

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я

Обговорено та затверджено на
засідання кафедри фізичної реабілітації,
спортивної медицини, фізичного
виховання і здоров'я

Протокол № 4 від 10.12.2019 р.

ЛЕКЦІЙНИЙ КУРС
з навчальної дисципліни

«ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ»

Автор-розробник:

доктор наук з фізичного виховання
та спорту, професор Дорошенко Е.Ю.

Запоріжжя, 2019

ПЛАН

№	Тема та питання лекційного заняття	стор.
1	<p>Організація процесу реабілітації із застосуванням технічних засобів для різних категорій населення в Україні: правові, економічні, гуманітарні чинники</p> <p>1) Загальна характеристика реабілітаційних процесів: основні терміни і поняття; 2) Загальні положення стосовно реабілітації неповносправних в Україні; 3) Державні та приватні заклади реабілітації; 4) Повноваження органів виконавчої влади стосовно реабілітації неповносправних осіб в Україні</p>	3
2	<p>Класифікація технічних засобів, які використовуються у процесі реабілітації різних категорій населення та осіб з особливими потребами</p> <p>1) Нозологічні категорії осіб з особливими потребами. Характеристика поняття «гандикапізм» у сучасній реабілітації; 2) Нозологічні категорії у фізичному вихованні й адаптивному (паралімпійському дефлімпійському) спорті; 3) Технічні засоби, які використовуються у процесі реабілітації різних категорій населення та осіб з особливими потребами, в адаптивному фізичному вихованні та спорті, в навчальному процесі</p>	17
3	<p>Тренувальні комплекси в системі реабілітації та соціальної адаптації різних категорій населення та осіб з особливими потребами: характеристика, експлуатація, правила техніки безпеки</p> <p>1) Технічні характеристики реабілітаційно-тренувальних комплексів; 2) Експлуатація реабілітаційно-тренувальних комплексів; 3) Правила техніки безпеки</p>	34
4	<p>Технічні та експлуатаційні характеристики допоміжних засобів особистої гігієни, рухомості, переміщення, підйому,</p>	43

	<p>меблі, оснащення та способи їх використання для осіб з особливими потребами</p> <p>1) Технічні та експлуатаційні характеристики допоміжних засобів особистої гігієни і рухомості; 2) Технічні та експлуатаційні характеристики допоміжних засобів переміщення та підйому; 3) Меблі, оснащення та способи їх використання для осіб з особливими потребами</p>	
5	<p>Технічні та експлуатаційні характеристики спеціальних засобів орієнтування, спілкування, обміну інформацією та способи їх використання для осіб з особливими потребами</p>	
6	<p>Характеристика авто- або електромобільних технічних засобів для пересування осіб з особливими потребами</p>	

ЛЕКЦІЯ № 1.

Система реабілітації в Україні

1) Загальна характеристика реабілітаційних процесів: основні терміни і поняття.

В Україні налічується майже 3 млн людей з інвалідністю, що становить понад 60 осіб на 100 тис. населення (у 2001 році – 53), із них майже 200 тис. дітей віком до 18 років. Катастрофічна інвалідизація населення пояснюється зростанням захворюваності, труднощами з доступом до якісного лікування, а також відсутністю повноцінної системи реабілітації в Україні, яка покликана ставити «на ноги» трудовий потенціал держави. Адже, наприклад, якщо у світі завдяки ранній і належній реабілітації після інсульту рівень інвалідизації хворих становить 25-30%, то в Україні 75-85% із тих, хто вижив після цієї хвороби, назавжди набувають статусу осіб з обмеженими можливостями.

Медична реабілітація, за визначенням комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), – це процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу особи з особливими потребами (інваліда), його найбільш ефективна інтеграція у суспільні та соціальні відносини.

Відповідно до міжнародної класифікації ВООЗ (1980 року), виділяють такі рівні медико-біологічних і психо-соціальних наслідків хвороби або травми, які повинні враховуватись при проведенні реабілітації:

- **ушкодження** – будь-яка аномалія або втрата анатомічних, фізіологічних, психологічних структур або функцій;
- **порушення життєдіяльності** – виникає у результаті ушкодження та означає втрату або обмеження можливості здійснювати щоденну діяльність у межах, які вважаються нормальними для людського суспільства;
- **соціальні обмеження** виникають у результаті ушкодження й порушення життєдіяльності, визначають обмеження та перешкоди для

виконання соціальної ролі, яка вважається нормальною для конкретної особи.

В останні роки у реабілітацію (як науково-практичний напрям) введено поняття «**якість життя**», що пов'язано зі здоров'ям; при цьому якість життя розглядають як інтегральну характеристику, на яку необхідно орієнтуватись при оцінці ефективності реабілітації пацієнтів (за даними Index Medicus).

