нижніх кінцівок (у тому числі виражена залишкова деформація), що унеможливорює самостійне пересування без додаткової опори;

- ✓ загальні захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату (інших систем і органів на стадії субкомпенсації та декомпенсації) та виражені наслідки перенесених хвороб, що унеможливають самостійне пересування без додаткової опори;

- ✓ наявність деформацій хребта;

- ✓ дитячий церебральний параліч з вираженими порушеннями рухової активності;

- ✓ користувач може самостійно керувати кріслом колісним за допомогою обох верхніх кінцівок або частково – за допомогою обох верхніх кінцівок (тетраплегія), або не може самостійно керувати кріслом колісним без допомоги супроводжуючої особи;

- ✓ користувач самостійно не може сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки та потребує спеціального оснащення сидіння або його додаткового налаштування;

- ✓ користувач прикутий до ліжка;

- ✓ користувач потребує додаткової підтримки плечового пояса та голови;

- ✓ користувач не може самостійно користуватись кріслом колісним через значні вроджені вади хребта;
- ✓ користувач потребує спеціальної анатомічної системи сидіння;
- ✓ користувач має порушення свідомості та користується кріслом колісним за допомогою супроводжуючої особи.

Протипоказання до застосування:

відносні:

- захворювання серцево-судинної чи легеневої системи на стадії компенсації зі збереженням рухової активності;
- користувач самостійно може сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки та не потребує спеціального оснащення сидіння.



Рис. 6. Багатофункціональні крісла колісні

2.1.6. Крісла колісні з електроприводом

Крісла колісні з електроприводом – засіб для самостійного пересування користувача у приміщенні та на вулиці за допомогою спеціального приводу та систем керування. Характеризується можливістю самостійного керування за допомогою пульта із сервоприводом із базовими функціями та / або можливістю його програмування.

Обов'язкові функції:

- ✓ самостійне керування за допомогою пульта з сервоприводом;
- ✓ фіксована, регульована за кутом нахилу система опори тіла;

- ✓ регульовані за висотою підніжки з відкидною опорою стопи, знімні / незнімні;
- ✓ знімні, відкидні підлокітники;
- ✓ регульована за кутом нахилу спинка, фіксована;
- ✓ сидіння складається, знімне.

Обов'язкове комплектування:

- ✓ подушка на сидіння та спинку;
- ✓ підставка під гомілки або задники-тримачі.

Додаткове спеціальне комплектування (залежно від індивідуальних потреб користувача):

- ✓ запобіжний пояс;
- ✓ протиперекидний пристрій.

Показання до застосування:

✓ травма хребта або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок що ускладнюється захворюваннями верхніх кінцівок;

✓ травма хребта (в тому числі шийна) або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок одночасно з парезом однієї або обох верхніх кінцівок;

✓ захворювання центральної чи периферичної нервової системи, наслідки травм та оперативних втручань, що супроводжуються стрімким зниженням рухової активності, в тому числі верхніх кінцівок;

✓ травма тазу або нижніх кінцівок (в тому числі виражена залишкова деформація), що унеможливорює самостійне пересування без додаткової опори за наявності ампутаційних дефектів або захворювань верхніх кінцівок;

✓ загальні захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату (інших систем та органів на стадії субкомпенсації та декомпенсації) та виражені наслідки перенесених хвороб;

✓ наявність деформацій хребта зі значним обмеженням рухової активності;

✓ дитячий церебральний параліч із вираженими порушеннями рухової активності;

✓ користувач не може самостійно керувати кріслом колісним за допомогою обох верхніх кінцівок.

Протипоказання до застосування:

абсолютні:

- психічні захворювання;
- порушення свідомості, виражені порушення поведінки, деменція;
- епілепсія та інші органічні ураження центральної нервової системи, а також наслідки травм, які характеризуються серйозним порушенням координації рухів верхніх кінцівок;
- виражені порушення статики та координації рухів;
- стійкі помірні й виражені вади зору, такі як гострота зору з корекцією нижче ніж 0,04 на оці, яке ліпше бачить, або звуження поля зору до 10° , що не дають змоги керувати кріслом колісним на дорогах загального призначення.



Рис. 7. Крісла колісні з електроприводом

2.1.7. Дорожні крісла колісні

Дорожні крісла колісні дозволяють користувачеві самостійно переміщатися на вулиці за допомогою мускульної сили, яка застосовується до важелів або інших механічних пристроїв. Зазвичай вони не мають можливості індивідуальної адаптації системи сидіння, але можуть бути оснащені регульованими частинами, такими як підніжки, підлокітники, спинка та підголівник, які забезпечують

комфорт і можливість адаптувати положення тіла для тривалого використання крісла колісного.

Обов'язкові функції:

- ✓ самостійне керування за допомогою приводних важелів;
- ✓ фіксована система опори тіла, регульована за кутом нахилу;
- ✓ регульовані за висотою підніжки з відкидною опорою стопи, знімні / незнімні;
- ✓ фіксовані, відкидні, знімні підлокітники, регульовані за висотою;
- ✓ фіксована, знімна спинка, регульована за кутом нахилу;
- ✓ можливість котитись на колесах у складеному положенні.

Обов'язкове комплектування:

- ✓ подушка на сидіння;
- ✓ підставка під гомілки й задники-тримачі.

Додаткове спеціальне комплектування (залежно від індивідуальних потреб користувача):

- ✓ підголівник;
- ✓ запобіжний пояс;
- ✓ робоче гальмо;
- ✓ пристосування для засобів для ходіння, керованих однією рукою.

Показання до застосування:

- ✓ травма, захворювання хребта або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або обох нижніх кінцівок;
- ✓ травма, захворювання таза або обох нижніх кінцівок (включаючи виражені залишкові деформації), що призводить до неможливості самостійного пересування без додаткової опори;
- ✓ загальні захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату (інших систем та органів на стадіях компенсації), а також виражені наслідки перенесених хвороб, що перешкоджають самостійному пересуванню без додаткової опори;
- ✓ наслідки хірургічних втручань, травм нижніх кінцівок і пояса нижніх кінцівок, окрім дистального відділу однієї стопи), такі як ампутаційні кукси (у тому числі обох кінцівок), дефект сегмента, хибний суглоб;
- ✓ користувач може самостійно управляти кріслом колісним за допомогою однієї або обох верхніх кінцівок;

- ✓ користувач може самостійно переміщуватися та долати перешкоди або може отримати допомогу від супроводжуючої особи;
- ✓ користувач може самостійно сидіти на кріслі, не потребуючи додаткових елементів підтримки.

Протипоказання до застосування:

✓ *абсолютні:*

- суттєві обмеження рухів обох верхніх кінцівок, які зумовлені паралічами, парезами, наслідками хірургічних втручань або травм);
- захворювання серцево-судинної або легеневої системи на стадії декомпенсації, що перешкоджає самостійному пересуванню у кріслі колісному;
- порушення свідомості, виражені порушення поведінки, деменція;
- наслідки травм, загальних захворювань, хірургічних втручань, які вимагають фіксації пояса верхніх кінцівок і шиї (голови);
- виражені порушення статичної та координації рухів;
- психічні розлади, такі як порушення свідомості, деменція, виражені аномалії поведінки;
- епілепсія та інші ураження центральної нервової системи або наслідки травм, які супроводжуються значним порушенням координації рухів верхніх кінцівок;
- значні порушення зору;
- вік користувача не перевищує 70 років (для активних дорожніх крісел колісних).



Рис. 8. Дорожні крісла колісні

2.1.8. Електроскутери

Електроскутери базові – засіб для пересування користувача на вулиці, що має спеціальний привід та систему керування. Вони дозволяють користувачеві самостійно керувати за допомогою рульової колонки, мають обладнання для опори тіла, яке може обертатися, та сидіння без спеціальних елементів. Цей тип електроскутерів призначений лише для осіб, які можуть самостійно контролювати положення свого тіла у кріслі на колесах.

Обов'язкові функції:

- самостійне керування за допомогою рульової колонки;
- обертання системи опори тіла;
- відкидні та регульовані по горизонталі підлокітники;
- відкидна та регульована за кутом нахилу спинка;
- знімне сидіння, регульоване за висотою та по горизонталі / регульована оптимальна ширина.

Обов'язкове комплектування:

- підголівник;
- подушка на сидіння та спинку / м'яке сидіння;
- запобіжний пояс.

Показання до застосування:

- Користувач може самостійно керувати електроскутером за допомогою обох верхніх кінцівок;
- Загальні захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату (інших систем та органів на стадії субкомпенсації та декомпенсації) та виражені наслідки перенесених хвороб;
- Травма, захворювання хребта або інший тип ураження нервової системи, що супроводжується парезом чи паралічем однієї або двох нижніх кінцівок;
- Захворювання центральної та периферійної нервової системи, наслідки травм та оперативних втручань, що супроводжуються стрімким зниженням рухової активності, зі збереженням рухів у плечовому поясі та верхніх кінцівках;
- Травма, захворювання таза або нижніх кінцівок, що унеможливорює самостійне пересування без додаткової опори;
- Користувач планує використовувати крісло колісне на вулиці;
- Користувач самостійно може сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки та не потребує спеціального оснащення сидіння (в тому числі анатомічного сидіння).

Протипоказання до застосування:

абсолютні:

- психічні захворювання;
- порушення свідомості, деменція, виражені порушення поведінки;
- епілепсія й інші ураження центральної нервової системи або наслідки травм, що супроводжуються значним порушенням координації рухів верхніх кінцівок;
- виражені порушення статичної та координаційної функції;
- стійкі помірні й виражені вади зору (гострота зору з корекцією нижче ніж 0,04 на оці, яке ліпше бачить, або звуження поля зору до 10°), що не дають змоги керувати кріслом колісним на дорогах загального призначення;
- відсутність однієї або двох верхніх кінцівок (або їх частин);
- захворювання та деформації (значні ушкодження та їх наслідки) після травм та операцій, що значно обмежують рухи в суглобах верхніх кінцівок;
- наслідки травм, загальних захворювань, хірургічних втручань, які вимагають фіксації поясу верхніх кінцівок і шиї (голови);
- дитячий церебральний параліч з вираженими порушеннями рухової активності;
- користувач самостійно не може сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки та потребує спеціального оснащення сидіння (в тому числі анатомічне сидіння).



Рис. 9. Електроскутери

2.1.9. Дошки для пересування (коляски малогабаритні)

Дошки для пересування – засіб для самостійного пересування користувача в приміщенні й на вулиці за допомогою фізичного зусилля, що застосовується до штовхачів із гумовими накладками. Характеризується неможливістю індивідуальної адаптації системи сидіння.

Обов'язкові функції:

- самостійне керування;
- фіксована система опори тіла;
- відсутні підніжки та підлокітники;
- відсутня спинка.

Обов'язкове комплектування:

- запобіжний пояс.

Показання до застосування:

- Висока двостороння ампутація стегон;
- Користувач може самостійно керувати дошкою для пересування за допомогою обох верхніх кінцівок;
- Користувач самостійно може сидіти на кріслі без додаткових елементів підтримки та не потребує спеціального комплектування сидіння.

Протипоказання до застосування:

абсолютні:

- Значне обмеження рухів обох верхніх кінцівок (може бути зумовлене паралічами, парезами, наслідками хірургічних втручань або травм);
- Захворювання серцево-судинної, легеневої системи на стадії декомпенсації, що перешкоджає самостійному переміщенню у кріслі колісному;
- Порушення свідомості, виражені порушення поведінки, деменція;
- Наслідки травм, операцій, загальних захворювань, які вимагають фіксації пояса верхніх кінцівок і шиї (голови);

відносні:

- Користувач потребує встановлення додаткових елементів крісла колісного, які не доступні для групи дошок для пересування;
- Габаритні розміри дошок для пересування не відповідають вимогам користувача й ускладнюють експлуатацію крісла колісного.



Рис. 10. Дошки для пересування

2.1.10. Триколісні велосипеди для дітей з інвалідністю

Триколісні велосипеди для дітей з обмеженими можливостями – засіб для самостійного переміщення користувача на вулиці за допомогою фізичної сили, що застосовується до педалей велосипеда, які оснащені тримачами для ніг, або за допомогою супроводжуючої особи, яка використовує ручку для супроводу / керування. Зазвичай характеризується відсутністю можливості індивідуальної адаптації системи сидіння

Обов'язкові функції:

- самостійне керування за допомогою керма й педалей або за допомогою супроводжуючої особи;
- система опори тіла регулюється за кутом нахилу;
- відсутні підніжки, підлокітники;
- знімна спинка, регульована за висотою;
- сидіння, регульоване за висотою та по горизонталі.
- наявність тримачів для ніг або задників-тримачів;
- робоче гальмо;
- запобіжний пояс.

Додаткове спеціальне комплектування (залежно від індивідуальних потреб користувача):

- кріплення для рук;
- ручка для супроводу та керування;
- валик для підтримки зазору між ногами.

Показання до застосування:

- Захворювання центральної нервової системи та опорно-рухового апарату.

Протипоказання до застосування:

- Подвійна ампутація або захворювання верхніх кінцівок;
- Подвійна ампутація на рівні стегна;
- Психічні захворювання, що супроводжуються розладами поведінки;
- Стійкі, помірні та виражені порушення функції дихання на стадії декомпенсації;
- Супутні захворювання серцево-судинної, дихальної системи на стадіях декомпенсації та субдекомпенсації.



Рис. 11. Триколісні велосипеди для дітей з інвалідністю

2.2. Облаштування житлового приміщення для людини у кріслі колісному

Для забезпечення комфорту і затишку особі в кріслі колісному потрібно адаптувати приміщення так, щоб вона могла самостійно виконувати більшість щоденних дій. Конкретні зміни залежать від загальних принципів.

Перш за все, важливо враховувати індивідуальні потреби, проте існують загальні принципи, які можна використовувати. Наприклад, для того щоб крісло колісне могло легко проїхати через дверні

прорізи, потрібно, щоб ширина дверей була не менше 90 см. Якщо це необхідно, можна взагалі вилучити двері або зняти дверну коробку. У випадку обмеженого простору в квартирі, кількість дверей варто зменшити до мінімуму. Також можна розглянути можливість заміни звичайних дверей на розсувні або гармошки зі зручними ручками, розташованими на висоті близько 80 см від підлоги.

Щодо покриття підлоги, то найліпшим вибором буде дерево або неслизький лінолеум, щоб уникнути ковзання. Якщо використання килимків необхідне, ковролін, розміщений по периметру і закріплений під плінтусами, буде прийнятним варіантом. Однак варто уникати малих килимків, які можуть ускладнити рух крісла колісного.

Важливо забезпечити особі доступ до всіх необхідних предметів, зокрема до вішалки, дзеркала, вимикачів, полиць (включаючи ті, що знаходяться на кухні та у ванній), навісних шаф, ручок дверей і телефона, розташовуючи їх у межах висоти від 30 см до 110 см від підлоги.

Однак головне, що варто врахувати при облаштуванні особистої кімнати для людини у кріслі колісному, – це забезпечення максимальної вільної площі, де вона може вільно розвертатися. Для цього треба мати діаметр розвороту принаймні 150 см, щоб забезпечити необхідний простір для маневрування.

Необхідно звільнити кімнату людини з інвалідністю від великих і важких меблів, таких як громіздкі шафи, комоди й масивні стільниці. Якщо можливо, деякі меблі доцільно підвісити на стіни або використовувати складні або відкидні столи.

Щоб забезпечити приємну атмосферу в кімнаті, необхідно оточити особу улюбленими предметами й підтримувати оптимальні умови, такі як температура (18-20°C) та достатнє освітлення. Психологічний аспект оформлення приміщення так само важливий, як і його функціональність. Навіть невеликі деталі, такі як штори в приємних кольорах, картини улюблених художників, зелені рослини, статуєтки й сувеніри, подаровані друзями, можуть підняти настрій, заспокоїти, зняти почуття ізольованості й самотності.

Ліжко для людини з обмеженою руховою функцією повинно бути на одному рівні з кріслом колісним і мати поручні з відповідною конфігурацією, а також спеціальний підголівник або механізм регулювання висоти.

На кухні або в їдальні для людини у кріслі колісному варто виділити зручне місце розміром приблизно 85 x 120 см, але ліпше 90 x 150 см. Важливо, щоб робочий стіл, раковина, плита і мийка знаходилися на одній висоті, і до них можна було підїхати на кріслі колісному. Також важливо, щоб до обіднього столу можна було підїхати на кріслі колісному, і в разі потреби ніжки столу можна було підперти.

Бажано мати об'єднаний санвузол у квартирі, оскільки це забезпечує більш просторі маневри для користувача крісла колісного. Щоб досягти цього, стінку, що розділяє ванну кімнату та туалет, потрібно знести, розширити дверний прохід і замінити звичайні двері на розсувні. Для зручності санвузол оснастити важільними водопровідними кранами та відповідними поручнями, а підлогу покрити шорстким і гігієнічним матеріалом. Потрібно встановити поручні в душовій кабіні, біля ванни, унітазу і раковини (і, при потребі, по всьому периметру санвузла). Якщо користувач може стати, то поруч з унітазом вбудувати в підлогу Г-подібну штангу й розмістити гумовий килимок. Якщо у квартирі є балкон або лоджія, важливо забезпечити доступ туди, адже це дозволить насолоджуватися зовнішнім світом. Якщо неможливо розширити дверний прохід на балконі та видалити поріг, можна встановити поперечину на рівні витягнутих рук, за допомогою якої користувач крісла колісного зможе пересісти на спеціальний стілець або інше крісло колісне, що знаходиться на балконі. Поперечину також можна використовувати як турнікет для підтягування.

Бажано мати пандус для вїзду на кріслі колісному у підїзді будинку, де проживає людина з інвалідністю. Цей пандус повинен бути безпечним, маючи ширину не менше 90 см і максимальний кут нахилу 7°. Важливо, щоб він був обладнаний бортиками висотою 5 см і подвійними безперервними поручнями з заокругленими кінцями. Поручні повинні бути міцно закріплені, мати круглий переріз з діаметром не менше 3 см і розташовані на висоті 70–90 см, бути довшими за пандус на мінімум 30 см.

2.3. Способи підбору крісла колісного

Правильний підбір крісла-колісного дозволяє:

- забезпечити розподіл маси тіла користувача на якомога ширшій поверхні;

- полегшити пересування за допомогою крісла колісного і попередити тертя ділянок тіла користувача до боковин крісла колісного;

- звести до мінімуму проблему переміщення користувача на кріслі колісному в дверних отворах, ванній кімнаті та інших локаціях.

Виміри проводяться, коли користувач сидить на плоскій, твердій поверхні, що не прогинається:

Ширина сидіння – до двох сторін стегон уздовж найширших їх ділянок прикладіть вертикально дві товсті книги і між внутрішніми обкладинками книг заміряйте відстань, до отриманої величини додайте 2,5 см. Якщо сидіння занадто вузьке, то обсяг рухів і ступінь рухливості користувача у кріслі колісному буде різко обмежений, можливе утворення пролежнів. Занадто широке сидіння призведе до збільшення навантаження на спину і вимагає додаткових зусиль для пересування.

Метод перевірки: помістіть обидві долоні між стегнами пацієнта і бічними стінками крісла колісного, при цьому долоні повинні розташовуватися вільно, не відчуваючи тиску.

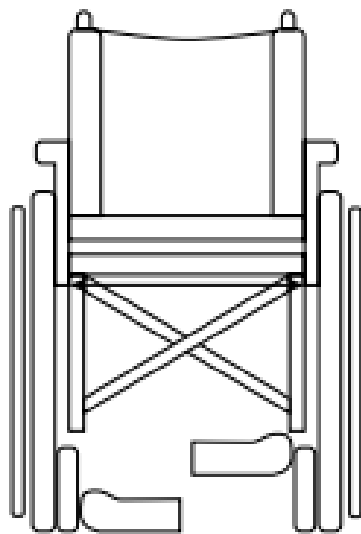


Рис. 12. Ширина сидіння

Глибина сидіння – виміряйте відстань від краю сидіння вздовж стегна до внутрішнього згину коліна, а потім відніміть від 5 до 7,5 см. Правильно підібрана глибина сидіння забезпечує стійкість корпусу і перешкоджає сповзанню тіла вперед. Якщо глибина сидіння мала, то збільшується ризик падіння пацієнта вперед при русі крісла колісного, виникає надлишковий тиск на сідничні горби, що може

призвести до утворення пролежнів. Зайва глибина сидіння може викликати циркуляторні порушення і подразнення шкіри в підколінній ділянці та в ділянці верхньої частини литкового м'яза.

Метод перевірки: відстань між переднім краєм оббивки сидіння або подушки крісла колісного та підколінною ділянкою користувача повинна бути не більше ширини 3-4 пальців, тобто приблизно 7,5см.

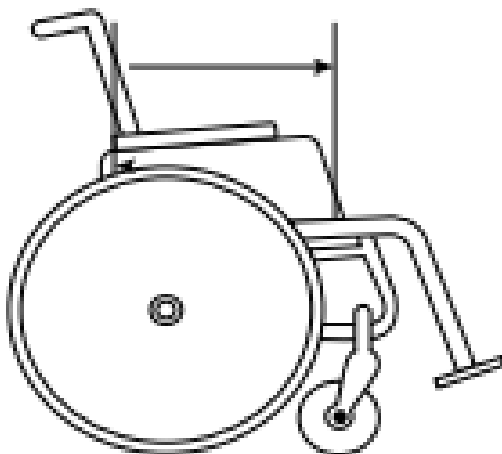


Рис. 13. Глибина сидіння

Висота сидіння – вимірювання проводиться від п'яти або краю каблука до рівня зігнутого стегна справа і зліва (доцільно враховувати подушку для сидіння) до отриманої величини додається 5см. Збільшення висоти сидіння на кожні 2,5см повинно супроводжуватися збільшенням відстані між підлогою і підніжкою. Якщо сидіння крісла колісного розташоване занадто низько, це призводить до надлишкового тиску на сідничні горби пацієнта.

Якщо сидіння крісла колісного встановлено занадто високо, то користувачу незручно виконувати дії за столом через високе розташування колін. Підніжка повинна знаходитися на рівні не нижче 5 см від поверхні підлоги. При занадто низькому розташуванні передні колеса крісла колісного можуть викликати пошкодження в ділянці щиколоток, користувач може випасти з крісла колісного, якщо підніжка зачепиться за якусь перешкоду.

Метод перевірки: введіть без зусилля, щонайменше, два пальці під поверхню стегна на глибину другого суглоба по поверхні оббивки або подушки. Це буде відповідати 3,75- 5см.

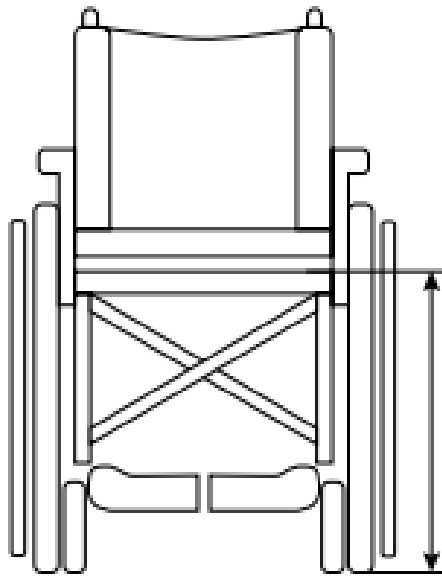


Рис. 14. Висота сидіння

Висота спинки – повинна бути відрегульована відповідно до функціональних порушень користувача і ступеня його активності, правильно встановлена висота спинки забезпечує зручну позу і стійке положення користувача у кріслі. Для визначення висоти спинки, що забезпечує мінімальну підтримку тулуба, вимірюють висоту від поверхні сидіння до пахової западини пацієнта (руки повинні бути витягнуті вперед і розташовані паралельно поверхні підлоги) від отриманої величини віднімають 10 см. У разі потреби у повній підтримці тулуба виміряйте відстань від поверхні сидіння до потрібного рівня підтримки, який, як правило, знаходиться на рівні плечей, шиї або середньої частини голови.

Метод перевірки: для користувачів з мінімальними порушеннями функції тулуба чотири пальці руки повинні вільно поміщатися між верхнім краєм оббивки крісла і рівнем пахової западини. Ця відстань становить 10 см.

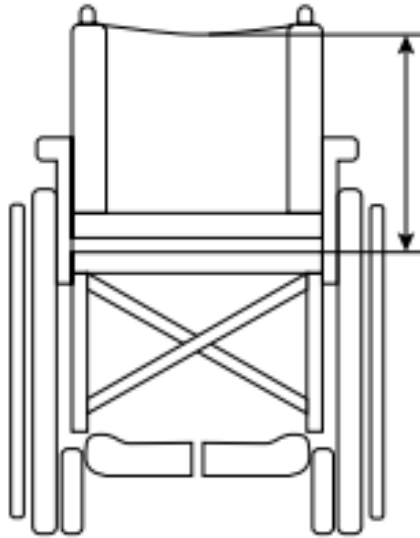


Рис. 15. Висота спинки

Висота підлокітників – повинна забезпечувати зручне положення користувача, збереження правильної посадки в кріслі і рівновагу користувача. Якщо підлокітники встановлені занадто високо, то плечі виявляться піднятими, низько розташовані підлокітники заважають користувачеві прийняти зручну позу, йому доведеться згорбитися.