Організаційними основами реабілітації вважають наступні чинники:

- комплексна вихідна оцінка стану пацієнта з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком реабілітаційних процедур;
- проведення реабілітації за індивідуальною програмою, що укладена на основі оцінки поточного стану пацієнта;
- оцінка ефективності реабілітаційних заходів у динаміці та після завершення курсу відновного лікування та реабілітації;
- складання рекомендацій щодо лікувальних і соціальних заходів, які необхідні на подальших етапах реабілітації.

За даними міжнародних організацій, кожний 10 мешканець Землі є неповносправним, майже 30 мільйонів осіб щороку отримують каліцтво та різні ураження. Враховуючи збільшення на планеті кількості людей з вродженими вадами, очікується зростання кількості осіб з особливими потребами (інвалідів) на початок 2020 року до 1 000 000 000. Отже, **інвалідність** – це глобальне соціальне явище, до якого має бути прикута постійна увага керівництва кожної країни, органів її державної влади та управління, науковців і медиків, психологів і педагогів, фахівців з фізичної культури і спорту, фізичних терапевтів і фахівців з фізичної реабілітації.

Реабілітація – це процес, який має на меті забезпечити неповносправним досягнення та підтримку їх оптимальних фізичного, чуттєвого, інтелектуального, психічного, а також соціального рівнів діяльності, які сприятимуть досягненню високого рівня самостійності та формування навичок самообслуговування. Реабілітація може включати заходи для підтримання і/або відновлення функцій, або ж компенсації втрати або відсутності функції чи функціонального обмеження.

Реабілітаційний процес починається буквально після надання першої медичної допомоги, охоплює широке коло заходів і видів діяльності, починаючи від основної та загальної реабілітації і до дій, спрямованих на досягнення кінцевої мети, наприклад, професійної реабілітації.

Медична реабілітація – завданням якої є максимально можливе відновлення стану здоров'я пацієнта засобами традиційної та нетрадиційної медицини;

Професійна – яка передбачає відновлення професійних навичок людини або навчання новим навичкам, які відповідають функціональним можливостям особи;

Соціальна – яка забезпечує повернення людини до максимально активного життя у суспільстві, якомога повнішу її інтеграцію у всі сфери його життя;

Фізична – напрямок у сфері охорони здоров'я, покликаний, головним чином запобігати або полегшувати рухові дисфункції людини.

Трудова – 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.

Протягом багатьох років політика державних інституцій відносно осіб з інвалідністю змінювалася: вона пройшла шлях від звичайного догляду за людиною з особливими потребами до отримання освіти на основі використання інклюзивних підходів до роботи з дітьми-інвалідами і фізичної реабілітації осіб, які стали інвалідами вже у дорослому віці. Отже, інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії з іншими особами або із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації її прав нарівні з іншими громадянами і забезпечити її соціальний захист.

2. Загальні положення стосовно реабілітації неповносправних в Україні.

Згідно з чинним Наказом Міністерства соціальної політики України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (преамбула із змінами, внесеними згідно із Законом України від 22.12.2011 року № 4213-VI) реабілітація осіб з інвалідністю ґрунтується на наступних засадах:

I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Витяг зі статті 1. Особи з інвалідністю в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України, законами України та міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Витяг зі статті 2. Особою з інвалідністю є особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист. Дискримінація за ознакою інвалідності забороняється.

Витяг зі статті 3. Інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Витяг зі статті 4. Діяльність держави щодо осіб з інвалідністю виявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті ...

Витяг зі статті 5. Порядок та умови визначення потреб у зв'язку з інвалідністю встановлюються на підставі висновку медико-соціальної експертизи та з врахуванням здібностей до професійної і побутової діяльності особи з інвалідністю. Види і обсяги необхідного соціального

захисту особи з інвалідністю надаються у вигляді індивідуальної програми медичної, соціально-трудової реабілітації і адаптації.

Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями.

Витяг зі статті 6. Захист прав, свобод і законних інтересів осіб з інвалідністю забезпечується в судовому або іншому порядку, встановленому законом.

Громадянин має право в судовому порядку оскаржувати рішення органів медико-соціальної експертизи про визнання чи невизнання його особою з інвалідністю.

Витяг зі статті 7. Законодавство про соціальну захищеність осіб з інвалідністю в Україні складається з цього Закону та інших актів законодавства, що видаються відповідно до нього.

II. ДЕРЖАВНІ ОРГАНИ УКРАЇНИ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ З ПИТАНЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХ СОЦІАЛЬНОЇ ЗАХИЩЕНОСТІ

Витяг зі статті 8. Державне управління з питань забезпечення прав осіб з інвалідністю та їх соціальної захищеності здійснюється в межах повноважень центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування.