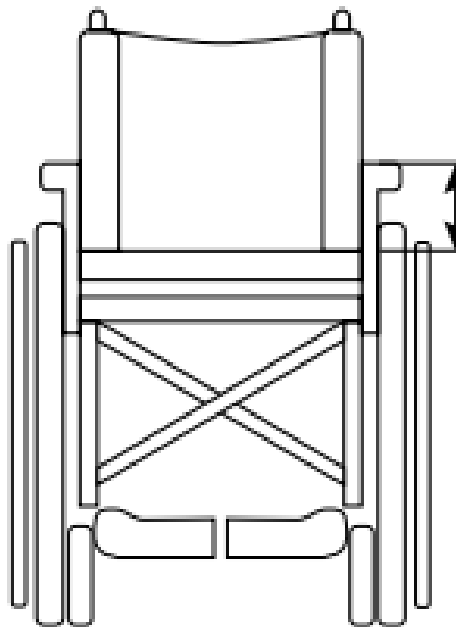


Рис. 16. Висота підлокітників

Максимальна габаритна ширина крісла колісного – виміряти дверні отвори приміщень, якими планує користуватися пацієнт, ліфти і т.п

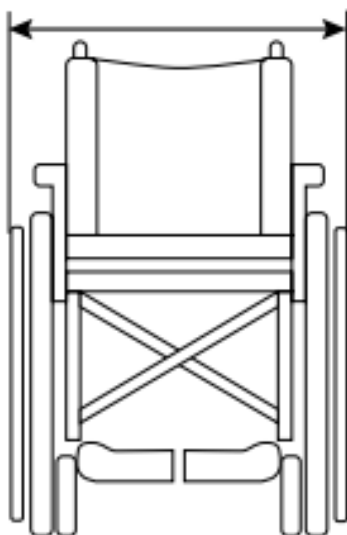


Рис. 17. Максимальна габаритна ширина крісла колісного

2.4. Пряме положення сидячи пацієнта/клієнта у кріслі колісному

Більшість користувачів крісел колісних проводять багато годин у положенні сидячи. Це означає, що їхнє крісло колісне не тільки виконує функцію засобу пересування, але й допомагає забезпечити комфортне положення сидячи, підтримуючи правильну позу.

Пряме положення сидячи / Нейтральне сидяче положення

Постава – це спосіб, у який частини тіла людини розташовані одна відносно іншої. Якщо крісло колісне правильно підібране, воно має сприяти правильному положенню сидячи, допомагаючи користувачеві сидіти прямо. Деколи «пряме сидяче положення» також називають нейтральним сидячим положенням.

Важливість положення сидячи для користувача крісла колісного пояснюється багатьма причинами. Це положення позитивно впливає на:

- ✓ *стан здоров'я*: правильне положення сидячи сприяє оптимальному травленню та полегшує дихання;
- ✓ *розподіл ваги*: вага розподіляється рівномірно, внаслідок чого зменшується ризик утворення пролежнів;
- ✓ *стабільність*: пряме положення сидячи забезпечує стабільність;
- ✓ *зручність*: рівномірний розподіл сприяє комфортнішому сидінню в кріслі колісному;

✓ *запобігання проблемам з поставою*: правильне положення сидячи допомагатиме зменшити ймовірність деформацій хребта у майбутньому;

✓ *самооцінку і впевненість*: правильне положення сидячи сприяє поліпшенню самооцінки користувача кріслом колісним.

Навіть при всіх перевагах прямого сидячого положення важко утримувати його протягом усього дня без відповідної підтримки для тіла. Саме тому люди без інвалідності періодично змінюють свою позу протягом дня. Для користувача крісла колісного, який проводить багато часу у ньому, важливо, щоб крісло надавало достатню підтримку, для комфортного сидіння.

Як визначити чи пацієнт / клієнт сидить прямо

Зверніть увагу на такі моменти під час перевірки збоку:

- ✓ таз повинен бути прямим;
- ✓ тулуб має бути прямим, зберігаючи три природні вигини лінії спини;
- ✓ стегна повинні бути зігнуті під кутом приблизно 90°;
- ✓ коліна і стопи також повинні бути зігнуті під кутом приблизно 90°;
- ✓ п'ятки мають бути розташовані прямо під колінами або трохи вперед чи назад;
- ✓ стопи повинні повністю стояти на підлозі або на підніжках.



Рис. 18. Вид збоку

Зверніть увагу на такі моменти під час перевірки спереду:

- ✓ таз повинен бути рівним;
- ✓ плечі мають бути рівними і розслабленими, ніщо не повинно обмежувати вільний рух рук;
- ✓ ноги повинні бути розташовані на невеликій відстані одна від одної;
- ✓ голова повинна бути прямою і симетрично розміщеною.



Рис. 19. Вид спереду

Значення таза при сидінні

Таз відіграє важливу роль у здатності сидіти прямо. Його можна порівняти із фундаментом, що є основою міцної та стійкої будівлі. Також, для підтримки стійкого сидячого положення необхідно мати сильний та стабільний таз.

Коли користувач сидить прямо у кріслі колісному, його таз має такі характеристики:

- ✓ симетричний (вид спереду);
- ✓ нейтральний або трохи нахилений уперед (вид збоку).

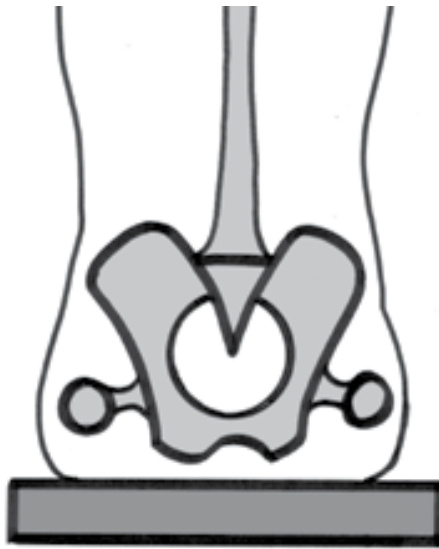


Рис. 20. Таз: вид спереду

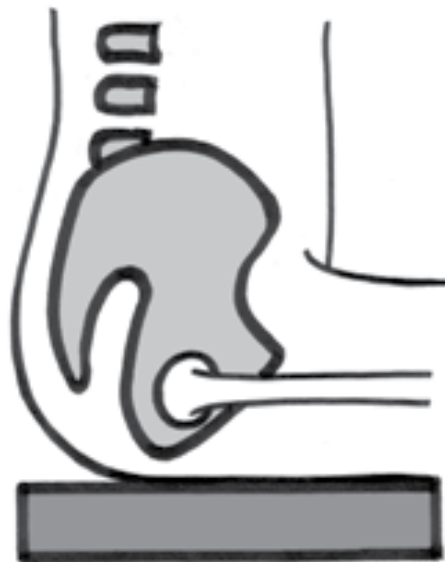


Рис. 21. Таз: вид збоку

Будь-які зміни у положенні таза впливають на позу інших частин тіла. Якщо таз несиметричний, то утримувати пряме сидяче положення може бути важко.

Таз може переміщатися у різних напрямках. Нижче у таблиці №1 показано чотири різні напрямки руху таза з описом того, як це впливає на положення тіла.

Напрями руху тазу

Рух	Ілюстрація	Зміна положення тіла
Перекочування вперед (нахил тазу вперед)	 <p>Таз: вид збоку</p>	<p>- Тіло випрямляється, плечі відведенні назад. - Збільшується вигин спини вище рівня тазу.</p>
Перекочування назад (нахил тазу назад)	 <p>Таз: вид збоку</p>	<p>Спина заокруглюється, плечі подаються вперед.</p>
Нахил убік (боковий нахил)	 <p>Таз: вид ззаду</p>	<p>Тулуб нахиляється у сторону.</p>
Ротація	 <p>Вид зверху</p>	<p>Тулуб також рухається.</p>

2.5. Виникнення пролежнів від неправильного положення пацієнта/клієнта у кріслі колісному

Пролежень – це пошкодження шкіри або глибоко розташованих м'яких тканин, які переважно виникають у ділянках, де виступають кістки. Їх можна отримати за кілька годин, але наслідки можуть тривати багато місяців і навіть призвести до смерті.

Причини появи пролежнів

Виділяють три основні причини утворення пролежнів:

Тиск. Пролежні виникають унаслідок тиску на шкіру при тривалому сидінні або лежанні в одному і тому ж положенні без руху. Для користувачів крісел колісних ця причина особливо актуальна, оскільки вони зазвичай проводять багато часу у кріслі. Незнання або ігнорування тиску може призвести до швидкого розвитку пролежнів.



Рис. 22. Тиск тіла на крісло колісне

Тертя на шкірі стає причиною пролежнів, коли воно постійно діє на неї. Наприклад, тертя руки об колесо чи підлокітник під час руху крісла колісного може призвести до утворення пролежнів.



Рис. 23. Тертя тіла об крісло колісне

Зсування виникає, коли певна ділянка шкіри залишається нерухомою і водночас розтягується або стискатися при русі м'язів чи кісток. Наприклад, коли користувач сидить і «зсувається» у кріслі колісному, шкіра може постраждати внаслідок зсуву тканин у ділянці сідничних кісток при русі таза назад або зсуву шкіри у ділянці хребта, де вона контактує зі спинкою.



Рис. 24. Зсув тіла з крісла колісного

Чинники, які збільшують ризик утворення пролежнів

Окрім трьох основних причин, існує кілька факторів, які збільшують шанси виникнення пролежнів. Ці фактори відомі як чинники ризику утворення пролежнів. Серед них можна виокремити:

- *знижена чутливість*: в осіб з обмеженою або відсутньою чутливістю в ділянці сідниць або ніг, таких як більшість параплегіків і квадріплегіків, високий ризик утворення пролежнів, оскільки вони не відчують тиску або відчують його недостатньо;

- *обмежений рух*: коли особа не може рухатися, вона також не може переміщати тіло для зменшення тиску;

- *вологість*: проникна волога від поту, води або недостатнього гігієнічного догляду зм'якшує шкіру, роблячи її більш вразливою. Якщо користувач не має контролю над функцією сечового міхура або кишечника, сеча та кал можуть подразнювати та пошкоджувати шкіру;

- *неправильна постава*: неправильне сидіння в прямому положенні, збільшує тиск на певні ділянки шкіри.-

- *перенесені раніше чи наявні вже пролежні*;

- *незбалансоване харчування і недостатня кількість випитої рідини*: збалансоване харчування та достатнє споживання води є ключовими для забезпечення організму необхідними рідинами й поживними речовинами, які сприяють здоров'ю шкіри та швидкому загоюванню ран;

- *літній вік*: у людей літнього віку шкіра зазвичай тонка й слабка, а тому більш схильна до ушкоджень;

- *вага (недостатня чи надмірна)*: у людей з надмірною вагою часто виникають проблеми з кровообігом у шкірі, що може зробити їх шкіру більш вразливою та погіршити її здатність до загоєння. Також користувачі крісел колісних з недостатньою вагою мають ризик утворення пролежнів через недостатню захищеність кісток, що може призвести до швидкого ушкодження шкіри в ділянках кісткових виступів.

Типові місця утворення пролежнів:



Рис. 25. Вид збоку

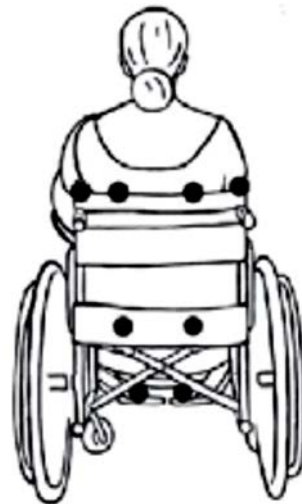


Рис. 26. Вид ззаду

Методи запобігання утворення пролежнів

Рекомендується використовувати спеціальну протипролежневу подушку, яка сприяє розподілу тиску. Ця подушка рекомендується для всіх осіб з підвищеним ризиком утворення пролежнів.



Рис. 27. Протепролежнева подушка

Важливо стежити за тим, щоб сидіти прямо. Підтримка прямого сидячого положення допомагає рівномірно розподілити вагу тіла, зменшуючи тиск на шкіру в ділянці кісткових виступів і сприяючи уникненню ушкоджень, які можуть виникнути в результаті цього. Пряме сидяче положення також сприяє запобіганню утворенню пролежнів унаслідок тертя. Ерготерапевти, родичі або доглядальники можуть допомогти користувачам у підтримці прямого положення тіла, налаштувавши крісло колісне правильно та пояснивши важливість правильної посадки.





Рис. 28. Пряме положення сидячи у кріслі колісному

Використовуйте прийоми для зменшення тиску. Один із ефективних способів запобігання виникнення пролежнів – це систематичне зменшення тиску на відповідні частини тіла. Докладніше про це див. Таблицю №2

Таблиця №2

Прийоми зменшення тиску

<p>Нахил у перед. Метод, який найчастіше використовується користувачами крісел колісних</p>	<p>Самостійно: для осіб з хорошою рівновагою і достатньо силою.</p> 	<p>З допомогою: для осіб з поганою рівновагою і слабкістю.</p> 
<p>Нахил з боку у бік. Цей метод підходить для користувачів крісел колісних з обмеженою силою та рівновагою</p>	<p>Самостійний нахил з боку у бік</p> 	<p>Деяким користувачам може бути потрібно закладати руку за ручку крісла колісного для опори.</p> 

Добре харчуватися і пити багато води. Для профілактики пролежнів рекомендується раціон з різноманітних свіжих овочів, фруктів і м'ясних страв, щоб забезпечити організм необхідними поживними речовинами. Пити достатню кількість води також корисно для підтримки здоров'я шкіри та запобігання ризику утворення пролежнів.



Рис. 29. Споживання води у кріслі колісному

Уникати тертя. Проконтролювати, щоб крісло колісне було правильно підібране і не мало нерівних країв. Працюючи з користувачами з відсутньою чутливістю, пояснювати, як забезпечити, щоб жодна частина шкіри не терлася об крісло колісне. Поінформувати користувачів про необхідність уважності при сидінні та виході з крісла колісного.

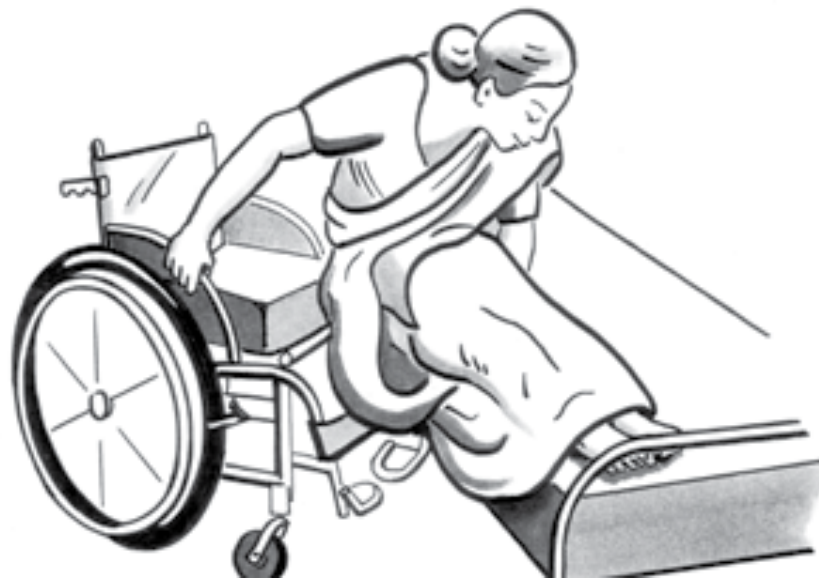


Рис. 30. Переміщення з крісла колісного у ліжко

Уникати дії вологи на шкіру. При роботі з користувачами кріслами колісними повідомляти про необхідність негайно замінити мокрий або забруднений одяг та уникати використання мокрої подушки. Дотримання режиму управління сечовим міхуром і кишківником може допомогти зменшити проблему надмірної вологи.

Направляти осіб із проблемами з утриманням сечі до відповідних фахівців для отримання кваліфікованої допомоги.



Рис. 31. Розвішування одягу у кріслі колісному

Щодня оглядати шкіру. Пролежні можуть розвиватися дуже швидко, тому важливо вчасно виявляти їх і негайно діяти. Рекомендується користувачам крісел колісних, які належать до групи ризику, перевіряти стан своєї шкіри щодня. Для цього можна скористатися дзеркалом або попросити когось з родини. Якщо помічено почервоніння чи затемнення на шкірі (перші ознаки пролежнів), важливо вжити необхідні заходи для зняття тиску з цієї ділянки негайно.



Рис. 32. Огляд шкіри користувача крісла колісного

Під час сидіння чи лежання регулярно змінювати положення тіла. Регулярна зміна позиції може допомогти зменшити тиск на шкіру. Наприклад, якщо особа сидить, то варто спробувати перевести

вагу тіла, лягши на бік або на живіт. Ця порада особливо важлива для тих, у кого є кілька факторів ризику утворення пролежнів або хто недавно вилікувався від них. Це особливо стосується людей, які не можуть самостійно змінювати своє положення.

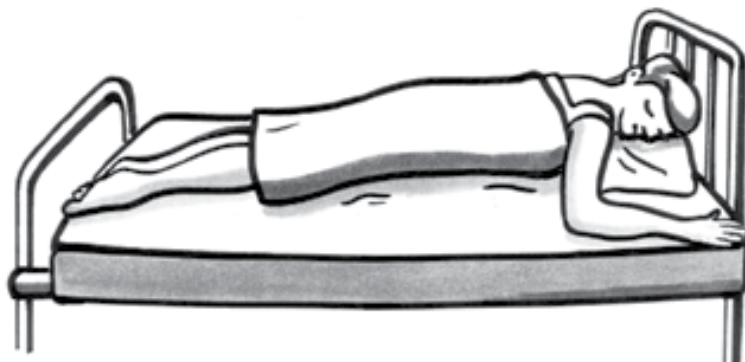


Рис. 33. Зміна положення тіла користувача крісла колісного

Подушка у кріслі колісному відіграє важливу роль і має кілька функцій:

- ✓ забезпечує комфорт під час сидіння;
- ✓ допомагає зберігати правильну поставу, сприяючи прямому сидінню;
- ✓ розподіляє тиск на поверхню шкіри.

Кожному користувачеві крісла колісного важливо мати комфортне сидіння, а якість подушки допомагає забезпечити зручне і пряме положення. Тому вона важлива для всіх користувачів. Проте не всім потрібна спеціальна протипролежнева подушка.

Різні типи подушок

Подушки можна класифікувати за різними ознаками, включаючи:

- ✓ матеріал виготовлення, такий як поролон або кокосове волокно;
- ✓ матеріал наповнювача, такий як повітря, рідина або гель;
- ✓ головна функція, наприклад, протипролежнева, забезпечення комфорту, підтримка постави;
- ✓ форма, яка може бути плоскою або контурною;
- ✓ технологія виробництва, наприклад, подушки з поролону можуть бути «формованими», виготовленими з одного шматка матеріалу, або «багат шаровими», складаються з кількох шарів поролону.

Поролонові подушки найпоширеніші та зазвичай найбільш доступні за ціною. Це легко доступний варіант, оскільки їх можна виготовити з використанням наявного поролону і легко адаптувати до індивідуальних потреб користувача крісла колісного.

Кожному користувачеві крісла колісного рекомендується мати подушку. Ті, хто знаходиться у високому ризику утворення пролежнів, повинні використовувати протипролежневу подушку.

Існують різноманітні види протипролежневих подушок:

- ✓ контурні поролонові протипролежневі подушки;
- ✓ подушки з наповнювачами, такими як повітря, рідина або гель.

Протипролежневі поролонові подушки мають міцну та стабільну основу, що дозволяє надійно підтримувати користувача та запобігає її зсуванню під час руху.

Зверху на базовий шар основи накладається «комфортний» шар, який виготовлений з м'якшого поролону. Верхній шар повинен бути достатньо м'яким, щоб легко було на сидничні кістки, але не настільки м'яким, щоб вони прогиналися до найнижчого рівня й лежали на твердій основі або сидінні крісла колісного.

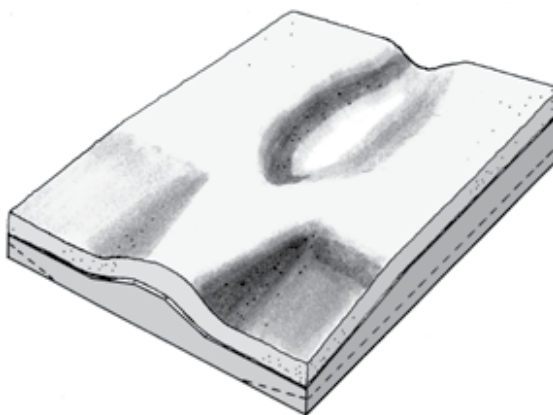


Рис. 34. Контурна поролонова протипролежнева подушка

Протипролежнева подушка сприяє зниженню тиску, забезпечуючи:

- ✓ рівномірний розподіл ваги користувача по поверхні сидіння крісла колісного;
- ✓ зменшення тиску на звичайні місця утворення пролежнів, такі як сидничні та стегнові кістки, куприк;
- ✓ зменшення тертя, що допомагає користувачу сидіти прямо.



Рис. 35. Зменшення тиску

Подушки для профілактики пролежнів з наповненням із повітря, рідини або гелю мають такі характеристики:

- ✓ основа з поролону має бути пружною і схожою на контурну поролонову подушку;
- ✓ вище базового шару розташовується вставка із гелем або рідиною;
- ✓ гелева або рідинна вставка автоматично набуває форму тіла користувача, забезпечуючи рівномірний розподіл ваги та зменшуючи тиск на тканини та шкіру у місцях кісткових виступів.

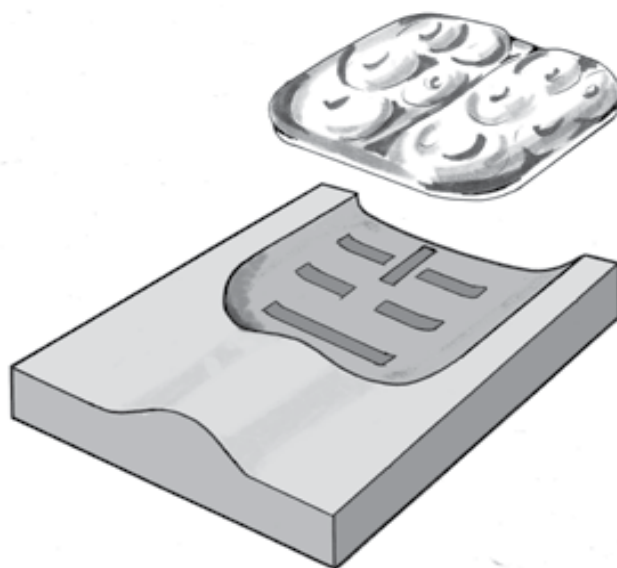


Рис. 36. Протипролежневі подушки з повітряним / рідким / гелевим наповнювачем

Чохол на подушку

Щоб запобігти утворенню пролежнів, на подушку варто надягати водостійкий чохол, який можна зняти для прання. Чохол для такої подушки зазвичай виготовляється з еластичної або не дуже щільної тканини, щоб сідничні кістки могли вільно опуститися в поролон. У випадку відсутності еластичного чохла можна використовувати тонку тканину, яка зазвичай не залишає слідів на шкірі та не збільшує ризик утворення пролежнів. Якщо під тканинним чохлам застосовується тонкий шар пластику, його також потрібно тримати не дуже напруженим, щоб сідничні кістки можна було вільно опустити в поролон.

Важливо завжди підкреслювати користувачам крісел колісних, що у випадку промокання подушки або чохла їх потрібно висушити перед подальшим використанням. Для осіб з проблемами недержання сечі або високим ризиком утворення пролежнів рекомендується мати дві подушки і використовувати їх по чергово, щоб забезпечити необхідний комфорт і безпеку.

Як перевірити, чи ефективна протипролежнева подушка

При кожному призначенні протипролежневої подушки рекомендується виконати простий ручний тест, щоб переконатися, що вона справді зменшує тиск на ділянці сідничних кісток.



Для цього ерготерапевт має помістити руки під сідничні кістки користувача крісла колісного. Завжди пояснюйте користувачеві, що ви збираєтеся робити і чому це важливо.

Під час тесту потрібно використовувати ту саму подушку і крісло колісне, які надані користувачу.

Таблиця №3

Мануальний тест для оцінки рівня тиску в ділянці сідничних кісток

А		Перед тим як почати, треба пояснити процедуру проведення тесту для користувача крісла колісного.
---	---	--

В		<p>Попросити користувача трішки припіднятися на руках чи нахилися вперед, щоб можна було помістити кінчики пальців під ділянкою пацієнта/клієнта лівої чи правої сідничної кістки (долонею вверх). Виконувати цю процедуру, перебуваючи за кріслом і просунувши одну руку під оббивкою спинки.</p>
С		<p>Попросити користувача крісла колісного сісти на пальці з нормальним положенням, обличчям уперед і руками на стегнах. Це забезпечить стабільність положення пацієнта / клієнта під час кожного тестування, коли ерготерапевт переміщує руку для оцінки іншої ділянки. Якщо позиція пальців не дає змоги адекватно визначити тиск на сідничних кістках, треба попросити користувача знову трішки припіднятися на руках і перемістити пальці.</p>
D	<p>Оцінка рівня тиску:</p> <p>1-й рівень = «безпечний». Кінчики пальців можна трохи підняти вгору й опустити вниз на 5 мм і більше.</p> <p>2-й рівень = «сигнальний». Кінчики пальців не рухаються вгору і вниз, але їх можна легко витягнути.</p> <p>3-й рівень = «небезпечний». Кінчики пальців міцно затиснуті. Витягнути їх важко.</p>	
E	<p>Повторити цю процедуру для іншої сідничної кістки.</p>	

Як знизити тиск «сигнального» та «небезпечного» рівня?

Якщо тиск на сідничних кістках виявлено на 2-му («сигнальному») чи 3-му («небезпечному») рівні, потрібно вжити заходів для його зниження. Простий метод - додати ще один шар

твердого поролону, відомого як "підйом". Цей шар має бути приблизно 20 мм товщиною з вирізами на місці сідничних кісток. Він поміщається під подушкою у чохлі. Іноді може знадобитися додатковий шар. Ерготерапевт спочатку додає один шар і перевіряє тиск. Якщо тиск залишається на 2 або 3 рівні, варто додати ще один шар.

2.6. Навички переміщення з крісла колісного та у нього ***Пересідання з крісла колісного та у нього***

Уміння пересідати в крісло колісне та з нього легко і безпечно, з чи без допомоги, значно полегшує щоденне життя користувача. Цей процес, відомий як «переміщення», необхідний для багатьох користувачів, які часто повинні пересідати з крісла колісного та у нього протягом дня.

Важливо, щоб ці переміщення були безпечними, швидкими і не вимагали значного зусилля. Користувачі крісел колісних застосовують різні методи, залежно від своїх можливостей.

Деякі з користувачів здатні пересідати в крісло колісне та з нього самостійно, тоді як інші потребують допомоги. Деякі можуть здійснювати пересідання стоячи, тоді як інші не можуть цього зробити.

Три способи переміщення з крісла колісного та в нього:

Перед тим, як рекомендувати або виконувати процедуру переміщення з крісла колісного до нього, важливо визначити, чи може користувач виконати це самостійно або за допомогою іншої особи.

Перед тим, як вчити користувача пересідати самостійно у сидячому положенні, варто переконатися, чи може пацієнт / клієнт піднятися на руках. Якщо користувач не може цього зробити, тоді потрібна зовнішня допомога.

Перш ніж вчити користувача самостійно переміщатися у стоячому положенні, важливо переконатися, що він може встати з крісла колісного та утримувати свою вагу на ногах. Якщо це здійснити неможливо, пацієнт / клієнт потребує допомоги іншої особи.

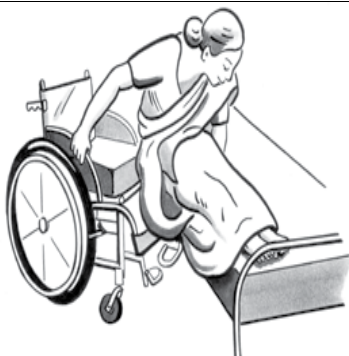
Нижче зображено різні способи переміщення у крісло колісне та з нього.

Способи переміщення в крісло колісне та з нього

Самостійне переміщення через положення сидячи
(з крісла колісного на ліжку)



- ✓ Зафіксувати крісло колісне, активуючи гальма, і розмістити його поряд з ліжком.
- ✓ Зняти стопи з підніжок або поворотно-відвідні підніжки (залежно від моделі).
- ✓ Зняти підлокітник з боку ліжка.
- ✓ Трохи припідняти корпус на руках і переміститися на передній край крісла колісного.
- ✓ За допомогою однієї руки на ліжку та іншої на кріслі колісному, припіднятися на руках і пересісти на ліжку.
- ✓ Якщо користувачу складно втримувати рівновагу або якщо він не може піднятися на руках чи віддалено переміститися, може знадобитися дошка для пересідання.



Під час переміщення з крісла колісного на ліжку деякі користувачі спершу розміщують ноги на ліжку, а потім уже пересідають.

Таблиця №5.

Переміщення через положення сидячи із використання дошки для пересідання (з крісла колісного на ліжку)

Переміщення через положення сидячи із використання дошки для пересідання (з крісла колісного на ліжку)



- ✓ Поставити крісло колісне на гальма і розмістити його біля ліжка.
- ✓ Зняти стопи з підніжок або поворотно-відвідні підніжки (залежно від моделі).
- ✓ Зняти підлокітник з боку ліжка. Допомогти користувачу переміститися вперед.
- ✓ Розмістити дошку для пересідання під сідницями одним краєм, а іншим – на ліжку.
- ✓ Користувач намагається допомогти, піднімаючись на руках і переміщуючись з крісла колісного на ліжку.
- ✓ Асистент стоїть за спиною користувача й допомагає пацієнту / клієнту переміщати сідниці в напрямку до ліжка.

Переміщення через положення з допомогою (з ліжка у крісло колісне)

Переміщення через положення з допомогою (з ліжка у крісло колісне)



- ✓ Поставити крісло колісне на гальма і розмістити його біля ліжка.
- ✓ Зняти стопи з підніжок або поворотно-відвідні підніжки (залежно від моделі). Зняти підлокітник з боку ліжка.
- ✓ Допомогти переміститися до краю ліжка й поставити стопи на підлогу.
- ✓ Підтримувати коліна користувача збоку (не давити на коліна спереду).
- ✓ Нахилити корпус уперед і трішки підняти його, підтримуючи під лопатками.
- ✓ Повернути користувача до крісла колісного та допомогти поступово опуститися на сидіння.

Що таке дошка для пересідання

Дошка для пересідання – це тонка та міцна платформа, яка служить містком між кріслом колісним і поверхнею, на яку

користувач переміщується. Цей засіб особливо корисний для тих, хто навчається самостійно пересідати з крісла колісного або не має достатньої сили в руках.

Завдяки дошці для пересідання користувач може виконувати переміщення через послідовні невеликі підйоми замість одного великого. Використання такої дошки також зменшує необхідність у сторонній допомозі для користувача крісла колісного.

Таблиця №7.

Самостійне переміщення з підлоги в крісло колісне

Самостійне переміщення з підлоги в крісло колісне
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Для цього типу переміщення користувач повинен мати достатню силу в руках та добру рівновагу. ✓ Користувачі крісел колісних з ризиком утворення пролежнів, коли сидять на підлозі, завжди повинні користуватися протипролежневою подушкою.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Знаходячись у сидячому положенні перед кріслом колісним, підтягнути коліна до корпусу. ✓ Продовжувати дивитися вниз увесь час при переміщенні. ✓ Покласти одну руку на підлогу, а іншу – на передній край сидіння крісла колісного. ✓ Піднімаючись за допомогою рук, підняти сідниці й пересісти на передній край сидіння крісла колісного. ✓ Сісти глибше у крісло колісне і нахилитися, щоб підняти подушку для крісла колісного. ✓ Перенести свою вагу на один бік і помістити подушку на сидіння.
Переміщення з крісла колісного на підлогу
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Сісти на передній край сидіння. ✓ Зняти стопи з підніжок і розмістити їх трішки під кутом (протилежному від напрямку, в якому користувач буде

переміщатися).

- ✓ Покласти подушку на підлогу.
- ✓ Поставити одну руку на підлогу, підтримуючись іншою рукою на сидінні крісла колісного.
- ✓ Одним контрольованим рухом за допомогою рук перемістити сидниці вниз на подушку, розташовану спереду на підлозі.

Правила безпеки при переміщенні з крісла колісного та у нього

Для користувача крісла колісного:

- ✓ При переміщенні з крісла колісного та у нього завжди ставити крісло на гальма.
- ✓ Перевіряти напрям руху: переконатися, що на шляху немає ніяких перешкод.
- ✓ Завжди трохи припідніматися. Не пробуйте протягнути тіло по поверхні, оскільки це може призвести до ушкодження шкіри та спричинити виникнення пролежня.

Для осіб, які надають допомогу:

- ✓ Перед тим як допомагати користувачу крісла колісного, переконатися в тому, що взмозі втримати пацієнта/клієнта.
- ✓ Пояснити пацієнту/клієнту, що збираєтеся робити.
- ✓ Використовувати безпечну техніку піднімання пацієнта/клієнта.
- ✓ Не надавати допомогу, якщо вагітні або маєте проблеми з хребтом.


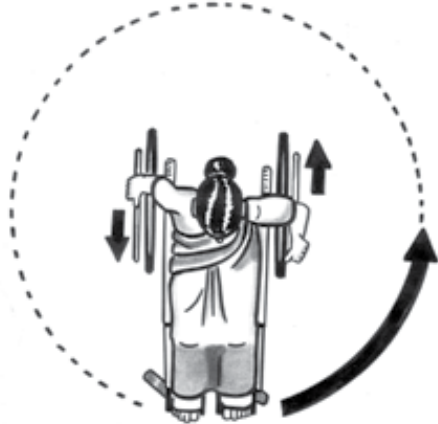

2.7. Навички пересування у кріслі колісному

Багато людей, які використовують крісла колісні, працюють у місцях, де рухатися стає складніше через нерівні, піщані або болотисті поверхні, на сходах, тротуарних бордюрах або в обмежених просторах.

Тренування користувачів у навичках керування кріслом колісним допомагає їм успішно подолати ці перешкоди самостійно або з допомогою.

Нижче наведено опис різних навичок керування кріслом колісним.

Навички керування кріслом колісним

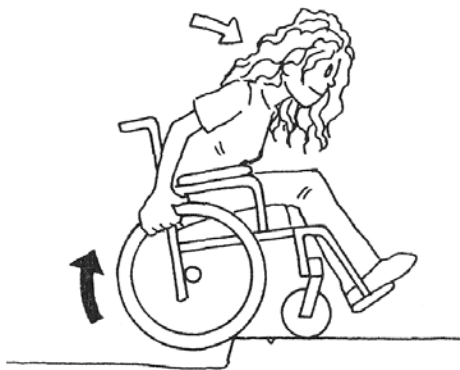
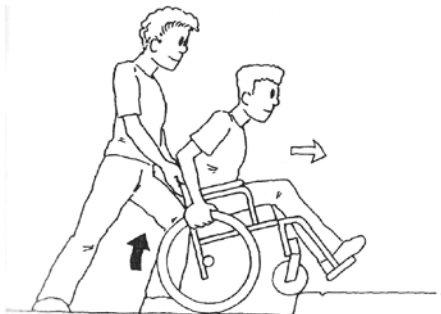
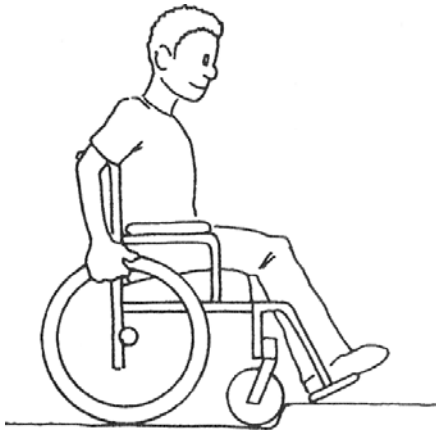
Приведення у рух		<p>Щоб правильно керувати кріслом колісним, потрібно застосовувати менше зусиль.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Для початку руху потрібно рухати крісло з позиції «10 години» до позиції «2 години». - Рухи повинні бути плавними та однаковою довжини.
Поворот		<ul style="list-style-type: none"> - Утримувати один з обідів спереду, а інший – ззаду. - Передня рука на ободі витягує його назад, тоді як інша рука в той же час тягне інший обід вперед.
Підйом по похилій поверхні		<ul style="list-style-type: none"> - Під час навчання керуванню кріслом колісним за користувачем має стояти асистент з метою безпеки. - Щоб відпочити чи зробити зупинку, треба поставити крісло колісне боком відносно напрямку руху. - Нахил уперед може допомогти уникнути перекидання крісла колісного назад.

Спуск по похилій поверхні



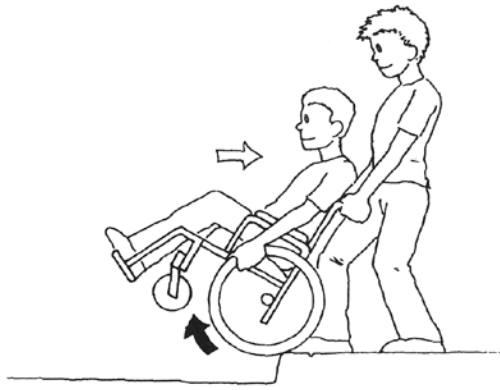
- Нахилитися назад.
- Не застосовуючи зусилля, взятися за ободи і дати їм повільно прокручуватися в руках.
- Досвідченим користувачам крісел колісних, які вміють зберігати баланс на задніх колесах, можна з'їхати на них по спуску. Це дуже ефективний спосіб.

Піднімання на бордюр обличчям вперед



- Пацієнт повинен розмістити крісло колісне перед бордюром.
- Асистент повинен підняти передні колеса крісла колісного, натискаючи ногою вниз і вперед на раму візка або на обмежувач перекидання, а також натискати руками на ручки, спрямовуючи їх вниз і назад.
- Після цього крісло колісне треба штовхати вперед на задніх колесах до того моменту, коли вони доторкнуться до бордюру, а передні колеса опустяться на нього. Потім передні колеса відводять назад і штовхають крісло вперед, згинаючи руки в ліктях, аби задні колеса піднялися на бордюр.
- Особа у кріслі колісному може використовувати мускулатуру рук та тулуба, якщо вони досить міцні, разом із добрим контролем і відчуттям рівноваги, щоб нахилити тулуб вперед і штовхати обручі коліс руками. Цей метод зручний, оскільки дозволяє керувати кріслом колісним легше та забезпечує більший контроль, мінімізуючи потребу у допомозі асистента.

Піднімання на бордюр спиною вперед



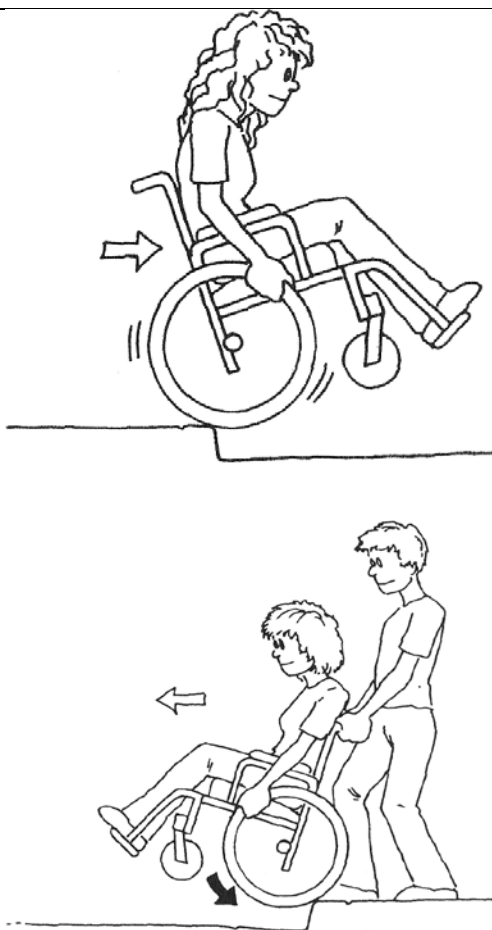
- Крісло колісне повинно бути розміщене так, щоб задні колеса доторкалися бордюру, слід підняти передні колеса, відхиляючи візок назад.

- Асистент витягує крісло колісне за ручки, щоб підняти його на бордюр. Треба тягнути до того моменту, поки передні колеса не перейдуть через край бордюру, тоді опустити їх на землю.

- Особа в кріслі колісному може допомогти, нахилившись назад і тягнучи обручі коліс назад, коли крісло колісне піднімається на бордюр.

- Цей спосіб складніший, оскільки потребує більше зусиль з боку асистента для підняття крісла колісного на бордюр та контролю над ним під час цього процесу.

Опускання з бордюру обличчям вперед

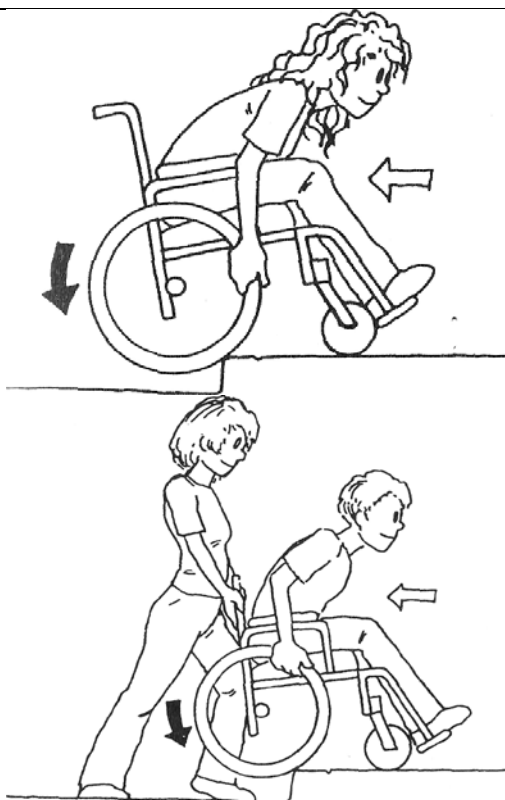


- Крісло колісне треба розмістити так, щоб передні колеса були близько до краю бордюру. За допомогою поступового піднімання та руху вперед на задніх колесах, крісло зможе зійти з бордюру.

- Крісло колісне має залишатися на задніх колесах, поки вони не доторкнуться до землі під бордюром. Тільки після цього можна обережно опустити передні колеса на землю.

- Людина у кріслі колісному може допомагати, відхиляючись назад і притримуючи руками обручі коліс.

Спускання з бордюру спиною вперед





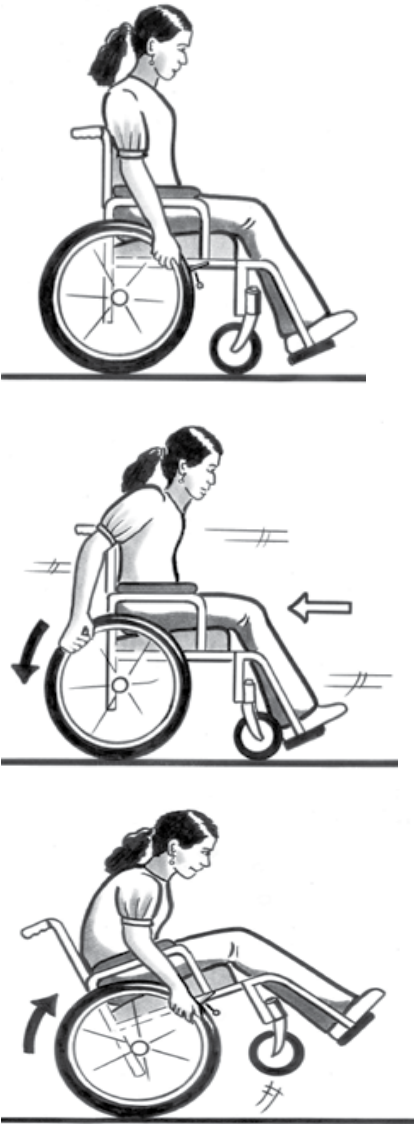
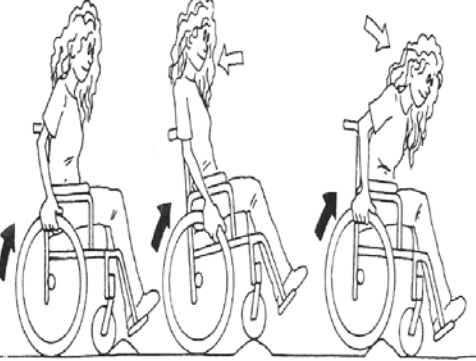
- Рекомендується розмістити крісло колісне біля бордюру так, щоб задні колеса були недалеко від його краю.

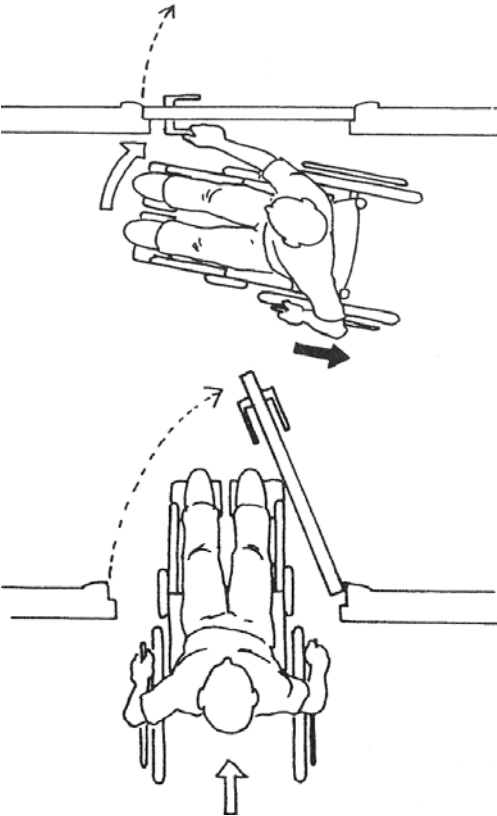
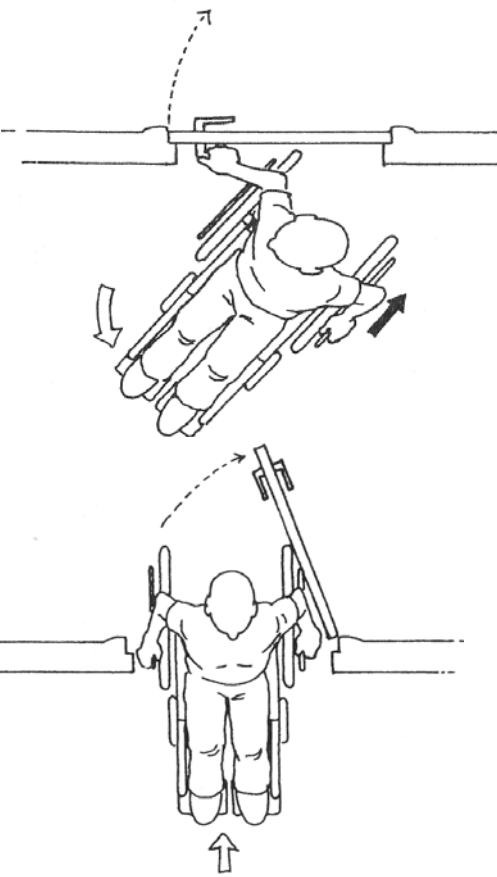
- Асистенту треба стати за кріслом колісним й уважно контролювати, як воно повільно скочується назад із бордюру.

- Якщо впертися у спинку візка стегном, можна сповільнити рух униз. Після того, як задні колеса доторкаються до землі під бордюром, крісло колісне відсувають уперед на задніх колесах, доки передні колеса і підніжки не перетнуть бровку, після чого опускають передні колеса на землю.

- Людина у кріслі колісному може допомагати, нахилиючи тулуб уперед і утримуючи руками обруч коліс. Цей спосіб простіший у використанні, забезпечує більший контроль над кріслом колісним і потребує менше зусиль від асистента.

<p>Підйом сходами з допомогою</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Підніматися сходами спиною вперед. - Крісло колісне потрібно нахилити на задні колеса, які знаходяться навпроти першої сходинки. - Асистент відтягує крісло колісне назад і вгору, піднімаючи його вгору. - Користувач крісла колісного допомагає асистенту, штовхаючи обручі коліс назад. - Інший асистент тримає крісло колісне за раму спереду, а не за підніжки.
<p>Спуск сходами з допомогою</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Спускатися сходами обличчям уперед. - Нахилити крісло колісне на задні колеса. - Асистент дозволяє заднім колесам повільно опускатися вниз, крок за кроком. - Користувач керує переміщенням крісла колісного, використовуючи обруч ручного приводу. - Інший асистент допомагає вирівняти положення крісла колісного спереду, тримаючи його за раму, а не за підніжки.

<p>Балансування</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Для користувача крісла колісного дуже корисно володіти навичкою балансування на задніх колесах. - Піднявши передні напрямні колеса, людина може пересувати крісло через невеликі висотні перешкоди, такі як тротуарні бордюри, камені чи інші нерівності. - Спрямувати крісло колісне назад, щоб обручі ручного приводу опинилися у позиції «10 години». Потім швидко тиснути обручі вперед. - Передні напрямні колеса повинні піднятися вгору. - З удосконаленням техніки можна навчитися піднімати передні напрямні колеса вчасно, щоб пройти невеликі перешкоди. - Коли користувач навчається використовувати цей метод самостійно, асистент має залишатися позаду, щоб допомагати у випадку потреби.
<p>Переїзд через поріг чи перешкоду</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Під'їхати до перешкоди так, щоб торкнутись її передніми коліщатами. - Відхилитися назад і підняти передні коліщата вгору і над перешкодою. - Нахилитися вперед, щоб зробити легшим переїзд задніх коліс візка через поріг

<p>Проїзд через двері обличчям вперед</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Підїхати до дверей боком, обличчям до клямки і простягнути руку вбік, щоб дотягнутись до неї. - Після того як відчините двері, спрямуйте колеса вперед так, щоб можна було переїхати поріг одночасно передніми коліщатами.
<p>Переїзд через двері спиною вперед</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Простягнути руку вбік і назад, щоб відкрити двері. - Проїхати задом через дверний отвір. Можна використати задні колеса крісла колісного, щоб відчинити двері, коли через них проїжджати.

2.8. Правила безпеки при тренуванні навичок переміщення у кріслі колісному:

- ✓ -уникати підтримки на підніжках під час переміщення з крісла колісного або в нього;
- ✓ -бути обережним, щоб пальці не потрапили між шпиці колеса або в гальма;
- ✓ під час тренування навичок підйому по нахилених поверхнях або балансування на задніх колесах за користувачем крісла колісного завжди має бути асистент.
- ✓ не намагатися допомагати користувачу крісла колісного спуститися чи піднятися сходами, якщо пацієнт/клієнт не впевнений у своїх силах безпечно контролювати крісло колісне.

Для того, щоб пересування в кріслі колісному було не лише зручним, але і безпечним, важливо дотримуватися відповідних заходів безпеки і правил техніки безпеки:

1. Крісло колісне повинна бути підібрана за розміром.
2. Перед тим, як виїхати в кріслі колісному на вулицю, перевірити її справність.
3. Завжди тримайте при собі мобільний телефон.

Падіння

При навчанні безпечно падати, завжди практикувати на м'якій поверхні, наприклад, на товстому килимі, маті чи на м'якій землі.

Практикування падіння

1. Асистенту ерготерапевта треба стати позаду крісла колісного, взявшись руками за задню перекладину або ручки для штовхання.
2. Перевести крісло колісне у позицію балансування. Якщо необхідно, попросити асистента допомогти відхилити крісло колісне назад для переходу у цю позицію.
3. Асистент опускає назад, коли пацієнт буде готовий. Нахилити підборіддя до грудей та триматися руками за коліна. Переконатися, що асистент згинає коліна, утримує спину прямою і використовує силу м'язів ніг.

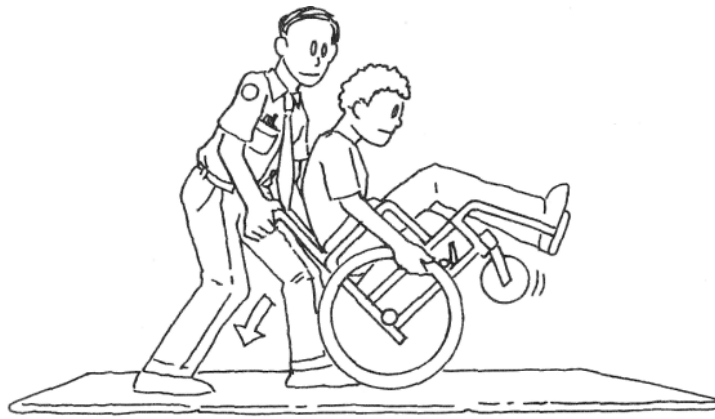


Рис. 37. Асистент опускає до землі, щоб призвичаїтись до падіння назад

Падіння назад

1. Завжди захищати голову
2. Падаючи назад, притиснути підборіддя до грудей. Це допоможе уникнути першого удару об землю головою.
3. Тримати обома руками коліна або захистити від них рукою обличчя.
4. Спробувати зменшити швидкість падіння, тягнучи за обруч колеса однією рукою.
5. Додаткові засоби, такі як ручки для штовхання або рюкзак, можуть захистити спинку крісла колісного від удару об землю.

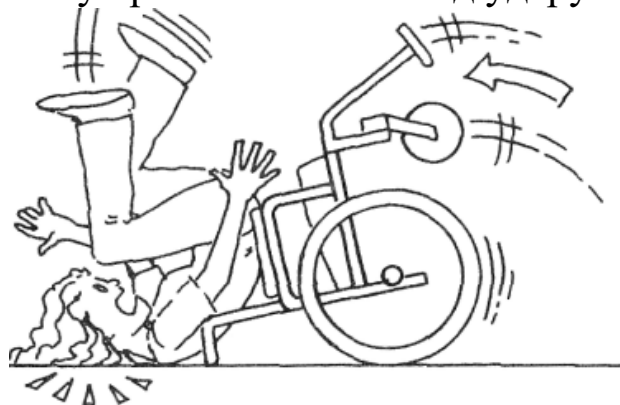


Рис. 38. Якщо падати назад і не вживати жодних запобіжних заходів, то голова вдариться об землю, а коліна відкинуться назад і вдарять особу в обличчя



Рис. 39. Притиснути підборіддя до грудей та триматися руками за ноги, щоб упасти безпечно

Як може допомогти асистент

1. Стати позаду крісла колісного, взявшись руками за задню перекладину чи ручки для штовхання.
2. Коли користувач кріслом колісним буде готовий, перевести його у позицію балансування. Тоді повернутися боком і вперти стегно у спинку крісла колісного. Не скручувати спину в ділянці талії, щоб запобігти травмам спини.
3. Опустити крісло колісне на землю.

Падіння вперед

Постаратися скрутитись, як м'яч, тоді просто котитись з крісла колісного. Якщо виставити перед собою руки для зупинити падіння, це може призвести до перелому кисті чи руки.

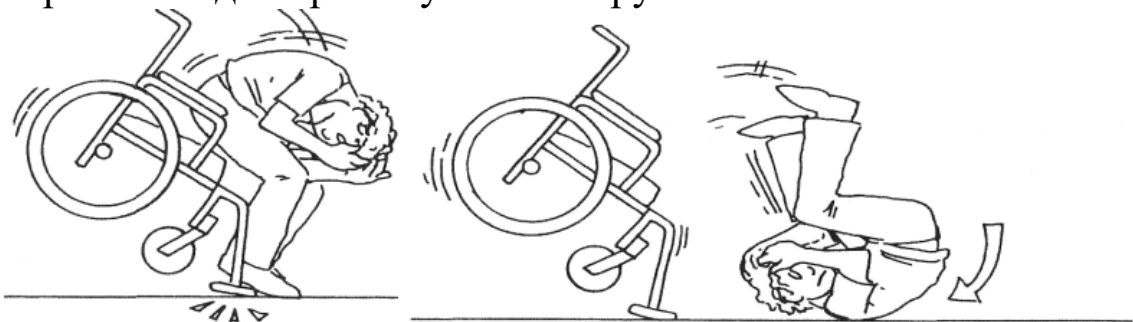


Рис. 40. Скрутитися, як м'яч, і притиснувши підборіддя до грудей, щоб можна було викотитися вперед при падінні

Падіння вбік

1. Нахилитися в напрямку, протилежному від країв крісла, щоб уникнути травми голови при ударі об землю.

2. Ухопитися обома руками за підніжку або боковинку з протилежного до падіння боку, щоб крісло колісне вдарилося об землю до того, як удариться користувач. Не намагатися утримати при падінні, витягуючи вбік руку, оскільки можна травмувати кисть, лікоть чи плече.

3. Якщо користувач змушений витягнути руку, тримати її зігнутою, щоб вона працювала, як амортизатор. Падаючи, уникати попадання руки під крісло колісне.

Піднімання

Що робити перед тим, як підніматися

1. Переконатися, що не зламано жодної кістки чи не травмувався користувач в якийсь інший спосіб.

2. Перевірити, щоб усі компоненти «водопровідної системи» (сечовипускний пристрій, катетер і т. д.) знаходилися на своїх місцях.

3. Перевірити, чи крісло колісне не пошкоджено. Перед тим як сідати в нього, перевірити, що всі його деталі, включаючи боковинки і спинку, на місці.

4. Можливо, користувач захоче покласти на землю подушку для сидіння, щоб знизити висоту, на яку потрібно піднятися, щоб сісти у крісло колісне.

5. Якщо користувач знаходиться на схилі, поставити крісло колісне боком і, якщо можливо, загальмувати його. Це допоможе запобігти з'їжджанню крісла колісного вниз.

6. Переконатися, що передні колеса знаходяться в положенні прямого руху, щоб забезпечити більшу стабільність крісла колісного в напрямку руху.

Піднімання після падіння

Є кілька способів піднімання після падіння. Спосіб, який буде використовувати користувач, залежатиме від конкретної ситуації, рівня пошкодження, сили пацієнта й обсягу можливої допомоги.

Асистент стоїть за кріслом колісним, щоб підпирати його, коли користувач вчиться підніматися після падіння. Асистент може підтягнути до себе крісло колісне, яке з'їхало униз схилом, і допомогти підняти, якщо у цьому буде потреба.

Підйом обличчям до крісла колісного

1. Переконатися, що передні коліщата крісла колісного знаходяться у позиції прямого кочення.

2. Загальмувати крісло колісне. Якщо на ньому немає гальм, спробувати сперти його спинку на нерухомий об'єкт, наприклад, на стіну чи кушетку.

3. Зігнути коліна на один бік і розташуватися обличчям до крісла колісного.

4. Ухопитися за раму крісла колісного у місці, де кріпляться передні коліщата.

5. Підтягнутися у позицію стоячи на колінах і нахилитися вперед на сидіння крісла колісного.

6. Піднятися руками вгору доти, поки коліна не дістануть до підніжок або близько до них.

7. Використати інший, сильніший поштовх, щоб піднятися вгору і взятися за спинку крісла колісного. За необхідності зачепитися підборіддям за спинку.

8. Простягнути руку по діагоналі через спинку й ухопитися за спинку, ручку для штовхання або іншу стійку частину рами.

9. Перекотитися на бік у напрямку від руки, яка простягнута навскіс через спинку, аж доки не перейти у позицію прямого сидіння.

10. Сісти зручно. Підсунути подушку для сидіння. Переконатися, що ноги знаходяться на підніжках.

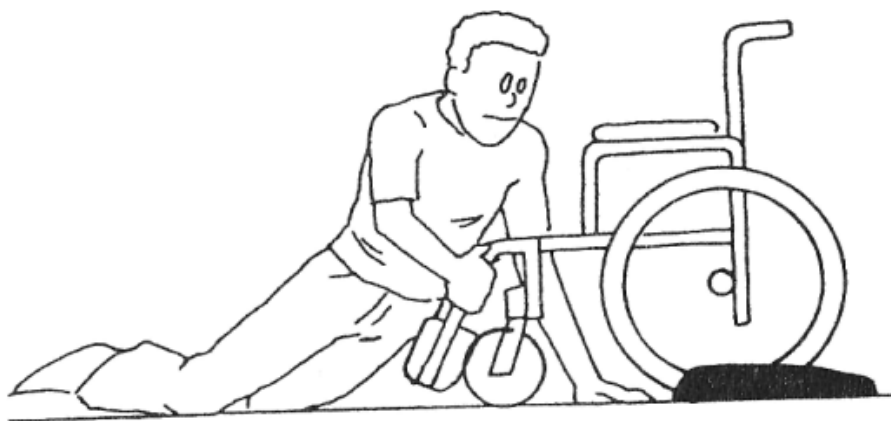


Рис. 41. Після того, як вирівняли крісло колісне, сісти перед ним, зігнувши коліна набік



Рис. 42. Обіперти коліна на підніжки



Рис. 43. Підтягнутися вгору на сидіння крісла колісного

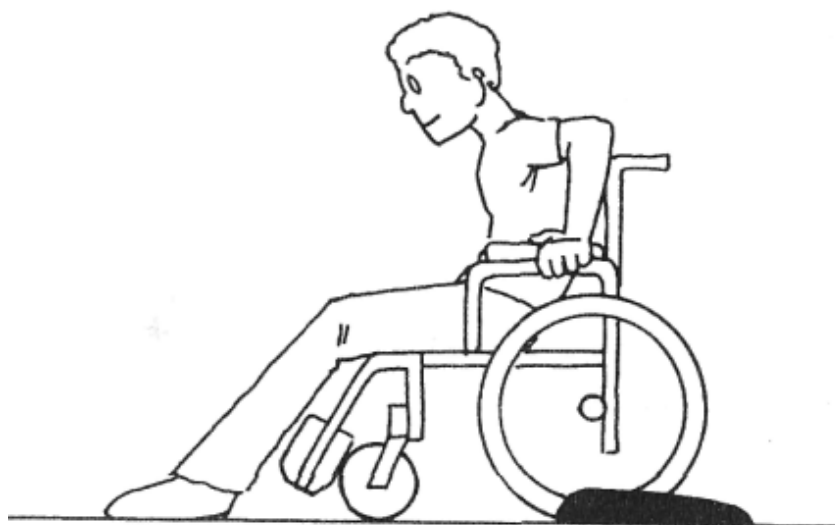


Рис. 44. Повернутися, аж доки не сісти рівно

Підйом обличчям від крісла колісного

1. Переконатися, що передні коліщата крісла колісного знаходяться у позиції прямого кочення.

2. Загальмувати крісло колісне. Якщо на кріслі колісному немає гальм, або вони не можуть утримувати його на місці, спробувати сперти його спинку на нерухомий об'єкт, наприклад, на стіну чи кушетку.

3. Сидячи спиною до крісла колісного, простягнути руки назад і вхопитися за його раму у місці, де кріпляться передні коліщата.

4. Піднімаючи себе руками догори і пересуваючись назад сісти сідницями на ремінь для ніг, якщо він є, або на підніжки.

5. Узятися руками ще далі за трубки, на яких кріпиться сидіння.

6. Нахилитися вперед, продовжуючи підніматися вгору і переміщуватися назад, аж доки не сісти прямо. Сісти зручно. Переконатися, що ноги знаходяться на підніжках.

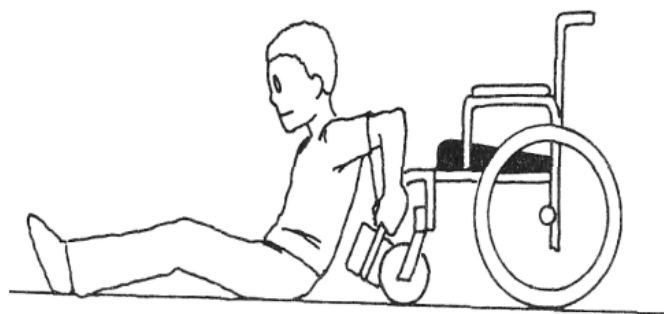


Рис. 45. Простягнути руки назад і вхопитися ними за місце прикріплення передніх коліщат

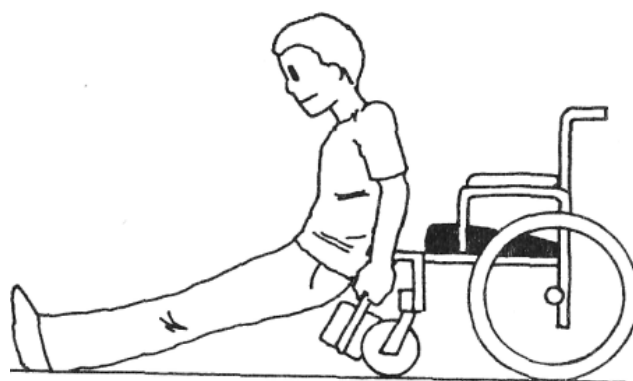


Рис. 46. Підніматися догори і пересуватися назад, щоб знову сісти у крісло колісне

Техніка підйому з переміщенням з боку на бік

1. Сісти на подушку для сидіння під кутом до крісла колісного.
2. Взятися за раму на дальньому від користувача боці крісла колісного у місці кріплення підніжок.
3. Розташувати коліна між рамою крісла колісного та рукою, яка знаходиться далі від крісла колісного.
4. Нахилившись уперед на коліна, користувач штовхається рукою, яка лежить на подушці, і підтягується рукою, що тримається за крісло колісне.
5. Поклавши грудну клітку на коліна, нахилитися вперед настільки, наскільки можливо, щоб підняти при цьому вгору сідниці. Повернути тулуб і сісти у крісло колісне.

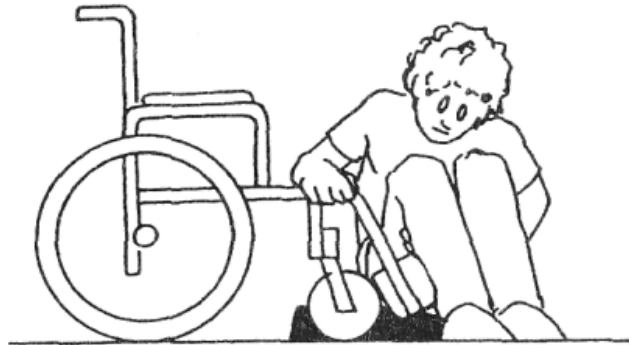


Рис. 47. Узятися за раму, до якої кріпиться сидіння, у місці прикріплення передніх коліщат

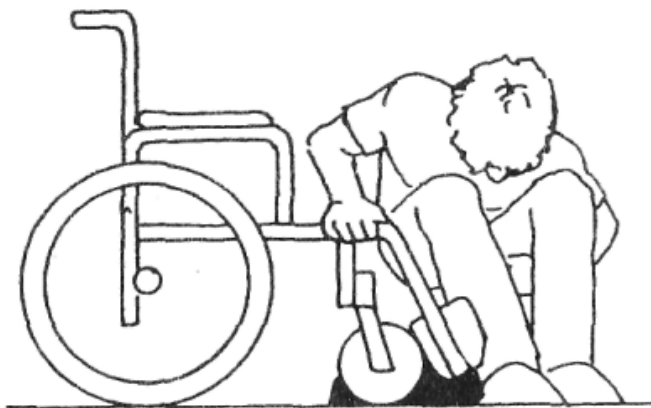


Рис. 48. Підніматися руками вгору і пересуватися назад

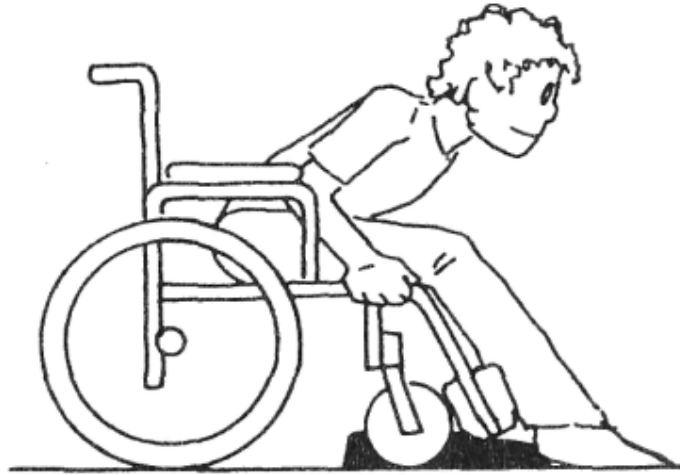


Рис. 49. Нахилитися вперед і продовжувати піднімати себе вгору, аж доки не сісти прямо у кріслі колісному

Як просити про допомогу

Іноді найзручнішим, найшвидшим і найлегшим способом знову сісти в крісло колісне є використання допомоги асистента. Нижче наведені кілька способів допомоги людині знову сісти в крісло колісне.

Підйом з помічником, який штовхає угору

1. Поставити передні коліщата у позицію прямого кочення та загальмувати крісло колісне.
2. Сидячи спиною до крісла колісного, простягнути руки назад і вхопитися за його раму в місці, де кріпляться передні колеса.
3. Асистент притримує коліна.
4. На рахунок «три», асистент піднімає, тримаючи користувача за ділянку колін у той час, коли користувач піднімає себе вгору і пересувається назад, аж доки не зможе сісти у крісло колісне.
5. Сісти зручно, щоб поза була стабільна і ноги знаходились на підніжках.
6. Асистент підсуває подушку для сидіння у той час, коли користувач спираючись на трубки, до яких кріпиться сидіння, піднімається і нахиляється вперед.

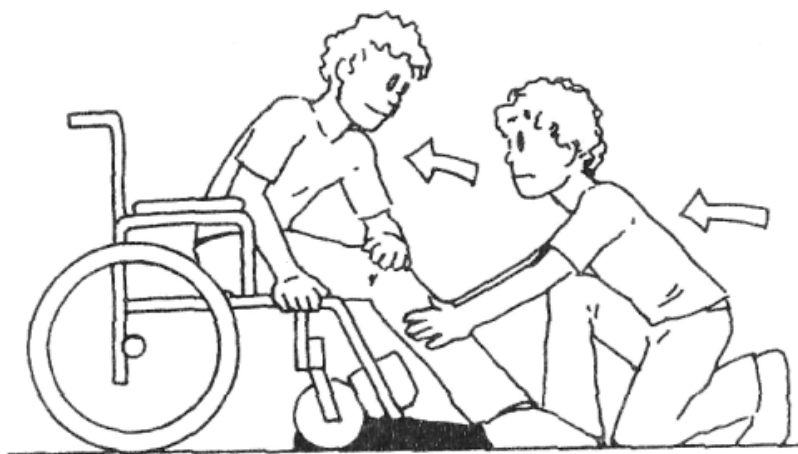


Рис. 50. Щоб сісти у крісло колісне, асистент піднімає користувача, тримаючи за ділянку колін, водночас відштовхуючись руками від рами



Рис. 51. Щоб асистент міг підсунути подушку, потрібно нахилитися вперед і піднятися, спираючись на трубки, до яких кріпиться сидіння

Підйом, відштовхуючись від опори

1. Поставити передні коліщата у позицію прямого кочення і загальмувати крісло колісне.
2. Асистент стає на коліна збоку від користувача кріслом колісним.
3. Сісти під кутом до крісла колісного, обернувшись спиною до підніжок. Простягнути назад руку, дальшу від асистента, і взятися нею за раму крісла колісного у місці, у якому кріпляться підніжки.
4. Поставити іншу руку на коліно асистента.

5. На рахунок «три» піднятися вгору і пересуватися назад, аж доки не сісти у крісло колісне.

6. Сісти зручно. Асистент підсуває подушку для сидіння у той час, як користувач спираючись на трубки, до яких кріпиться сидіння, піднімається і нахиляється вперед.

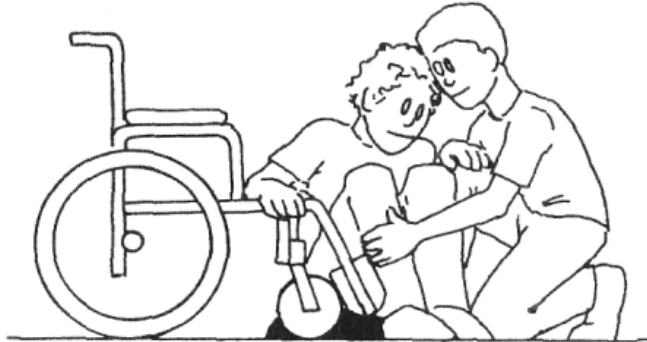


Рис. 52. Нехай асистент опуститься на коліна збоку від вас, поки ви ухопитесь за місця кріплення підніжок

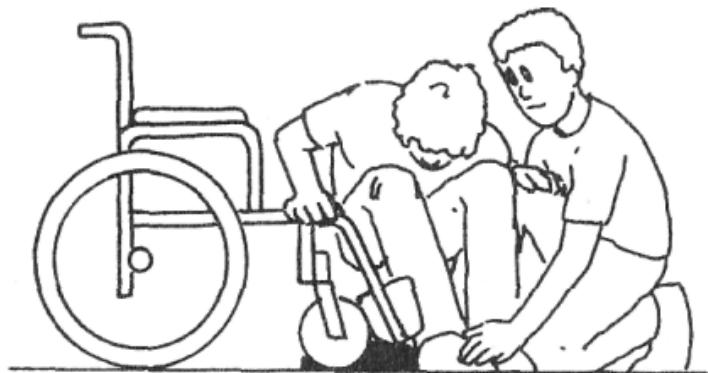


Рис. 53. Використовувати свою іншу руку, щоб відштовхуватись від коліна асистента



Рис. 54. Продовжувати відштовхуватись, аж доки не сісти прямо

Підйом з попереднім перевертанням крісла колісного

1. Впавши недалеко крісла колісного, асистент може перевернути його так, щоб задня перекладина чи ручки для штовхання були на землі, а сидіння – у повітрі.

2. Розташуватись за допомогою асистента у перевернутому кріслі колісному.

3. Узятися руками за ободи для штовхання тоді, коли асистент стає на коліно позаду крісла колісного, взявшись руками за задню перекладину чи ручки для штовхання.

4. Асистент на рахунок «три», піднімає крісло колісне у звичну позицію, утримуючи спину прямою і перпендикулярною до землі наскільки це можливо. Користувач може допомагати, тягнучи за обручі коліс.

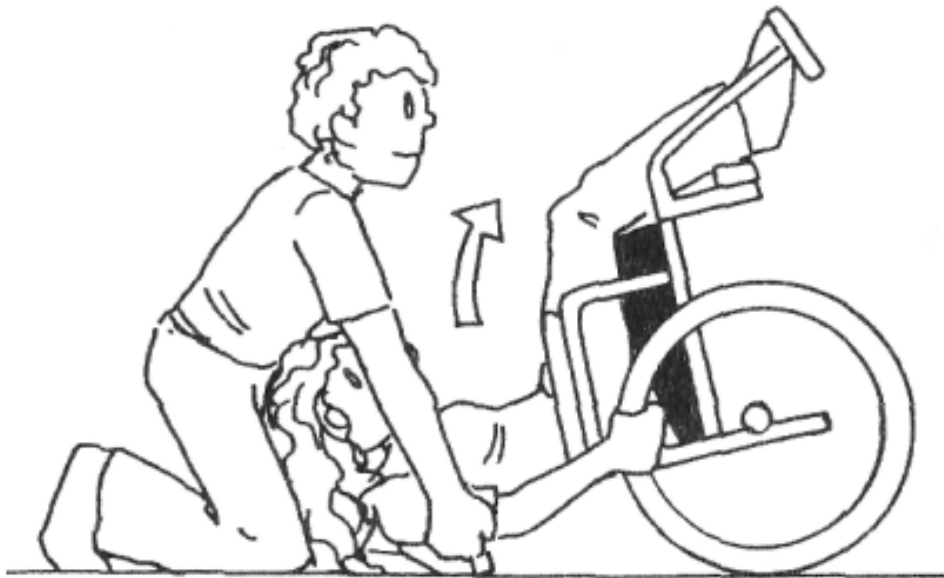


Рис. 55. Асистент переводить крісло колісне у прямосидячу позицію після того, як користувач розташувався у перевернутому кріслі колісному

2.9. Навички перенесення та підйому пацієнта / клієнта з крісла колісного та у нього

Таблиця 8.

Що дозволяється та забороняється при підніманні та перенесенні

Що дозволяється та забороняється при підніманні та перенесенні	
	Поверхня, на яку буде проводитись перенесення, повинна бути звільненою від предметів.
	Не класти предмети на поверхню переносу.
	Не користуватися хиткою поверхнею переносу.
	Замкнути гальма на кріслі колісному, коли садиш або забираєш дитину.



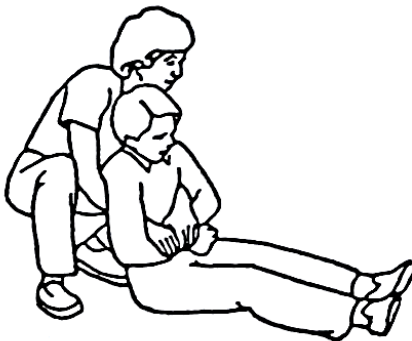
Сказати дитині, що ви збираєтеся робити.
Носити неслизьке взуття, на низьких підборах.
Тримати ноги розставленими для більшої стійкості.
Пам'ятати, що треба розщібнути всі пояси та підв'язки на сидінні.
Згинатися у стегнах і колінах



Не вигинати тіло, коли стоїш з прямими колінами.



Не піднімати дитину за руки.



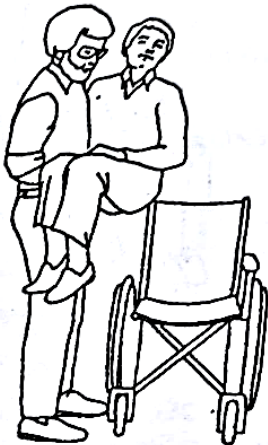
Піднімати дитину, підтримуючи її за талію або за схрещені руки.



Тримати спину прямою.
Зігни коліна.



Тримати спину прямою.
Зігни коліна.



Тримати дитину якомога
ближче до себе.



Не тримати дитину далеко
від себе.

	<p>Не викручувати своє тіло, коли піднімаєш дитину.</p>
	<p>Спочатку підняти дитину, а тоді можна повернутися.</p>

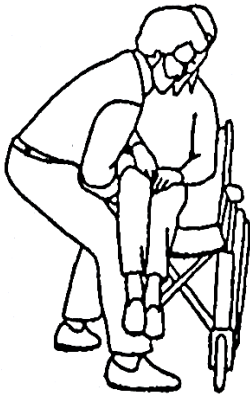
Таблиця №9.

Перенесення з сидячого положення (однією людиною)

<p>Перенесення з сидячого положення (однією людиною) Піднімання</p>	
	<p>Застереження: Піднімати дитину, якщо впевнені, що можна зробити це безпечно. Замкнути гальма на кріслі колісному, зняти підлокітники з того боку, звідки будете піднімати. Якщо підніжки близько до землі, зняти або відкинути їх, якщо треба місця для Ваших ніг.</p>



Підставити одну руку під дитячі коліна, а другу – дитині за спину.



Піднімати дитину, тримаючи її якомога ближче до себе.



Не повертатися, аж поки не завершите підйом дитини.


Таблиця №10.

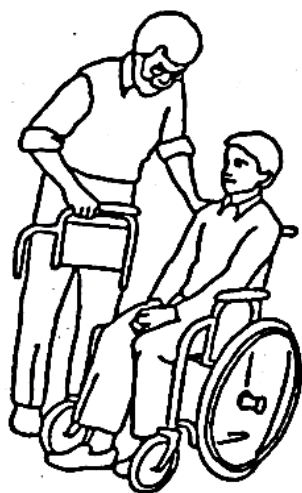
Перенесення з сидячого положення (однією людиною)

Перенесення з сидячого положення (однією людиною) <i>Розташування на поверхні переносу</i>	
	Розмістіся біля поверхні, на яку будете переносити.
	Поволі опустити дитину на поверхню переносу, згинаючи свої коліна і тримаючи спину прямою.

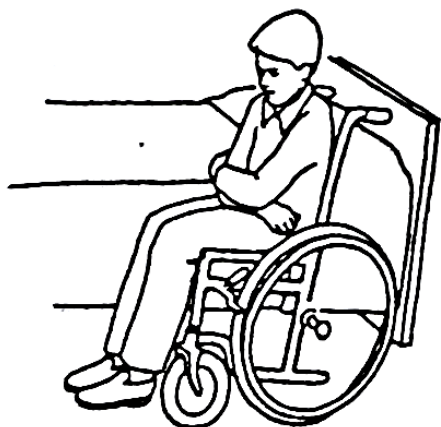
Таблиця №11.

Перенесення з крісла колісного до ліжка (двома особами)

Перенесення з крісла колісного до ліжка (двома особами) <i>Підготовка крісла колісного</i>	
	Зняти підніжки.

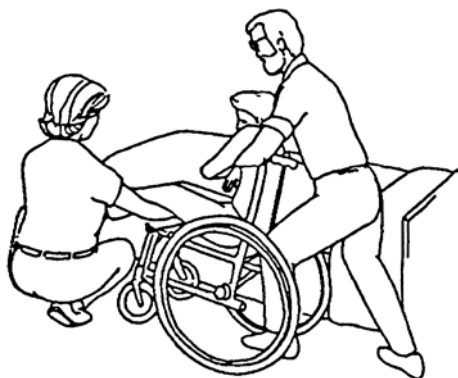


Зняти підлокітники.

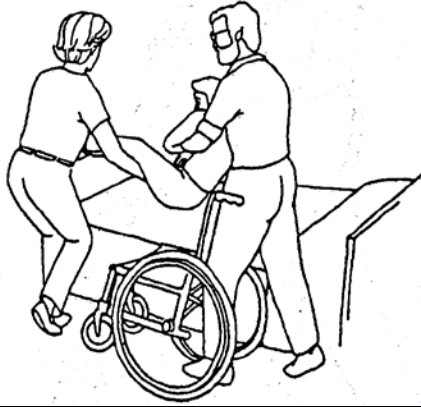


Постави крісло колісне паралельно та якомога ближче до ліжка та замкнути гальма.

Перенесення з крісла колісного до ліжка (двома особами) Піднімання



Підготуйте крісло колісне (як описано вище).
Особа, вища на зріст, стає позаду крісла колісного і тримає дитину за руки, що схрещені на грудях.
Друга особа присідає близько до дитини і кладе одну руку високо під стегна, а другу під стегна дитини.



За сигналом обоє поволі підносять дитину прямо верх.

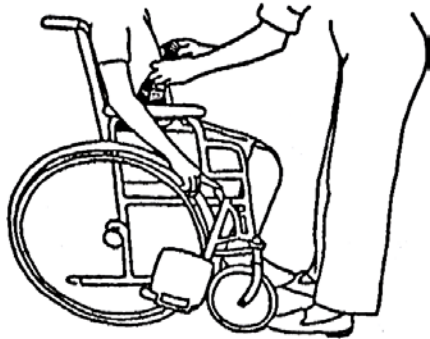


Разом переносять дитину над ліжком і поволі опускають її, аж поки вона не опиниться на ліжку.

Перенесення з крісла колісного до ліжка (двома особами)

Перехід до вставання за допомогою Підготовка крісла колісного	
	Зняти підніжки, найближчі до поверхні переносу.
	Поставити крісло колісне якнайближче до поверхні переносу під кутом 90 °
	Замкнути гальма крісла колісного (або нехай це зробить дитина).
	Зняти дитячу ногу з підніжки. Підніжку відсунути в сторону.

Перехід до вставання за допомогою
Підготовка дитини



Підготуйте крісло колісне (як описано вище), розстібніть ремінь сидіння крісла колісного.

Примітка:

На наступних малюнках не зображені підлокітники крісла колісного, щоб більш зрозуміло відобразити діяльність. Застосовуючи цей перехід, не знімайте поруччя крісла колісного.



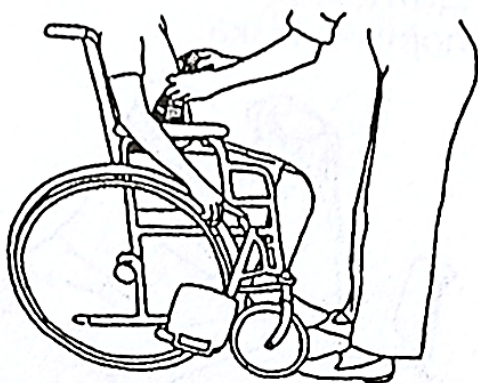
Посувайте дитину вперед у кріслі колісному, тримаючи її під пахви, допомагаючи перенести вагу тіла на один бік і пересунути вперед протилежне стегно.



Повторюйте рухи, по чергово змінюючи стегна, поки дитина не сяде на край крісла колісного.

Застереження: дитина не повинна починати вставати з крісла колісного поки стопи ніг не будуть належно поставлені.

**Перехід до вставання за допомогою
Підготовка дитини- другий спосіб**

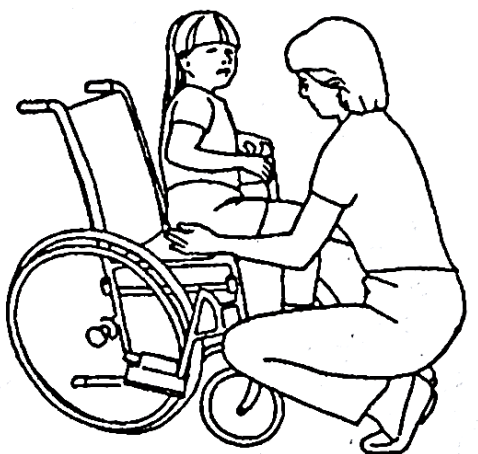


Підготуйте крісло колісне (як описано вище), розстібніть ремінь сидіння крісла колісного.

Примітка:

На наступних малюнках не зображені підлокітники крісла колісного, щоб більш зрозуміло відобразити діяльність.

Застосовуючи цей перехід, не знімайте поруччя крісла колісного.

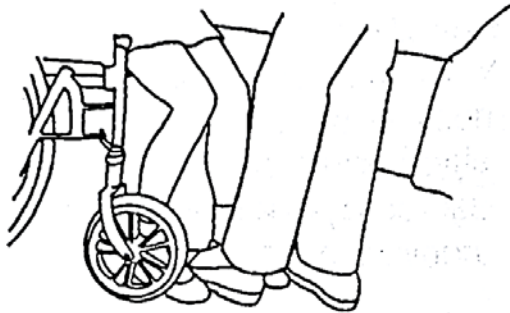


Посувайте дитину вперед у кріслі колісному, тримаючи її під стегнами, допомагаючи перенести вагу тіла на один бік і пересунути вперед протилежне стегно.



Повторюйте рухи, змінюючи стегна, поки дитина не сяде на край крісла колісного.

**Перехід до вставання за допомогою
Уставання**



Підготуй крісло колісне та дитину (як описано вище).

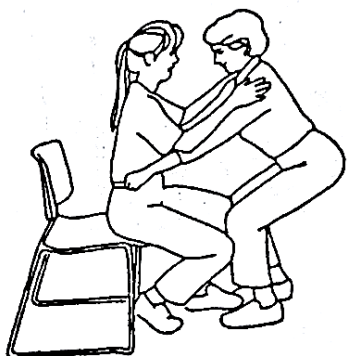


Поставте дитячі ноги так, щоб принаймні одне коліно було зігнуте на 90° і стопи ніг знаходилися на підлозі. Поставте ногу якнайближче до поверхні переходу зовні від дитячої ноги. Другу ногу поставте між ногами дитини.



Покладіть руки дитині на спину. Зігнути коліна. Скажіть дитині, щоб вона схилилася вперед, поклала руки на підлокітники і відштовхнулась устаючи. Допоможіть дитині, відповідно до потреби.

Перехід до вставання за допомогою
Вставання- другий спосіб



Дитина, яка не може використати руки, не зможе відштовхнутися від підлокітників крісла колісного. Якщо дитина одного росту з супроводжуючою особою, тримати її за талію.



Якщо дитина вища за тебе на зріст, підтримуй її під сидницями.
Застереження: перед тим, як дитина починає вставати, упевнитись, що дитина схилилася вперед. Руки дитини повинні бути на плечах, а не охоплювати шию.

Перехід до вставання за допомогою
До поверхні переходу



Поверну своє тіло і тіло дитини так, щоб вона стояла паралельно до поверхні переходу.



Сказати дитині, щоб вона схилилася вперед і простягнула руки до поверхні переходу. Поволі опускати дитину на поверхню переходу.

**Перехід до вставання за допомогою
До поверхні переходу- інші способи, крісло колісне перед
поверхнею переходу**



Розмістіть крісло колісне перед поверхнею переходу так, щоб між ними могли стояти дві особи. Замкніть гальма крісла колісного. Відсуньте підніжки в сторони. Підготуйте дитину і допоможіть дитині встати (як описано вище).



Зовнішньою ногою робіть маленькі кроки, щоб зробити півоберт.

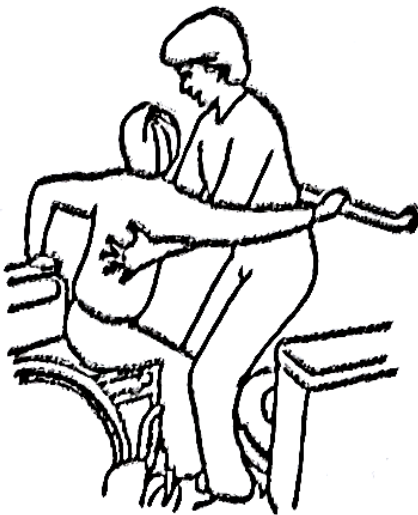
Застереження: повертайтеся поволі так, щоб стопи не заплуталися.





Скажіть дитині, щоб схилилася вперед і поволі спустить її на поверхню переходу.

**Перехід до вставання за допомогою
До поверхні переходу- інші способи
На 90° до ручки (для підтримки)**

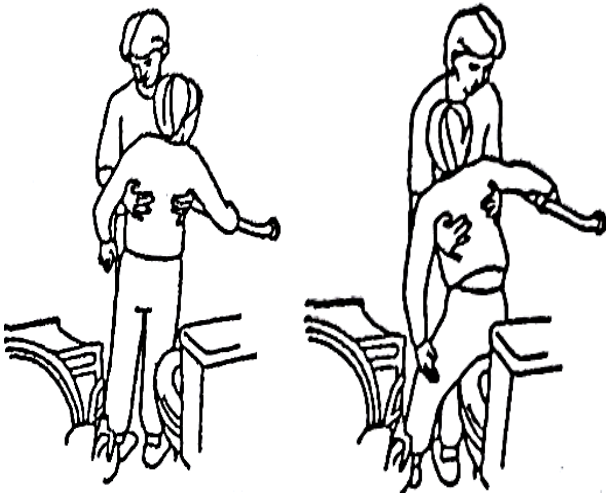


Поставити крісло колісне якомога ближче до поверхні переходу і під кутом 90°. Замкнути гальма крісла колісного. Зняти підніжку ближче до поверхні переходу і відсунути другу підніжку вбік. Підготувати дитину (як описано вище).

Покласти свої руки на спину дитини. Сказати їй, щоб схилилася вперед, вхопилася за ручку для підтримки рукою, ближчою до поверхні переходу, і відштовхнулася від підлокітника крісла колісного протилежною рукою.

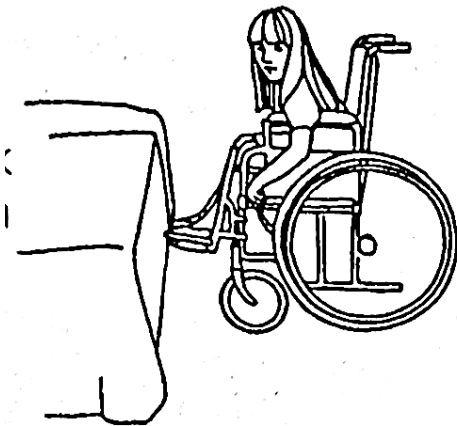


Сказати дитині, щоб устала.
Допомогти відповідно до потреби.

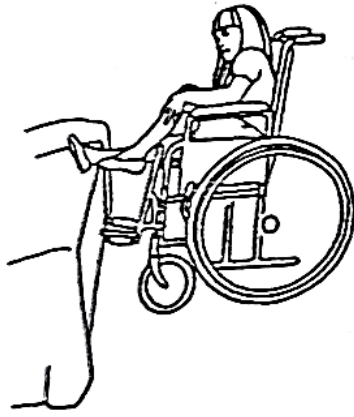


Ведучи зовнішньою ногою,
робити малі кроки, щоб зробити
пів обороту.
Сказати дитині, щоб схилилася
вперед, і поволі спустити її на
поверхню переходу.

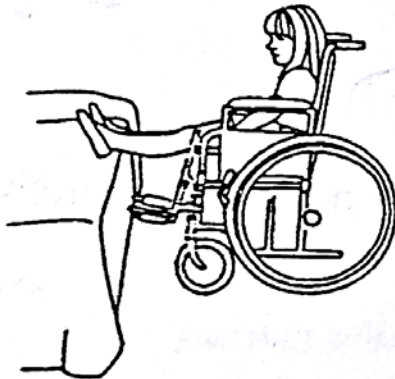
Перехід до ліжка спереду
Розташування



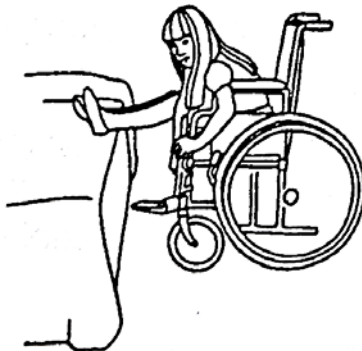
Щоб застосувати цей перехід,
необхідно, щоб ліжка і крісло
колісне знаходилися на одному
рівні. Допомогти можна
відповідно до потреби.
Застереження: дитина повинна
добре зберігати рівновагу при
сидінні або триматися за крісло
колісне протилежною рукою,
нахиляючись уперед.



Дитина ставить крісло колісне біля середини ліжка, між узголів'ям і ніжками ліжка, замикає гальма крісла колісного послабляє ремінь сидіння.



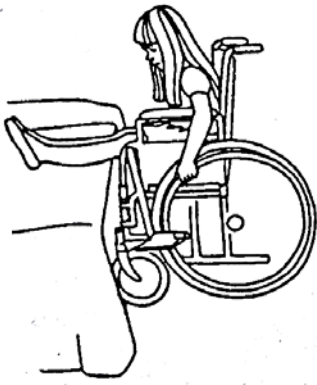
Дитина кладе обидві ноги на ліжко.



Дитина відсуває підніжки вбік.



Дитина розмикає гальма крісла колісного.



Дитина присуває крісло колісне до ліжка.



Дитина замикає гальма крісла колісного. Потім розмикає ремінь сидіння.

Перехід до ліжка спереду
На ліжку



Застереження: переконайся, що гальма крісла колісного закриті. Дитина повинна підняти стегна, а не сунути сідницями по поверхні. Розташовує крісло колісне (як описано вище).



Дитина відштовхується від підлокітників або сидіння крісла колісного, підносить одне і друге стегно і рухається вперед. Ці рухи повторюються, поки сідниці не опиняться повністю на ліжку.

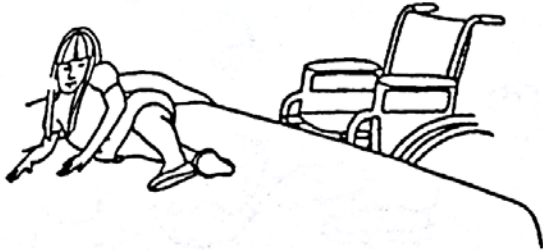


Дитина піднімає руками ноги, щоб вирівняти себе на ліжку.

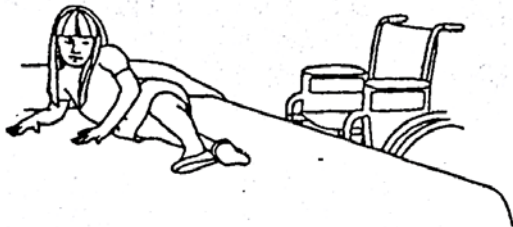


Дитина відштовхується від поверхні ліжка, пересуває свої стегна до центра ліжка.

Перехід з ліжка спиною
Сідаючи



Схрестивши ліву ногу над правою, дитина перекочується на правий бік, спирається правим передпліччям на ліжку і відштовхується.

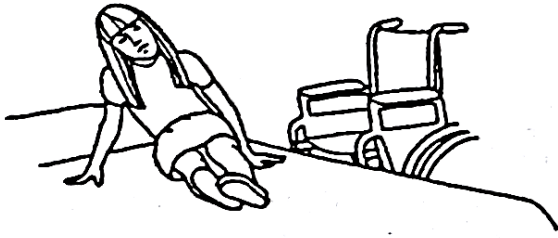


Дитина вирівнює праву руку та відштовхується до сидячого положення.



Дитина знімає ліву ногу з правої.
Примітка: ці рухи можна виконувати також тоді, коли дитина спирається на ліву руку, а права нога схрещена над лівою.

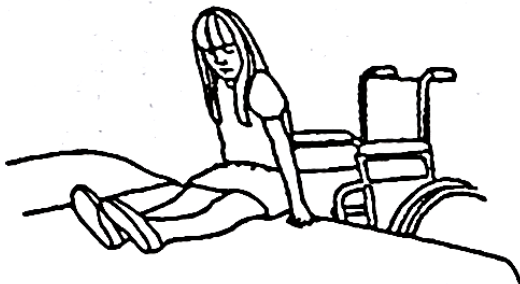
**Перехід з ліжка спиною
З ліжка до крісла колісного**



Дитина сідає (як описано вище).
Відштовхуючись руками від поверхні ліжка, дитина піднімає і пересовує стегна до краю ліжка.



Піднімаючи ноги позмінно, дитина пересувається у положення поперек ліжка.

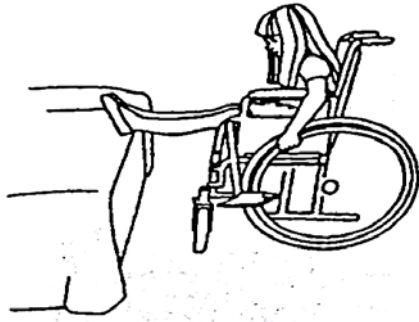


Відштовхуючись від ліжка руками, дитина піднімає стегна, щоб знову перейти на крісло колісне.

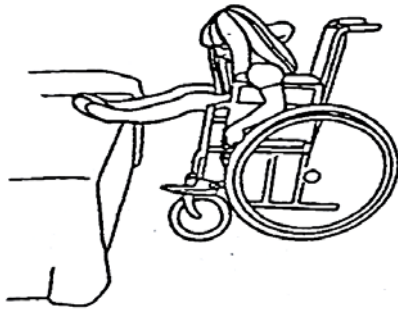


Дитина спираючись на підлокітники або сидіння крісла колісного, підносить бедра і сідає в нього.
Застереження: переконайтеся, що гальма крісла колісного закриті. Дитина повинна підносити бедра, а не сунути сідницями по поверхні.

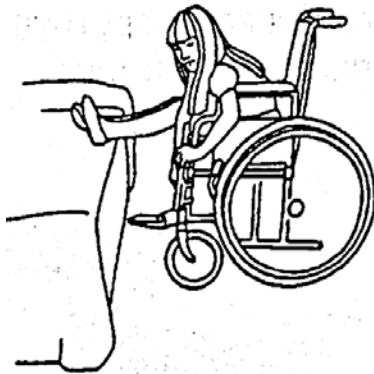
**Перехід з ліжка спиною
У кріслі колісному**



Дитина перейшла у крісло колісне (як описано вище). Послаблено застібає ремінь сидіння, відмикає гальма крісла колісного і відкочує його від ліжка так, щоб стопи її ніг були на краю ліжка.



Дитина замикає гальма крісла колісного.

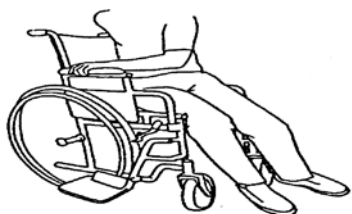


Дитина підсуває підніжки до переду крісла колісного.

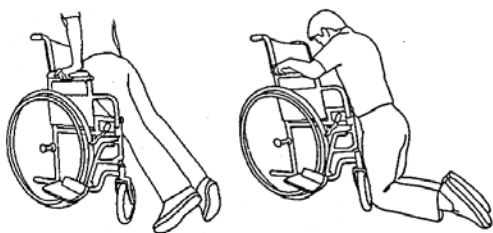


Дитина по черзі підносить кожну ногу і ставить її на підніжку; потім затягує ремінь сидіння.

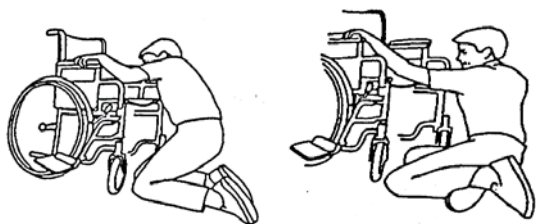
Перехід з візка на підлогу
Самостійно



Дитина замикає гальма крісла колісного, відсуває вбік підніжки і кладе руки на підлокітники.



Тримаючись за підлокітники для підтримки, дитина підноситься з сидіння, повертається лицем до крісла колісного і поволі опускається у позицію стоячи на колінах.

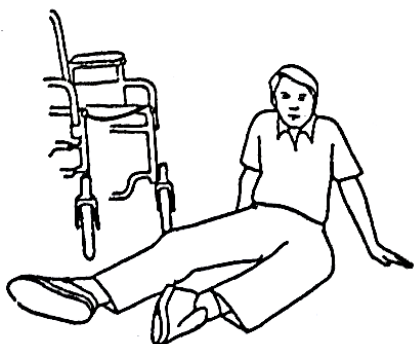


Продовжуючи триматися за підлокітники крісла колісного для підтримки, дитина поволі опускається до положення сидячи на підлозі.

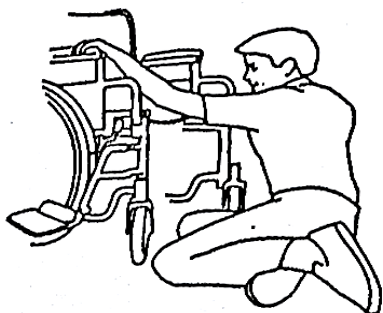


Якщо потрібна допомога, помічник може тримати ремінь безпеки у дитини на поясі.

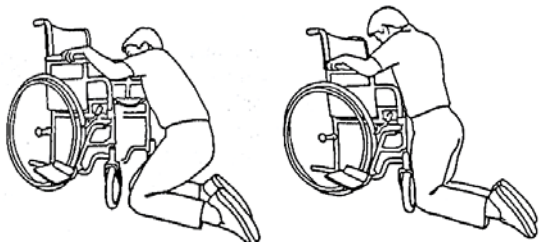
Перехід з підлоги у крісло колісне
Самостійно



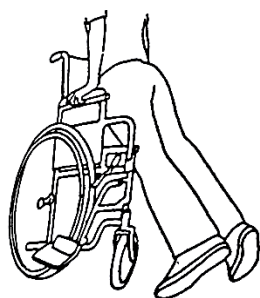
Крісло колісне стоїть збоку від дитини на віддалі руки. Гальма закриті, підніжки з боків візків.



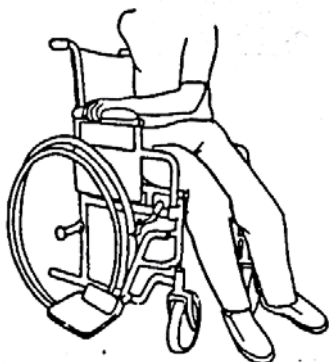
Дитина повертається обличчям до крісла колісного, ноги зігнуті у положенні сидячи боком.



З однією рукою на підлокітнику крісла колісного, а другою на його сидінні, дитина піднімається догори у положення стоячи на колінах.



Дитина піднімається на підлокітники, щоб підняти тіло у крісло колісне.



Нахилившись вперед над кріслом колісним дитина обертається і сідає на сидіння. Якщо потрібна допомога, помічник може тримати дитину за ремінь безпеки на поясі.

Запитання для самоконтролю

1. Що таке дошка для пересідання
2. Що таке пролежні
3. Який порядок визначення розмірів крісла колісного.
4. Які потенційні негативні ефекти від неправильного підбору крісла колісного.
5. Які переваги крісла колісного

Запитання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте перенесення з крісла колісного до ліжка (двома особами).
2. Охарактеризуйте перенесення з ліжка до крісла колісного (двома особами).
3. Охарактеризуйте перехід до вставання з допомогою.
4. Охарактеризуйте перехід до ліжка спереду.
5. Охарактеризуйте перехід з ліжка спиною.
6. Охарактеризуйте перехід з крісла колісного на підлогу.
7. Охарактеризуйте перехід з підлоги на крісло колісне
8. Охарактеризуйте техніку піднімання на бордюру у кріслі колісному обличчям уперед.
9. Охарактеризуйте техніку піднімання на бордюру у кріслі колісному спиною уперед.
10. Охарактеризуйте техніку спускання з бордюру у кріслі колісному спиною уперед.
11. Охарактеризуйте техніку спускання з бордюру у кріслі колісному обличчям уперед.
12. Охарактеризуйте техніку піднімання по сходах у кріслі колісному спиною уперед.
13. Охарактеризуйте техніку спускання по сходах у кріслі колісному обличчям уперед.
14. Охарактеризуйте техніку балансування та переїзд через поріг і перешкоду.
15. Охарактеризуйте техніку проїзду через двері спиною вперед та обличчям вперед у кріслі колісному.

РОЗДІЛ III

ЗАСОБИ ДЛЯ ХОДІННЯ КЕРОВАНІ ОДНІЄЮ Й ОБОМА РУКАМИ

3.1. Палиці

Для полегшення руху людей з обмеженими можливостями використовуються різноманітні допоміжні засоби. Серед них можна виділити палиці, милиці та ходунки. Ці засоби допомагають при травмах нижніх кінцівок, служать додатковою опорою та сприяють підтримці рівноваги під час пересування. Вони виготовлені з міцних й сучасних матеріалів, що гарантує їх тривале та надійне використання.

Палиці – допоміжні пристосування, які надають додаткову підтримку для людей з різними обмеженнями: інвалідів, літніх людей або хворих з проблемами опорно-рухового апарату під час періоду реабілітації. Вони використовуються для забезпечення рівноваги під час ходьби та стійкості в спокійному положенні.

Рекомендації для призначення:

- ураження опорно-рухового апарату внаслідок захворювань або травм;
- загальні захворювання;
- наслідки хірургічних втручань;
- вродженні або набуті деформації опорно-рухового апарату, що призводять до обмеження рухової активності, але здатність до стояння або ходьби зберігається за допомогою додаткової опори, яку утримують однією рукою;
- похилий вік.

Протипоказання до використання:

- виражені порушення статико-динамічних функцій верхніх кінцівок;
- виражені або значно виражені порушення статичної й координації рухів (гіперкінетичні й атаксичні порушення);
- епілепсія та шизофренія.

Палиці, регульовані за висотою, без протиковзного пристрою Особливості конструкції:

- складається з опори, руків'я, наконечника;
- оснащена системою для регулювання висоти та фіксації;
- залежно від моделі мають анатомічне руків'я (ліве або праве).

Рекомендації для призначення:

- для підлітків у період активного росту.
- для осіб, які користуються взуттям з різною висотою каблука.



Рис. 56. Палиці, регульовані за висотою, без протиковзного пристрою

**Палиці, регульовані за висотою,
з вбудованим протиковзним пристроєм**

Особливості конструкції:

- складається з опори, руків'я, наконечника;
- оснащена системою для регулювання висоти та фіксації;
- залежно від моделі має анатомічне руків'я (ліве та праве);
- має вбудований протиковзний пристрій.

Рекомендації для призначення:

- для підлітків у період активного росту;
- для осіб, які користуються взуттям з різною висотою каблука;
- для пересування взимку.



Рис. 57. Палиці, регульовані за висотою, з убудованим протиковзним пристроєм

Палиці, регульовані за висотою, зі знімним протиковзним пристроєм

Оснащені механізмом висування штиря, що дозволяє користуватися виробом у будь-яку пору року. Мають спеціальний механізм затвору. За необхідності можна витягнути загострений штир з наконечника для ліпшого утримання на слизьких поверхнях, або, навпаки, забезпечити його захищене положення.

Особливості конструкції:

- складається з опори, руків'я, наконечника, знімного протиковзного пристрою;
- має пристрій регулювання висоти та фіксації;
- залежно від моделі палиця може складатися.

Рекомендації для призначення:

- для підлітків в період активного росту;
- для осіб, які користуються взуттям з різною висотою каблука;
- для пересування взимку;
- знімний протиковзний пристрій призначений для осіб з ампутаційними дефектами, травмами або захворюваннями пальців кисті, що не дають змоги користуватися палицею з убудованим протиковзним пристроєм.



Рис. 58. Палиці, регульовані за висотою, зі знімним протикивзним пристроєм

Палиці-орієнтири багатосекційні, не регульовані за висотою
Особливості конструкції:

- палиця складається з 4-х секцій, які послідовно з'єднані між собою пружним елементом.
- руків'я виготовлене з полімерного матеріалу; до руків'я кріпиться ремінець регульованої довжини.
- наконечник має форму суцільнолитої кулі, виготовленої з високоміцної та зносостійкої пластмаси.

Рекомендації для призначення:

- стійкі помірні й виражені вади зору (гострота зору з корекцією нижче 0,04 на оці, яке ліпше бачить, або обмеження поля зору до 10°).



Рис. 59. Палиці-орієнтири багатосекційні, не регульовані за висотою

Палиці трьох- та чотирьохопорні, регульовані за висотою

Палиця з трьома або чотирма опорами використовується для полегшення самостійного переміщення осіб з порушенням функції ходи, літніх людей та пацієнтів у період реабілітації після травм або операцій. Використання палиці під час ходьби поліпшує стійкість та баланс за рахунок створення додаткової точки опори. Чотирьохопорна конструкція забезпечує додатковий комфорт і стабільність.

Рекомендації для призначення:

Порушення функцій ходи і стояння, що зумовлені:

- помірним парезом обох нижніх кінцівок;
- помірним трипарезом (парезом обох нижніх та однієї верхньої кінцівок);
- помірним тетрапарезом;
- хворобами периферійних судин нижніх кінцівок з хронічною артеріальною / венозною недостатністю 3-го ступеня;
- травмами та порушеннями функцій опорно-рухового апарату;
- ампутацією нижньої кінцівки з наступним протезуванням.

Протипоказання щодо використання:

- виражені порушення статико-динамічних функцій верхніх кінцівок;
- виражені або значно виражені порушення статичної й координації рухів (гіперкінетичні й атаксичні порушення);
- епілепсія та шизофренія.

Особливості конструкції:

- складається з руків'я, розсувних елементів (верхньої та нижньої секцій), трьох ніжок з наконечниками;
- має систему для регулювання висоти та фіксування.



Рис. 60. Палиці трьох- та чотирьохопорні, регульовані за висотою

3.2. Милиці

Милиця ліктьова –пристрій для ходіння з руків'ям однією або більше ніжками, а також опорою для передпліччя та манжетою.

Рекомендації для призначення:

Порушення функцій ходи і стояння, що спричинені:

- стійкими деформаціями / захворюваннями кісток і суглобів нижніх кінцівок, вираженою контрактурою, дефектами кісток або хибним суглобом;
- стійким больовим синдромом у нижніх кінцівках;
- наявністю ампутаційних куцк однієї нижньої кінцівки або використанням протезів на обидві нижні кінцівки;
- порушення положень стоп з трофічними розладами з неможливістю користуватися ортопедичним взуттям;
- свищевими формами остеомієліта однієї нижньої кінцівки з порушенням її опороздатності;
- присутність ендопротезів у колінному(-их) або тазостегновому(-их) суглобах;
- хвороби периферійних судин обох нижніх кінцівок з хронічною артеріальною недостатністю 2-3 ступеня;
- хронічна венозна недостатність 2-3 ступеня;
- слоновість обох нижніх кінцівок у стадії лімфодемі;
- помірний або виражений геміпарез;
- помірний або виражений парез обох нижніх кінцівок;
- виражений парез однієї нижньої кінцівки, поєднаний з парезом однієї верхньої кінцівки (перехресно);
- похилий вік.

Протипоказання щодо використання:

- виражені порушення статико-динамічних функцій верхніх кінцівок;
- виражені або значно виражені порушення статики й координації рухів (гіперкінетичні й атаксичні порушення);
- ампутаційні дефекти, захворювання кисті або променево-зап'ясткового, ліктьового суглобів, які перешкоджають використанню ліктьової милиці;
- епілепсія та шизофренія.



Рис. 61. Милиці ліктьові

Милиці трьох- і чотирьохопорні ліктьові забезпечують більшу додаткову стійкість. Деякі види милиць можуть використовуватися як амортизатори завдяки конструкції їхньої верхньої частини або мати ручку з горизонтальним підлокітником, яка перерозподіляє вагу на передпліччя.

Рекомендації для призначення:

- недостатня стабільність хворого, через яку потрібно розширити площу опори милиці.



Рис. 62. Милиці трьох- і чотирьохопорні

Милиця з опорою на передпліччя – інструмент для ходіння зі спеціально сконструйованим руків'ям і горизонтальною опорою на передпліччя.

Обов'язкові вимоги:

- можливість регулювання висоти;
- наявність гумових наконечників на ніжках.

Така милиця може бути оснащена протиковзним пристроєм.

Рекомендації для призначення:

- захворювання чи травма опорно-рухового апарату;
- загальні захворювання;
- наслідки хірургічних втручань;

- вроджені або набуті деформації опорно-рухового апарату, які супроводжуються зниженням загальної рухової активності, при умовах:

- збереження здатності стояти й ходити за допомогою додаткової опори, яку утримують однією рукою;
- вираженого зниження функції кисті;
- похилого віку.

Протипоказання для використання:

- виражені порушення статико-динамічних функцій верхніх кінцівок;
- виражені або значно виражені порушення статички й координації рухів (гіперкінетичні й атаксичні порушення);
- епілепсія та шизофренія.

Особливості конструкції:

Руків'я, опора для передпліччя, манжети, нижня опора, наконечник. Оснащена пристроєм для регулювання висоти та фіксації.

Рекомендації для призначення:

Захворювання, що супроводжується нездатністю опори на кисть.



Рис. 63. Милиця з опорою на передпліччя

Милиця пахвова – інструмент для ходіння, який складається з руків'я, однієї ніжки й опори з пом'якшувальною шаровою зоною, розташованою під пахвою.

Обов'язкові вимоги:

- можливість регулювання висоти;
- наявність гумових наконечників на ніжках.

Показання для призначення:

- захворювання чи травма опорно-рухового апарату;
- загальні захворювання;
- наслідки хірургічних втручань;

- вроджені або набуті деформації опорно-рухового апарату, що супроводжуються зниженням загальної рухової активності, при умовах збереження здатності стояти й ходити за допомогою додаткової опори, яку утримують однією рукою;

- захворювання суглобів кисті, ліктьового суглоба, що знижують можливість утримувати руків'я милиці;

- похилий вік.

Протипоказання:

- виражені порушення статико-динамічних функцій верхніх кінцівок;

- виражені або значно виражені порушення статичної й координації (гіперкінетичні й атаксичні порушення);

- епілепсія та шизофренія.



Рис. 64. Милиці пахові

Милиця одностійкова пахова складається з двох розсувних секцій (верхньої та нижньої), руків'я і пахівника. Оснащена пристроєм для регулювання висоти та фіксації, а також знімним протиковзним пристроєм.

Рекомендації для призначення

- для підлітків у період активного росту;

- для осіб, які користуються взуттям з різною висотою каблука;

- для пересування взимку.



Рис. 65. Милиці одностійкові пахові

3.3. Ходунки

Для полегшення пересування осіб з вираженими порушеннями опорно-рухового апарату використовуються ходунки. Ці засоби надають додаткову підтримку під час ходьби та сприяють підтримці рівноваги, а також спрямовані на зменшення тиску на ноги, спину та хребет. Ходунки – це чотирьохколісна конструкція, виготовлена з легких алюмінієвих трубок, оснащених тримачами й наконечниками з гуми або пластику.

Ходунки-рамки

Ходунки-рамки – допоміжний засіб, що має форму у вигляді чотириніжкової рамки і призначений для забезпечення стійкої опори користувача під час ходіння і в положенні стоячи.

Показання щодо призначення:

- незначні порушення статико-динамічних функцій і функцій кровообігу можуть виникати через різні причини, такі як захворювання, травми центральної або периферичної нервової системи, або хвороби системи кровообігу. Ці порушення можуть проявлятися у вигляді геміпарезу, парезу обох нижніх кінцівок, тетрапарезу або атаксії при вестибулярно-мозкових проблемах, а також аміостатичних розладів. У разі неможливості самостійного пересування з додатковою підтримкою тільки однієї руки, це може вимагати додаткових заходів підтримки та уваги до рухливості особи.

За необхідності частого транспортування або зберігання ходунків в обмеженому просторі рекомендуються моделі, що складаються. **Протипоказання щодо призначення:**

- ампутаційні дефекти верхніх кінцівок вище кисті;
- захворювання кисті, променевоzap'ясткового чи ліктьового суглобу;

- середні та важкі форми ДЦП;
- епілепсія;
- гостра стадія шизофренії.

Ходунки-рамки нескладані

Конструктивні особливості:

Являють собою дві напіврами, з'єднані перекладиною, з чотирма ніжками, які мають гумові наконечники. Руків'я вбудовані.



Рис. 66. Ходунки-рамки нескладані

Ходунки-рамки складані

Конструктивні особливості:

Являють собою дві напіврами, з'єднані перекладиною, з чотирма ніжками, які мають гумові наконечники. Руків'я вбудовані. Мають пристрій складання, пристрій регулювання висоти.



Рис. 67. Ходунки-рамки складані

Ходунки-рамки складані, «Крокуючі»

Конструктивні особливості:

Являють собою дві напіврами, з'єднані перекладиною, з чотирма ніжками, які мають гумові наконечники. Руків'я вбудовані. Мають пристрій складання, пристрій регулювання висоти. Крокуючі ходунки дозволяють пацієнтові пересуватися за принципом переміщення ваги, тобто по чергово переставляти правий та лівий боки ходунків.



Рис. 68. Ходунки-рамки складані, «Крокуючі»

Ходунки на колесах

Ходунки на колесах – допоміжний засіб у вигляді чотириніжкової рамки з трьома та більше колесами, призначений для полегшення пересування.

Показання щодо призначення:

Значні порушення статико-динамічних функцій та функцій кровообігу внаслідок: захворювань, наслідків травм центральної, периферичної нервової системи, хвороб системи кровообігу (виражений геміпарез, виражений парез обох нижніх кінцівок, помірно виражений тетрапарез, помірно виражена атаксія при вестибулярно-мозжечкових порушеннях, виражені аміостатичні порушення) за відсутності можливості переміщення з додатковою опорою тільки для однієї руки.

За необхідності частого транспортування або зберігання ходунків в обмеженому просторі рекомендуються моделі, що складаються.

Протипоказання щодо призначення:

- ампутаційні дефекти верхніх кінцівок вище кисті;
- захворювання кисті, променевоzap'ясткового чи ліктьового суглоба;
- середні та важкі форми ДЦП;
- епілепсія;
- гостра стадія шизофренії.



Рис. 69. Ходунки на колесах нескладані, з 2-ма колесами



Рис. 70. Ходунки на колесах нескладані, з 4-ма колесами

Ходунки на колесах складані, з 2-ма колесами

Конструктивні особливості:

Являють собою дві напіврами, з'єднані перекладиною або за допомогою шарнірів, з чотирма ніжками. Дві ніжки мають по 2 колеса діаметром до 110 мм; два - гумові наконечники. Мають пристрій складання, пристрій регулювання висоти.



Рис. 71. Ходунки на колесах складані, з 2-ма колесами

Ходунки на колесах складані, «Крокуючі» з 2-ма колесами

Конструктивні особливості:

Являють собою дві напіврами, з'єднані перекладиною, з чотирма ніжками, дві з яких мають колеса діаметром до 110 мм, а дві - гумові наконечники. Руків'я вбудовані. Мають пристрій складання, пристрій регулювання висоти. Крокуючі ходунки дозволяють пацієнтові пересуватися за принципом переміщення ваги, тобто по чергово переставляти правий та лівий боки ходунків.



Рис. 72. Ходунки на колесах складані, «Крокуючі» з 2-ма колесами

Ходунки на колесах складані, з 3-ма колесами

Конструктивні особливості:

Ходунки являють собою раму з трьома колесами діаметром більше ніж 110 мм. Мають руків'я, пристрій складання, пристрій регулювання висоти, робочі гальма.



Рис. 73. Ходунки на колесах складані, з 3-ма колесами

Ходунки на колесах складані, задньоопорні, з 4-ма колесами

Конструктивні особливості:

Являють собою раму з чотирма ніжками, які мають колеса діаметром більше ніж 110 мм. Руків'я вбудовані. Мають пристрій складання, пристрій регулювання висоти, запобіжні гальма.



Рис. 74. Ходунки на колесах складані, задньоопорні, з 4-ма колесами

Ходунки-стілці

Ходунки-стілці дають можливість пересуватися в сидячому положенні.

Показання для призначення:

Порушення функцій ходи та стояння, спричинені:

- інсультом;
- оперативним втручанням;
- травмами з порушеннями центральної нервової системи (головного, спинного мозку) та опорно-рухового апарату;
- похилим віком (слабкістю та порушеннями координації);
- ДЦП у різних формах

Протипоказання щодо призначення

- повна нездатність до підтримки постави;
- епілепсія;
- гостра стадія шизофренії.

Ходунки-стілці нескладані, з 4-ма колесами

Конструктивні особливості

Являють собою раму з чотирма ніжками з колесами діаметром більше 110 мм. Мають сидіння, столик, пристрій регулювання висоти. Призначають дітям.



Рис. 75. Ходунки-стілці нескладані, з 4-ма колесами

Ходунки-стілці нескладані, з 5-ма колесами

Конструктивні особливості:

Являють собою раму з колесами діаметром до 110 мм. Мають сидіння, столик, пристрій регулювання висоти. Призначають дітям.



Рис. 76. Ходунки-стілець нескладані, з 5-ма колесами

Ходунки-столи

Ходунки-столи дають можливість пересуватися, штовхаючи засіб для ходіння руків'ями та верхньою частиною тіла.

Показання для призначення:

Порушення функцій ходи та стояння, спричинені:

- інсультом (на етапі реабілітації рухових функцій);
- деменцією;
- розсіяним склерозом;
- похилим віком (слабкістю та порушеннями координації);
- ДЦП у середніх або важких формах (спастичною діплегією, атонічно- астатичною формою)

Протипоказання щодо призначення:

- ампутаційні дефекти верхніх кінцівок;
- захворювання кисті або променевоzap'ясткового чи ліктьового суглоба, що заважають користуватися ходунками;
- повна нездатність до підтримки постави;
- епілепсія;
- гостра стадія шизофренії.

Ходунки-столи нескладані, з 4-ма колесами

Конструктивні особливості:

Являють собою раму з пристроєм регулювання висоти та колесами. Має запобіжні гальма.



Рис. 77. Ходунки-столи нескладані, з 4-ма колесами

Ходунки-столи складані, з 4-ма колесами

Конструктивні особливості:

Являють собою раму з пристроєм регулювання висоти та комбінованими колесами. Призначають дітям.



Рис. 78. Ходунки-столи складані, з 4-ма колесами

3.4. Способи підбору допоміжних засобів для пересування

Ефективне використання допоміжного засобу можливе за умов правильної оцінки, підлаштування та перевірки, коли пацієнт знаходиться в необхідному вихідному положенні. Неправильно підібраний засіб для конкретного пацієнта може негативно позначитися на його здатності до пересування та збільшити ризик падіння.

Паралельні бруси

Висота брусів. Стоячи між перекладинами, щоб пацієнт міг охопити їх, зігнувши лікті на відстані 15 см перед своїми стегнами і при цьому кут згинання в ліктьовому суглобі становив 15-25.

Інший спосіб. Верхня точка перекладини повинна знаходитися на рівні променево-зап'ясткового суглобу, коли пацієнт стоїть між перекладинами, опустивши руки вздовж тулуба. Ширина просвіту між перекладинами повинна бути на 5 см більша ніж відстань між двома найбільш виступаючими точками стегон.



Рис. 79. Підбір паралельних брусів

Ходунки

Висоту ходунків можна встановити, коли пацієнт стоїть або лежить на спині. Руки пацієнта повинні тримати ходунки на рівні променево-зап'ясткового суглоба, коли ходунки розташовані перед ним, і обидві руки спущені вниз. Опори (основи) ходунків мають знаходитися на підлозі або на рівні п'ят пацієнта. Стегна й гомілки повинні бути прямими, а пацієнт має бути взутим у взуття, яке він буде використовувати для переміщення.



Рис. 80. Підбір ходунків

Милиці під пахви

Існує три способи підбору довжини милиць під пахви:

1. Зріст пацієнта помножити на 77% і поділити на 100.
2. Зріст пацієнта мінус 40 см.
3. Сидячи, пацієнт відводить руки на 90 градусів один лікоть згинає на 90 градусів, вимірюється відстань від ліктя до кінця середнього пальця протилежної руки.

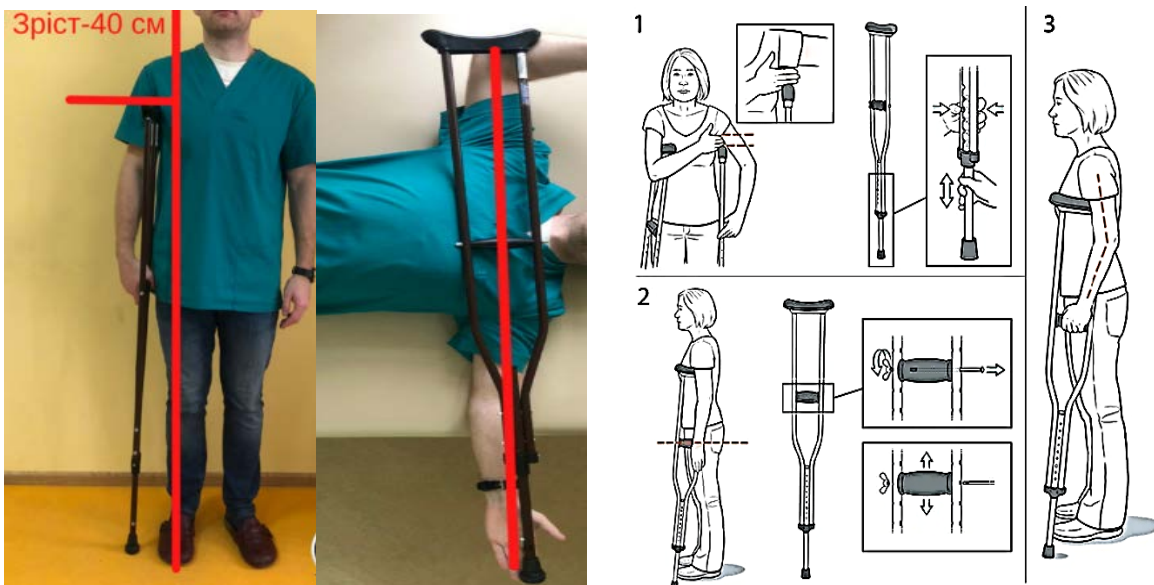


Рис. 81. Способи підбору милиць під пахви

Загальні помилки при підборі милиць під пахви:

1. Пацієнт піднімає плечі чи нахиляється вбік.

2. Пацієнт опускає плечі, нахиляє тулуб і згинає кульшові суглоби.
3. Пацієнт згинає або розгинає зап'ястя.
4. Розміри підбирають, коли пацієнт роззутий або на основі немає наконечника.
5. Милиці підбирають без пацієнта.

Милиці з підлокітниками

Довжину милиці можна налаштувати, коли пацієнт перебуває в положенні стоячи або лежачи на спині. Ручка милиці розташована на рівні зап'ясткового суглобу, коли рука хворого витягнута вздовж тіла. Положення милиці паралельно стегну. Верхівка підлокітника 2,5–3,7 см нижче ліктя. Наконечники милиць розміщені на відстані 5–10 см від бічної сторони та на 10–15 см уперед від пальців ноги.



Рис. 82. Підбір милиць з підлокітниками

Палиці

Довжину палиці можна налаштувати, коли пацієнт перебуває в положенні стоячи або лежачи на спині. Ручка палиці повинна бути розміщена на рівні зап'ясткового суглоба з боку ліктьової кістки, коли рука хворого пряма і витягнута вздовж тіла. Палиця повинна бути паралельною до стегна і великогомілкової кістки, а основа палиці (підпора) – на підлозі або на рівні підшви взуття (при вимірюванні у положенні лежачи на спині).

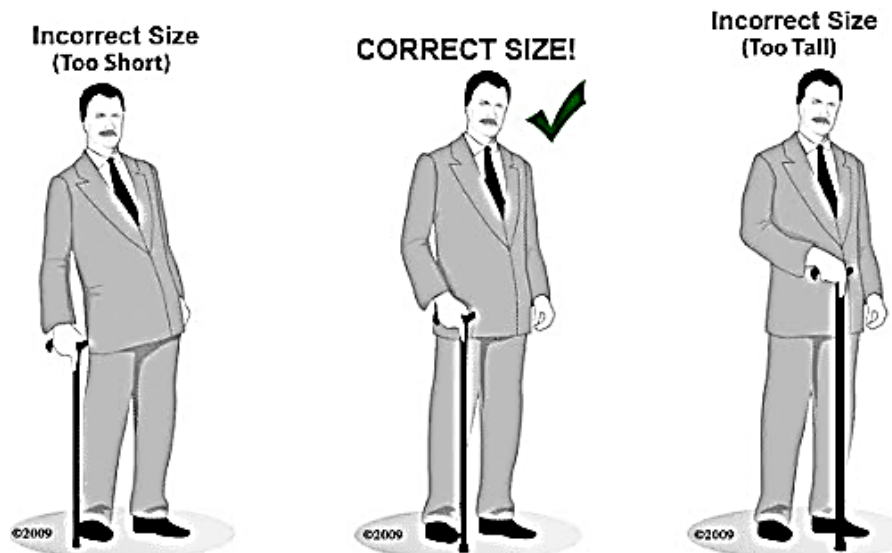


Рис. 83. Підбір палиці

3.5. Рівні осьового навантаження

Допустиме осьове навантаження характеризується кількістю ваги тіла, яку пацієнт може прикласти на уражену кінцівку після травми або операції. Це часто визначається лікарем і залежить від ступеня травми, стадії загоєння та типу операції. Лікарями та фізичними терапевтами загальноновизнані такі рівні навантаження.

Без осьового навантаження

Це означає, що уражена кінцівка не торкається землі під час стояння або ходьби. Наприклад, пацієнт, який використовує допоміжний засіб (милиці або ходунки), тримає уражену ногу в повітрі під час переміщення.



БЕЗ ОСЬОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Рис. 84. Без осьового навантаження

Мінімальне осьове навантаження

Застосування мінімального осьового навантаження через передню частину стопи (опиратись на пальці) під час ходьби. Це дозволяє пацієнту мати певний ступінь рівноваги, уникаючи значного навантаження на уражену кінцівку. Використовується допоміжний засіб, наприклад, ходунки або дві милиці.



Рис. 85. Мінімальне осьове навантаження

Часткове осьове навантаження

Пацієнт може навантажувати уражену кінцівку, як правило, на 25%, 50% і 75% відсотків від його ваги. Як ці відсотки визначити? За

допомогою ваги, їх можна використовувати як простий, але точний інструмент, щоб допомогти пацієнтам оцінити відповідну кількість ваги під час стояння та ходьби. Залежно від дозволеного рівня часткового осьового навантаження можна використовувати ходунки, одну милицю, дві милиці або палицю.



Рис. 86. Часткове осьове навантаження

Толерантне осьове навантаження

Це означає максимальне навантаження на уражену ногу за умови, що пацієнт не відчуває нестерпного болю. Хоча допускається певний дискомфорт, треба подбати про те, щоб пацієнт ходив з правильною біомеханікою. Як і у випадку з частковим осьовим навантаженням, можна використовувати допоміжні засоби: ходунки, одну милицю, дві милиці або палицю.

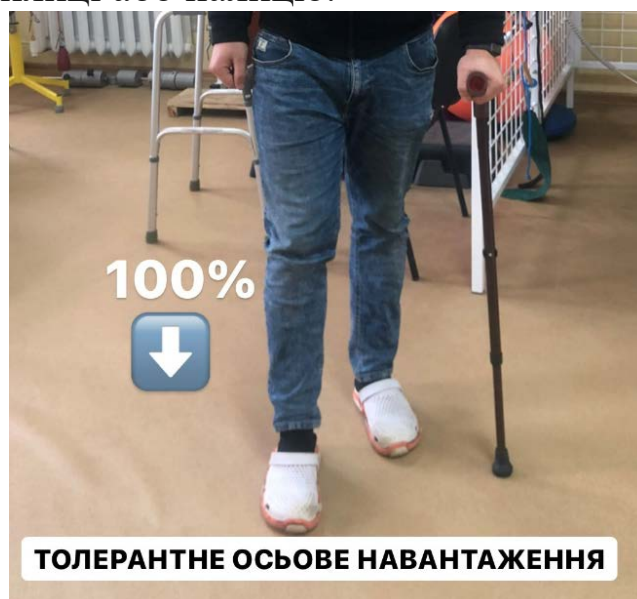


Рис. 87. Толерантне осьове навантаження

Повне осьове навантаження

Це означає, що можна давати максимальне 100% навантаження на уражену кінцівку під час стояння або під час ходьби. Знову ж таки, важливо ходити з правильною біомеханікою, навіть якщо під час ходьби може виникнути певний дискомфорт. На цьому рівні не використовується допоміжний засіб.

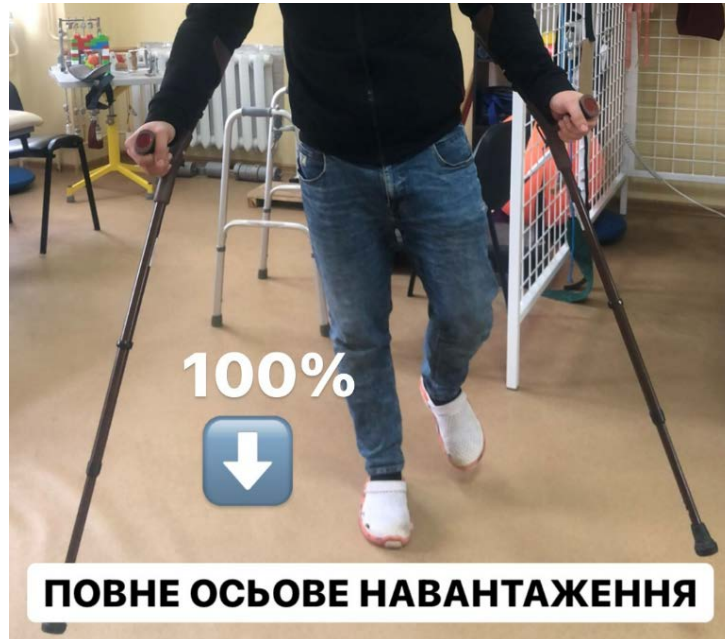


Рис. 88. Повне осьове навантаження

3.6. Моделі пересування з допоміжними засобами

Перед тим, як пацієнт почне використовувати технічні засоби для ходи, фізичний терапевт демонструє їх будову та правильний спосіб використання. Демонстрація є ключовим методом інструктування, підкріпленим словесним поясненням, спрощеним на максимум, для підвищення ефективності. Також корисне спостереження за іншими пацієнтами, які вже вміють користуватись засобами для пересування, також є корисним способом. Після того, як пацієнт засвоїть навички ходи на рівній поверхні, йому варто давати інструкції щодо сходів, пандусів, переходу через двері, бордюри, користування ліфтом і вміти безпечно падати.

Чотириточкова модель

Модель ходи з чотирма точками використовується з двобічними засобами підтримки, такими як милиці або палиці. Це рекомендується для пацієнтів з ослабленою мускулатурою, проблемами з рівновагою або сильними болями. Вона може служити початковою точкою для

розвитку координації перед переходом до двоточкової моделі. Ця модель передбачає почергове переміщення підтримки й протилежної кінцівки (наприклад, права милиця – ліва нога – ліва милиця – права нога). Вона дуже повільна, але забезпечує стабільність і найбільш безпечна у людних місцях. Це економить енергію та використовується в ситуаціях, коли пацієнт потребує максимальної стабільності й рівноваги, хоча вона не відповідає нормальній моделі ходи.

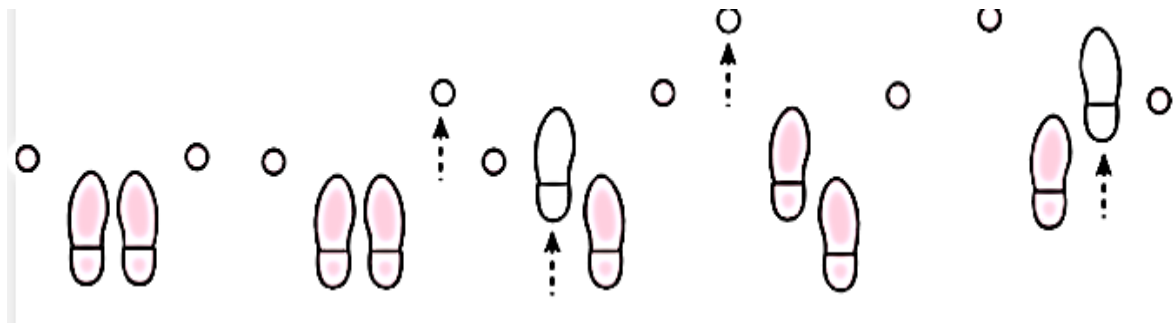


Рис. 89. Чотириточкова модель

Двоточкова модель

Ця модель також передбачає використання обох сторін допоміжних засобів і може бути рекомендована пацієнтам з аналогічними, але менш вираженими проблемами. Під час використання цієї моделі одночасно переміщуються вперед технічний засіб і протилежна кінцівка пацієнта (наприклад, права милиця – ліва нога; ліва милиця – права нога). Це досить стабільна та швидка модель порівняно з чотириточковою. Вона вимагає менших енергетичних затрат і дуже схожа на нормальну ходу. Однак для успішного виконання пацієнтові потрібна координація між верхньою та нижньою кінцівками під час одночасного руху вперед. Пацієнт може рухатися швидше, але з меншою стабільністю, ніж при чотириточковій ході.

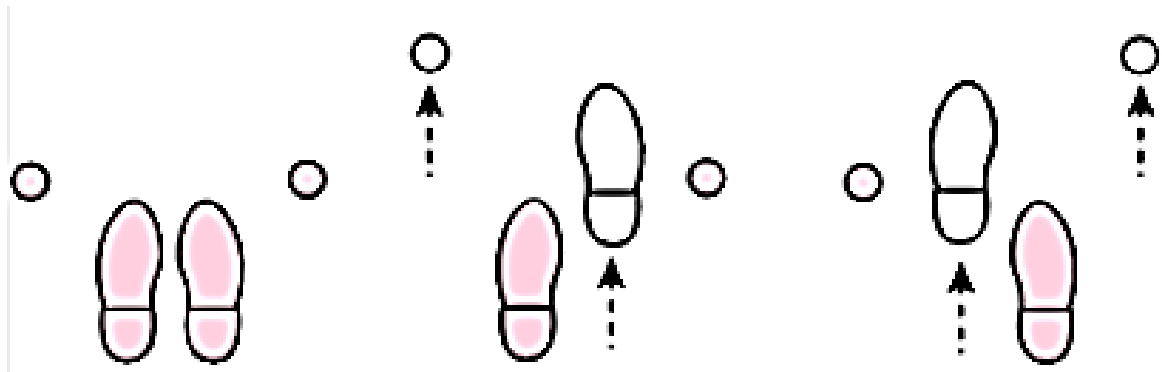


Рис. 90. Двоточкова модель

Модифікована чотириточкова або двоточкова модель

Ці моделі вимагають використання лише одного технічного засобу допомоги при ході і застосовуються для пацієнтів, що використовують лише один технічний засіб або мають лише одну функціональну верхню кінцівку. Технічний засіб утримують верхньою кінцівкою, розташована з протилежного боку від нижньої кінцівки, яка слабша. Це забезпечує розширення площі опори і допомагає у перенесенні центра ваги пацієнта вбік від слабшої кінцівки. Цей вид переміщення часом називають «напівходом» або «напівмоделлю». Пацієнт здійснює пересування за методикою чотири- чи двоточнової моделі, але використовує лише один технічний засіб, тобто вона «модифікована».

При цій моделі використовується лише один технічний засіб допомоги при ході, вона призначена для пацієнтів, які користуються лише одним таким засобом або мають лише одну функціональну верхню кінцівку. Технічний засіб утримується верхньою кінцівкою, яка розташована на протилежній стороні від слабшої нижньої кінцівки. Це допомагає розширити площу опори та зрушити центр ваги пацієнта вбік від слабшої кінцівки. Цей спосіб переміщення іноді називають напівходом, або напівмоделлю. Пацієнт рухається відповідно до методики чотириточнової або двоточнової моделі, але використовує тільки один технічний засіб, що робить її «модифікованою».

Триточкова модель

Триточкова модель використовується з двома милицями або ходунками, але не може бути застосована з палицями. Вона використовується, коли пацієнт може підтримувати вагу тіла на одній нижній кінцівці, але не може переносити її на другу через травму, ослаблення або біль. Милиці або ходунки та поранена кінцівка

переміщуються вперед, після чого пацієнт крокує іншою ногою до ходунків або за лінію милиць. Ця методика менш стабільна, але дозволяє швидше переміщення. Вона потребує значної сили м'язів верхніх кінцівок, тулуба та однієї нижньої кінцівки, а витрати енергії значні, оскільки верхні кінцівки використовуються для піднімання, підтримки й переміщення тіла. Пацієнт повинен навчитися переступати через лінію милиць і контролювати рухи тулуба та неушкодженої кінцівки шляхом керування м'язами, які працюють нормально.

Модифікована триточкова модель

Ця модель передбачає використання засобів, які керуються двома руками або ходунків. Вона застосовується, коли пацієнт може підтримувати вагу на одній кінцівці, а на іншій – лише частково. Милиці, ходунки або палиці виносяться вперед одночасно з ногою, на яку можна переносити вагу частково. Тоді здорова кінцівка робить крок уперед, а пацієнт у цей час розподіляє вагу свого тіла між засобами підтримки й ураженою кінцівкою. Ця модель більш стабільна, ніж триточкова, та вимагає менше зусиль і енергії, але переміщення відбувається повільніше. Модель допомагає тренувати уражену кінцівку, переносячи на неї частково вагу тіла.

3.7. Страхування пацієнта під час ходи

Страховочні позиції при ході по рівній поверхні

Під час навчання пацієнта ходьбі по рівній поверхні необхідно використовувати пояс для ходи.

Фізичний терапевт розташовується позаду та трохи збоку від пацієнта. Однією рукою він бере за пояс для ходи знизу, так щоб долоня була спрямована догори, а рука була зігнута в лікті. Іншу руку він кладе на плече пацієнта так, щоб не обмежувати його рухи або баланс. Можна також тримати руку над плечем, але потрібно бути готовим швидко зреагувати. Фізичний терапевт ставить свою дальню ногу між ногою пацієнта та його засобом допомоги для ходи, а ближню ногу ставить позаду ноги пацієнта. Обидві ноги рухаються в тому ж напрямку, крок за кроком: дальня нога рухається разом з переміщенням засобу допомоги, а ближня – разом з переміщенням ноги пацієнта.

Не рекомендується стояти перед пацієнтом, оскільки це ускладнить ваше спільне переміщення, перекриє поле зору пацієнта,

обмежить ваш огляд об'єктів за вашою спиною і вимагатиме від вас деякої відстані від пацієнта, щоб забезпечити йому достатньо місця для руху.

Якщо пацієнт утрачає рівновагу і схиляється вперед, утримуйте його за пояс для ходіння, роблячи тиски в напрямку тазау вперед і тягнучи за плечі чи верхню частину грудей. Потім допоможіть пацієнту відновити рівновагу та зайняти правильне положення. У деяких випадках корисно дозволити йому невеликою мірою опертися на вас. Якщо пацієнт падає назад, поверніться так, щоб одне з ваших плечей було спрямоване до спини пацієнта, розширивши вашу опору в передньо-задньому напрямку. Тисніть таз пацієнта вперед і дозвольте йому опертися на вас. Потім допоможіть йому відновити рівновагу й зайняти правильне положення.

Підйом на бордюр за допомогою двох милиць / палиць (модель «три плюс один»)

Пацієнт має поставити сильнішу (менш уражену) ногу на бордюр. Під час підняття тулуба на бордюр, використовуючи сильну нижню кінцівку, він одночасно піднімає милиці й уражену ногу.

Фізичний терапевт повинен бути у тій же позиції відносно пацієнта, що й під час ходи по рівній поверхні. Після того, як пацієнт піднявся на бордюр, фізичний терапевт має допомогти йому стабілізувати позу та піднятися після нього.

Підйом на бордюр за допомогою двох милиць / палиць (тричоткова модель)

Пацієнт має поставити свою ногу, на яку він може переносити вагу, на бордюр. У цей момент уражена кінцівка може бути зігнута в колінному суглобі або випрямлена в колінному і кульшовому суглобах, знаходячись у положенні зовнішньої ротації. Під час піднесення тулуба на бордюр, використовуючи сильнішу нижню кінцівку, пацієнт одночасно піднімає милиці та виносить уперед слабшу кінцівку.

Підйом на бордюр за допомогою ходунків

Якщо бордюр має низьку висоту (до 10 см), пацієнт має поставити ходунки на нього, ставити сильнішу кінцівку на бордюр і підняти весь тулуб, використовуючи і нижні, і верхні кінцівки, одночасно піднімаючи й слабшу ногу. У випадку, якщо бордюр має висоту від 15 до 20 см, пацієнт має спочатку повернутися до нього спиною, поставити ходунки перед собою, поставити сильнішу ногу на бордюр і підняти на нього тулуб, одночасно піднімаючи і ходунки, і

слабшу ногу. Після цього пацієнт повинен відійти від краю бордюру спиною, розвернутися і продовжити ходу по прямій. Деяким пацієнтам може бути складно виконати підйом, описаний вище, оскільки ходунки будуть розташовані занадто високо, щоб правильно використати верхні кінцівки.

Спуск з бордюру за допомогою двох милиць / палиць (модель «три плюс один»)

Пацієнт має одночасно спустити обидві милиці з бордюру разом із слабшою нижньою кінцівкою, дещо згинаючи сильнішу ногу в кульшовому і колінному суглобах. Після цього він переносить вагу тіла на верхні кінцівки й слабшу нижню кінцівку, зробивши крок уперед сильнішою ногою. Фізичний терапевт повинен стояти перед ним, трохи збоку та під кутом до пацієнта. Одна нога фізичного терапевта розташовується на бордюрі, а інша – під ним, там, куди має ступити пацієнт. Треба вхопити однією рукою за пояс для ходи, а іншу помістити спереду на плече чи верхню частину грудної клітки пацієнта. Під час спуску пацієнта фізичний терапевт повинен відступити назад. Після виконання цього руху пацієнтом і відновлення ходи, фізичний терапевт повинен зайняти місце за ним.

Ще один спосіб – фізичний терапевт стоїть позаду пацієнта, тримаючи його за пояс для ходи однією рукою, а іншу, руку поклавши зверху і трохи спереду на плече пацієнта, при цьому одна нога терапевта знаходиться на бровці бордюру. Пацієнт спускається вниз, а потім рухається вниз фізичний терапевт.

Спуск з бордюру за допомогою двох милиць/палиць (треточкова модель)

Пацієнт має спустити обидві милиці з бордюру, при цьому трохи згинаючи здорову ногу в кульшовому і колінному суглобах. Слабша кінцівка розташовується перед пацієнтом, над краєм бордюру. Потім пацієнт робить крок уперед сильнішою ногою.

Спуск з бордюру за допомогою ходунків

Під час спуску з бордюру за допомогою ходунків пацієнт підходить до краю бордюру й опускає ходунки вниз, при цьому згинаючи сильнішу ногу в кульшовому і колінному суглобах. Слабша кінцівка знаходиться перед пацієнтом понад краєм бордюру. Після цього пацієнт витягує слабшу ногу вперед і опускає тулуб вниз, використовуючи згинання сильнішої ноги та верхніх кінцівок. Після того, як слабша нога доторкається до землі, він крокує вперед сильнішою ногою.

Страховочна позиція при підйомі по сходах

Потрібно стати за пацієнтом і трохи з одного боку. Постити одну ногу на ту ж саму сходинку, на якій стоїть пацієнт, а іншу – на сходинку нижче. Однією рукою треба триматися за пояс для ходи, а іншою – за перила, якщо вони є. Фізичний терапевт має іти за пацієнтом, дотримуючись тих же правил, що і при ході по рівній поверхні. Треба навчити пацієнта зупинятися та відновлювати рівновагу на кожній наступній сходинці.

Якщо пацієнт починає нахилитися вперед, потрібно стабілізувати його, тягнучи за пояс для ходи.

Якщо пацієнт починає падати назад, треба натиснути його таз вперед, тримаючись за поручні. Якщо поручні відсутні, фізичному терапевту потрібно прийняти позу страховки, яка використовується при ході по рівній поверхні. У цьому випадку рекомендується, щоб пацієнта страхували два фізичних терапевта та їх асистент, один з яких перебуває перед пацієнтом, а інший – позаду нього.

Страховочна позиція при спуску зі сходів

Фізичний терапевт повинен стати перед пацієнтом і трохи вбік від нього. Одна нога фізичного терапевта має стояти на сходинці, на яку пацієнт збирається опуститися, а інша – на сходинці нижче. Важливо уникати того, щоб ноги були розташовані паралельно одна одній на одній сходинці перед пацієнтом, оскільки це може не забезпечити достатньої стабільності в разі, якщо пацієнт впаде. Після того, як пацієнт зробить крок, терапевт переходить на нижчу сходинку. Важливо навчити пацієнта зупинятися і відновлювати рівновагу на кожній наступній сходинці, і не допускати спуску без перерви, оскільки це може збільшити ймовірність втрати рівноваги та падіння.

Запитання для самоконтролю

1. Що таке палиці, милиці, ходунки.
2. Які існують палиці, милиці, ходунки.
3. Як проводиться підбір милиць ліктювих.
5. Як проводиться підбір милиць пахових.

Запитання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте двоточкову та чотириточкову модель пересування з допоміжними засобами.
2. Охарактеризуйте модифіковану двоточкову та чотириточкову модель пересування з допоміжними засобами.
3. Охарактеризуйте триточкову модель пересування з допоміжними засобами.
4. Охарактеризуйте методи ходьби за допомогою милиць без осьового навантаження, з мінімальним осьовим навантаженням, з частковим осьовим навантаженням, толерантним осьовим навантаженням, з повним осьовим навантаженням, підйом та спускання по сходах.
5. Охарактеризуйте техніку піднімання на бардюр за допомогою двох милиць/палиць (модель три плюс один) та (триточкова модель)
6. Охарактеризуйте техніку піднімання та спускання з бардюру за допомогою ходунків чотирьохпорних.
7. Охарактеризуйте техніку спускання з бардюру за допомогою двох милиць/палиць (модель три плюс один).

Література

1. Вовканич А.С. Вступ до фізичної реабілітації: навч. посібник / А.С. Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. – 184 с.
2. Ля Вонн Джегер. Перенесення і підйом дітей та підлітків. Листки домашніх інструкцій (переклад з англійської). – Львів: Видавничий Дім “Наутілус”, 2000.
3. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, переліку таких засобів». Редакція від 02.10.2021. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text>
4. Реабілітація інвалідів-візочників : методичні рекомендації / Уклад. : О.М. Звіряка. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2013. – 120 с.
5. Сара Фрост, Кілі Майнес, Джемі Нун, Елс'є Шефлер і Ребекка Джексон Штекле. Навчальний пакет для персоналу служб із забезпечення кріслами колісними. 2015.
6. Технічні засоби в фізичній реабілітації: Опорний навчально-методичний інтерактивний комплекс / За заг.ред. Т. В. Кухтик. - Краматорськ: ДІТМ МНТУ ім. Ю.Бугая, 2010. – 106 с.
7. Ціж Л. М. Актуальні проблеми забезпечення технічними засобами реабілітації осіб з інвалідністю в Україні / Л. М. Ціж. // Вісник Запорізького національного університету: Збірник наук. статей. - Фізичне виховання та спорт. – 2017. – №1. – С. 183–191.
8. Ціж Л., Мазепа М. Соціальний захист осіб з інвалідністю як складова безпеки їх життєдіяльності / Л. Ціж., М. Мазепа // Проблеми цивільного захисту населення та безпеки життєдіяльності: сучасні реалії України: Матеріали III Всеукр. заочної наук.- практич. конф. (Київ, 21 квітня 2017) – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2017. – С. 150.
9. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
10. <https://rehabprime.com/wbs/>
11. <https://langs.physio-pedia.com/uk/transfers-uk/>
12. <https://www.msp.gov.ua/content/zabezpechennya-tehnicnimi-ta-inshimi-zasobami-reabilitacii-specavtotransportom.html>

ДОДАТКИ

Додаток А
до Державного типового плану

ПЕРЕЛІК

заходів з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що надаються особам з обмеженнями повсякденного функціонування

Заходи з реабілітації	Надавачі послуг
Фізична та реабілітаційна медицина	реабілітаційні
Фізична терапія	заклади,
Ерготерапія	реабілітаційні
Терапія мови та мовлення	відділення,
Психологічна допомога	підрозділи закладів
Протезування-ортезування	охорони здоров'я
Надання медичних виробів, зокрема	кабінети асистивних
допоміжних засобів реабілітації	технологій
	реабілітаційних
	відділень, підрозділів
	закладів охорони
	здоров'я
	центри асистивних
	технологій
	реабілітаційних
	закладів

Додаток Б
до Державного типового плану

ПЕРЕЛІК

допоміжних засобів реабілітації, які можуть надаватись особам з обмеженнями повсякденного функціонування, що отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах, шляхом безоплатного користування

Допоміжні засоби реабілітації		Надавачі послуг
06*	Допоміжні засоби, прикріплені до тіла, для підтримки нервово-м'язово-скелетних функцій чи пов'язаних з рухом функцій (ортези) та для заміщення анатомічних структур (протези):	кабінети асистивних технологій реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я
06 06	ортези верхніх кінцівок	центри асистивних технологій
06 06 12	ортези на променево-зап'ястковий суглоб і кисть	реабілітаційних закладів
06 12	ортези нижніх кінцівок	
06 12 06	ортези на гомілковостопний суглоб	
06 12 09	ортези на колінний суглоб	
09	Допоміжні засоби для самообслуговування та особистого догляду:	
09 12	допоміжні засоби для користування туалетом	
09 12 03	крісла-туалети	
09 12 09	сидіння для унітаза	
12	Допоміжні засоби для активності та участі, пов'язані з особистою мобільністю і транспортуванням:	
12 03	допоміжні засоби для ходіння,	

Допоміжні засоби реабілітації	Надавачі послуг
керовані однією рукою	
12 03 03	тростини і палиці для ходіння
12 03 09	милиці передплічні
12 03 12	пахвові милиці
12 03 16	тростини і палиці для ходіння з багатьма наконечниками
12 06	допоміжні засоби для ходіння, керовані обома руками
12 06 03	ходунки-рамки
12 06 06	ходунки на колесах
12 22	крісла колісні з ручним керуванням
12 22 18	крісла-каталки

* Крім ортезів, які мають м'яку лонгетну частину

Примітка. У разі технічної можливості та за умови фінансування за договорами із суб'єктами господарювання, страховими організаціями, цільовими страховими фондами, засновниками реабілітаційних установ, за рахунок благодійних надходжень, добровільних пожертвувань та інших джерел фінансування, не заборонених законодавством, реабілітаційні заклади та заклади охорони здоров'я можуть забезпечувати прокат інших допоміжних засобів реабілітації, які не зазначені у переліку, особам з обмеженнями повсякденного функціонування, які отримують реабілітаційну допомогу в амбулаторних умовах.

ФОРМА
індивідуального реабілітаційного плану

Загальна частина

1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Індивідуальний податковий номер _____
5. Адреса задекларованого/zareєстрованого місця проживання _____

6. Контактний номер телефона _____
7. Прізвище, ім'я, по батькові родича (доглядача) _____

8. Контактний номер телефона родича (доглядача) _____
9. Формальна освіта (вказати найвищий рівень освіти особи):
 - немає;
 - дошкільна освіта;
 - повна загальна середня освіта;
 - позашкільна освіта; спеціалізована освіта;
 - професійна (професійно-технічна) освіта;
 - фахова передвища освіта; вища освіта.
10. Медичні діагнози (код НК 025:2021, назва, дата встановлення)

Розділ перший

Реабілітаційний маршрут у разі стану здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду

Загальна мета:														
Загальна мета циклу:														
Завдання циклу № 1:														
Завдання циклу № 2:														
Реабілітаційний прогноз:														
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**									Належність до завдання		Значення завдання	
Функції організму							Проблема							
							0 1 2 3 4							
b*														
....														
....														
Активність і участь		виконання					здатність							
		0 1 2 3 4					0 1 2 3 4							
d*														
....														
....														

Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри					
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4		
e*												
....												
....												

1. Запит на початок надання реабілітаційної допомоги (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), відповідальної особи) _____.

2. Інформована згода особи, яка потребує реабілітації:

- так, отримано від особи;
- так, отримано від законного представника особи віком до 14 років (малолітньої особи);
- так, отримано від законного представника недієздатної особи;
- ні, відмовлено.

3. Повний обсяг медичної інформації отримано від лікуючого лікаря (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) лікуючого лікаря) _____.

4. Характер стану здоров'я:

- стан здоров'я з гострим початком;
- загострення стану здоров'я з хронічним перебігом.

5. Реабілітаційний цикл протягом гострого реабілітаційного періоду (порядковий номер, зважаючи на тривалість повного циклу — два тижні): _____.

6. Первинне реабілітаційне обстеження _____.

6.1. Перелік ключових проблем особи: _____

6.2. Категорійний профіль*

6.3. Таблиця реабілітаційних втручань*

Домени (НК 030:2022)*		Реабілітаційні втручання (НК 026:2021)	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Терапевт мови та мовлення	Протезист-ортезист	Психолог	Сестра медична з реабілітації	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
Функції організму												
b*												
....												
....												
Активність та участь												
d*												
....												
....												
Фактори середовища												
e*												
....												
....												
Особисті фактори												

Загальна мета:													
Загальна мета циклу:													
Завдання циклу № 1:													
Завдання циклу № 2:													
Реабілітаційний прогноз:													
Домен (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**									Належність до завдання	Значення завдання	
Функції організму							Проблема						
							0	1	2	3	4		
b*													
....													
....													
Активність та участь		виконання					здатність						
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*													
....													
....													
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*													
....													
....													

6.4. Перелік медичних обмежень і застережень щодо надання реабілітаційної допомоги: _____

6.5. Кількісна потреба у фахівцях з реабілітації _____

6.6. Затверджено лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____

6.7. Складено програми терапії:

фізична терапія (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичного терапевта);

ерготерапія (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ерготерапевта);

терапія мови та мовлення (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) терапевта мови та мовлення);

психологічна допомога (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) психолога/психотерапевта);

протезування-ортезування (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) протезиста-ортезиста);

6.8. Потреба в допоміжних засобах реабілітації (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу): _____

7. Заключне/етапне реабілітаційне обстеження _____

7.1. Категорійний профіль*

7.2. Потреба в подальшому забезпеченні допоміжним засобом реабілітації (допоміжними засобами реабілітації):

відсутня

так, є потреба у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації, крім протезування (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу, крім протезування).

7.3. Потреба в протезуванні:

- відсутня;
- тренувальний протез;
- первинне протезування нижніх кінцівок;
- первинне протезування верхніх кінцівок.

7.4. Подальша реабілітаційна допомога:

- продовження реабілітаційної допомоги в гострому реабілітаційному періоді (зазначається реабілітаційний цикл № ____);
- особа не потребує реабілітації;
- особа потребує реабілітаційної допомоги високого обсягу — стаціонарне відділення післягострої та довготривалої реабілітації;
- особа потребує реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах;
- особа потребує домашньої реабілітації;
- особа потребує періодичної підтримуючої реабілітації;
- особа потребує медсестринського догляду;
- особа потребує проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності;
- особа потребує паліативної допомоги.

Розділ другий

I. Реабілітаційний маршрут у разі стану здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду

1. Направлення для надання реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах:

- після надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду;

лікуючий лікар, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась;

Загальна мета:														
Загальна мета циклу:														
Завдання циклу № 1:														
Завдання циклу № 2:														
Реабілітаційний прогноз:														
Домени (НК 030:2022)*			Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**								Належність до завдання		Значення завдання	
Функції організму								Проблема						
								0	1	2	3	4		
b*														
....														
....														
Активність і участь			виконання					здатність						
			0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*														
....														
....														
Фактори середовища			сприятливі чинники					бар'єри						
			4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*														
....														
....														

сімейний лікар, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась;

самостійне звернення, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась.

2. Інформована згода особи, яка потребує реабілітації:

так, отримано від особи;

так, отримано від законного представника особи віком до 14 років (малолітньої особи);

так, отримано від законного представника недієздатної особи;

ні, відмовлено.

3. Повний обсяг медичної інформації отримано від лікуючого лікаря (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) лікуючого лікаря) _____

Домени (НК 030:2022)*		Реабілітаційні втручання (НК 026:2021)	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Терапевт мови та мовлення	Протезист-ортезист	Психолог	Сестра медична з реабілітації	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
Функції організму												
b*												
....												
....												
Активність і участь												
d*												
....												
....												
Фактори середовища												

e*												
....												
....												
Особисті фактори												

4. Характер стану здоров'я:

- стан здоров'я з гостим початком;
- загострення стану здоров'я з хронічним перебігом.

5. Реабілітаційний цикл протягом післягострого реабілітаційного періоду (порядковий номер, зважаючи на тривалість повного циклу —
 два тижні):

6. Первинне реабілітаційне обстеження _____

6.1. Перелік ключових проблем особи: _____

6.2. Категорійний профіль*

6.3. Таблиця реабілітаційних втручань*

6.4. Перелік медичних обмежень і застережень щодо надання реабілітаційної допомоги: _____

6.5. Кількісна потреба у фахівцях з реабілітації _____

6.6. Затверджено лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____

Загальна мета:													
Загальна мета циклу:													
Завдання циклу № 1:													
Завдання циклу № 2:													
Реабілітаційний прогноз:													
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**										Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму							Проблема						
							0	1	2	3	4		
b*													
....													
....													
Активність та участь		виконання					здатність						
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*													
....													
....													
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*													
....													
....													

6.7. Складено програми терапії:

фізична терапія (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичного терапевта);

- ерготерапія (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ерготерапевта);
- терапія мови та мовлення (дата, фізичної та реабілітаційної медицини терапевта мови та мовлення);
- психологічна допомога (дата, фізичної та реабілітаційної медицини психолога/психотерапевта);
- протезування-ортезування (дата, фізичної та реабілітаційної медицини протезиста-ортезиста).

6.8. Потреба в допоміжних засобах реабілітації (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу, крім протезування)

6.9. Потреба у протезуванні:

- тренувальний протез;
- первинне протезування нижніх кінцівок;
- первинне протезування верхніх кінцівок.

7. Заключне/етапне реабілітаційне обстеження: _____

7.1. Категорійний профіль*

7.2. Потреба в подальшому забезпеченні допоміжним засобом реабілітації (допоміжними засобами реабілітації):

- відсутня
- так, є потреба у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу, крім протезування) _____;
- так, є потреба у протезуванні.

7.3. Потреба у протезуванні:

- первинне протезування нижніх кінцівок;
- первинне протезування верхніх кінцівок.

7.4. Подальша реабілітаційна допомога:

продовження реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах у післягострому реабілітаційному періоді (реабілітаційний цикл № _____);

особа не потребує реабілітації;

особа потребує реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах;

особа потребує домашньої реабілітації;

особа потребує періодичної підтримуючої реабілітації;

особа потребує проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності.

7.5. Потреба в модифікації місця проживання особи:

ні;

так (зазначити характеристики) _____.

7.6. Рекомендації щодо можливості керування автомобілем:

не потребує;

так, із проведенням додаткового навчання;

так, з адаптацією автомобіля.

7.7. Рекомендації щодо подальшого працевлаштування:

не потребує;

так, з адаптацією робочого місця;

так, із проведенням перенавчання.

II. Реабілітаційний маршрут у разі стану здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або у вигляді домашньої реабілітації, протягом післягострого реабілітаційного періоду

1. Направлення для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації:

після надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду;

після надання реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду;

лікуючий лікар, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась;

сімейний лікар, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась.

самостійне звернення, реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду не надавалась.

2. Інформована згода особи, яка потребує реабілітації:

так, отримано від особи;

так, отримано від законного представника особи віком до 14 років (малолітньої особи);

так, отримано від законного представника недієздатної особи;

ні, відмовлено.

3. Повний обсяг медичної інформації отримано від лікуючого лікаря (дата, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікуючого лікаря) _____

4. Характер стану здоров'я:

стан здоров'я з гострим початком;

загострення стану здоров'я з хронічним перебігом.

5. Реабілітаційний цикл протягом післягострого реабілітаційного періоду (порядковий номер, зважаючи на тривалість повного циклу два тижні): _____

6. Первинне реабілітаційне обстеження _____

6.1. Перелік ключових проблем особи: _____

Загальна мета:														
Загальна мета циклу:														
Завдання циклу № 1:														
Завдання циклу № 2:														
Реабілітаційний прогноз:														
Домени (НК 030:2022)*			Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**							Належність до завдання		Значення завдання		
Функції організму								Проблема						
								0	1	2	3	4		
b*														
....														
....														
Активність і участь			виконання					здатність						
			0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*														
....														
....														
Фактори середовища			сприятливі чинники					бар'єри						
			4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*														
....														
....														

6.2. Категорійний профіль****

6.3. Таблиця реабілітаційних втручань*

Домени (НК 030:2022)*		Реабілітаційні втручання (НК 026:2021)	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Терапевт мови та мовлення	Протезист-ортезист	Психолог	Сестра медична з реабілітації	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
Функції організму												
b*												
....												
....												
Активність та участь												
d*												
....												
....												
Фактори середовища												
e*												
....												
....												
Особисті фактори												

6.4. Перелік медичних обмежень і застережень щодо надання реабілітаційної допомоги: _____

6.5. Кількісна потреба у фахівцях з реабілітації _____

6.6. Затверджено лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____)

(не застосовується у разі надання реабілітаційної допомоги в амбулаторному реабілітаційному закладі або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, або домашньої реабілітації).

6.7. Складено програми терапії:

фізична терапія (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичного терапевта);

ерготерапія (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ерготерапевта);

терапія мови та мовлення (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) терапевта мови та мовлення);

психологічні допомога (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) психолога/психотерапевта);

протезування-ортезування (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) протезиста-ортезиста).

6.8. Потреба в забезпеченні допоміжним засобом реабілітації (допоміжними засобами реабілітації):

Загальна мета:					
Загальна мета циклу:					
Завдання циклу № 1:					
Завдання циклу № 2:					
Реабілітаційний прогноз:					
Домени (НК 030:2022)*	Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**			Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму		Проблема			

						0	1	2	3	4			
b*													
....													
....													
Активність та участь		виконання					здатність						
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*													
....													
....													
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*													
....													
....													

відсутня;

так, є потреба у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу, крім протезування) _____;

так, є потреба у протезуванні.

7. Заключне/етапне реабілітаційне обстеження: _____

7.1. Категорійний профіль*

7.2. Потреба в подальшому забезпеченні допоміжним засобом реабілітації (допоміжними засобами реабілітації):

відсутня

так, є потреба у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації (крім протезування);

так, є потреба у протезуванні.

7.3. Подальша реабілітаційна допомога:

продовження реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації у післягострому реабілітаційному періоді (реабілітаційний цикл № ____);

особа не потребує реабілітації;

особа потребує періодичної підтримуючої реабілітації;

особа потребує проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності.

Розділ третій

Реабілітаційний маршрут у разі стану здоров'я з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду або Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з хронічним перебігом

1. Направлення для надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації:

після надання реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду;

після надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду;

лікуючий лікар/сімейний лікар, після встановлення медичного діагнозу стану здоров'я з хронічним перебігом;

лікуючий лікар/сімейний лікар, реабілітаційна допомога протягом попередніх реабілітаційних періодів не надавалась;

самостійне звернення, реабілітаційна допомога протягом попередніх реабілітаційних періодів не надавалась;

2. Інформована згода особи, яка потребує реабілітації:

так, отримано від особи;

так, отримано від законного представника особи віком до 14 років (малолітньої особи);

так, отримано від законного представника недієздатної особи;

ні, відмовлено.

3. Повний обсяг медичної інформації отримано від лікуючого лікаря (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) лікуючого лікаря) _____

4. Характер стану здоров'я:

- стан здоров'я з гостим початком;
- стан здоров'я з хронічним перебігом.

5. Курс періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду (порядковий номер): _____

6. Первинне реабілітаційне обстеження _____

Загальна мета:													
Загальна мета циклу:													
Завдання циклу № 1:													
Завдання циклу № 2:													
Реабілітаційний прогноз:													
Домени (НК 030:2022)*		Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**										Належність до завдання	Значення завдання
Функції організму							Проблема						
							0	1	2	3	4		
b*													
....													
....													
Активність і участь		виконання					здатність						
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*													
....													
....													
Фактори середовища		сприятливі чинники					бар'єри						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*													
....													
....													

6.1. Перелік ключових проблем особи: _____

6.2. Категорійний профіль*/***

6.3. Таблиця реабілітаційних втручань*

Домени (НК 030:2022)*		Реабілітаційні втручання (НК 026:2021)	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерготерапевт	Терапевт мови та мовлення	Протезист-ортесист	Психолог	Сестра медична з реабілітації	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
Функції організму												
b*												
....												
....												
Активність та участь												
d*												
....												
....												
Фактори середовища												
e*												
....												
....												
Особисті фактори												

6.4. Перелік медичних обмежень і застережень щодо надання реабілітаційної допомоги: _____

6.5. Кількісна потреба у фахівцях з реабілітації _____

6.6. Затверджено лікарем фізичної та реабілітаційної медицини (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) _____

(не застосовується у разі надання реабілітаційної допомоги в амбулаторному реабілітаційному закладі або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, або домашньої реабілітації).

6.7. Складено програми терапії:

фізична терапія (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичного терапевта);

Загальна мета:														
Загальна мета циклу:														
Завдання циклу № 1:														
Завдання циклу № 2:														
Реабілітаційний прогноз:														
Домени (НК 030:2022)*			Кваліфікатори доменів (НК 030:2022)**							Належність до завдання	Значення завдання			
Функції організму								Проблема						
								0	1	2	3	4		
b*														
....														
....														
Активність та участь			виконання					здатність						
			0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
d*														
....														
....														
Фактори середовища			сприятливі чинники					бар'єри						
			4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e*														

....												
....												

ерготерапія (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ерготерапевта);

терапія мови та мовлення (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) терапевта мови та мовлення);

психологічна допомога (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) психолога/психотерапевта);

протезування-ортезування (дата, прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) протезиста-ортезиста);

6.8. Потреба в забезпеченні допоміжним засобом реабілітації (допоміжними засобами реабілітації):

відсутня;

так, є потреба у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації (зазначаються докладні функціональні характеристики виробу, крім протезування) _____;

так, є потреба у протезуванні.

7. Заключне/етапне реабілітаційне обстеження: _____

7.1. Категорійний профіль*

7.2. Потреба в подальшому забезпеченні допоміжним засобом реабілітації (допоміжними засобами реабілітації):

відсутня

так, є потреба у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації (крім протезування);

так, є потреба у протезуванні.

7.3. Подальша реабілітаційна допомога:

особа не потребує реабілітації;

особа потребує періодичної підтримуючої реабілітації;

□ особа потребує проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності.

* Доменний набір затверджується наказом МОЗ.

** Перелік інструментів функціонального оцінювання, необхідних для визначення значення кваліфікатора, затверджується наказом МОЗ.

*** У разі надання реабілітаційної допомоги в амбулаторному реабілітаційному закладі або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, або домашньої реабілітації, реалізується програма фізичної терапії або ерготерапії, або терапії мови та мовлення, або психологічної допомоги відповідно до загальної мети, зазначеної у розділі другому індивідуального реабілітаційного плану особи, яка потребує реабілітації, з урахуванням медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги.

ДЛЯ ПОДАТК

Навчальне видання

Андрій Олександрович Бражанюк

Лідія Георгіївна Доцюк

ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Навчальний посібник

Літературний редактор ***О.В. Лукул***

Технічне редагування
та дизайн обкладинки ***О.М. Кудрінська***

Підписано до друку 10.06.2024. Формат. 60x84/16

Папір офсетний. Друк різнографічний.

Умов.-друк. арк. 7,2. Обл.-вид. арк. 7,8 . Зам. Н-050.

Видавництво та друкарня Чернівецького національного університету
імені Юрія Федьковича

58002, м. Чернівці, вул. Коцюбинського, 2

e-mail: ruta@chnu.edu.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №891 від 08.04.2002 р.