Витяг зі статті 9. Центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування за участю громадських організацій осіб з інвалідністю, у межах своїх повноважень здійснюють розроблення та координацію довгострокових і короткострокових програм з реалізації державної політики щодо осіб з інвалідністю та контролюють їх виконання, сприяють розвитку міжнародного співробітництва з питань, що стосуються осіб з інвалідністю.

Витяг зі статті 10. Фінансове забезпечення заходів щодо соціальної захищеності осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю здійснюється за

рахунок коштів державного бюджету, в тому числі Фонду соціального захисту інвалідів, місцевих бюджетів, а також органами місцевого самоврядування за місцевими програмами соціального захисту окремих категорій населення за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Витяг зі статті 11. Бюджет Фонду соціального захисту інвалідів формується за рахунок коштів державного бюджету, благодійних внесків, добровільних пожертвувань та інших надходжень.

III. ГРОМАДСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Витяг зі статті 12. Громадські організації осіб з інвалідністю, їх спілки створюються з метою забезпечення рівних прав і можливостей осіб з інвалідністю та їх соціального захисту, виявлення, усунення перепон і бар'єрів, що перешкоджають забезпеченню прав і задоволенню потреб таких осіб, у тому числі стосовно доступу їх нарівні з іншими громадянами до об'єктів фізичного оточення, транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів - до освіти, праці, культури, фізичної культури і спорту, надання соціальних послуг, залучення осіб з інвалідністю до суспільної діяльності, здійснення громадського контролю за дотриманням прав осіб з інвалідністю, представництва їхніх інтересів та усунення будь-яких проявів дискримінації стосовно осіб з інвалідністю та мають право користуватися пільгами і преференціями, передбаченими законодавством.

Витяг зі статті 13. Центральні і місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування повинні надавати допомогу і сприяти громадським організаціям осіб з інвалідністю в їх діяльності.

Витяг зі статті 16. Порядок створення, діяльності і ліквідації громадських організацій осіб з інвалідністю регулюється законодавством України про громадські організації, статутами цих організацій, зареєстрованими у встановленому порядку.

IV. ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ, ОСВІТА І ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Витяг зі статті 17. З метою реалізації творчих і виробничих здібностей осіб з інвалідністю та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації їм забезпечується право працювати на підприємствах, в установах, організаціях, а також займатися підприємницькою та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом.

Витяг зі статті 18. Забезпечення прав осіб з інвалідністю на працевлаштування та оплачувану роботу, в тому числі з умовою про виконання роботи вдома, здійснюється шляхом їх безпосереднього звернення до підприємств, установ, організацій чи до державної служби зайнятості.

Витяг зі статті 19. Для підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій, громадських організацій осіб з інвалідністю, фізичних осіб, які використовують найману працю, встановлюється норматив робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю у розмірі чотирьох відсотків середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу за рік, а якщо працює від 8 до 25 осіб, – у кількості одного робочого місця.

Витяг зі статті 21. Держава гарантує особам з інвалідністю дошкільне виховання, здобуття освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям.

Професійна підготовка або перепідготовка осіб з інвалідністю здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для наступної трудової діяльності. Вибір форм і методів професійної підготовки провадиться згідно з висновками медико-соціальної експертизи.

При навчанні, професійній підготовці або перепідготовці осіб з інвалідністю поряд із загальними допускається застосування альтернативних форм навчання.

Обдаровані діти з інвалідністю мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва у загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах.

Навчальні заклади надають освітні послуги особам з інвалідністю

нарівні з іншими громадянами, у тому числі шляхом створення належного кадрового, матеріально-технічного забезпечення та забезпечення розумного пристосування, що враховує індивідуальні потреби особи з інвалідністю.

Витяг зі статті 22. Для реалізації права на професійну (професійно-технічну), фахову передвищу та вищу освіту особами з інвалідністю заклади професійної (професійно-технічної), фахової передвищої та вищої освіти створюють їм необхідні умови для здобуття відповідної освіти.

Витяг зі статті 23. Жестова мова як мова осіб з вадами слуху є засобом спілкування та навчання і захищається державою. Органи державної влади та органи місцевого самоврядування: - сприяють поширенню жестової мови та заохоченню мовної самобутності осіб з вадами слуху; - гарантують збереження, вивчення і всебічний розвиток жестової мови, її використання як засобу виховання, навчання, викладання, спілкування і творчості; - забезпечують можливість комунікації осіб з інвалідністю з вадами слуху в органах, установах та закладах соціального захисту населення, правоохоронних органах, органах пожежної безпеки, аварійно-рятувальних службах, закладах охорони здоров'я, навчальних закладах тощо; - сприяють наданню послуг перекладачів жестової мови громадянам України з вадами слуху, які користуються жестовою мовою; - створюють умови для наукового вивчення жестової мови; - сприяють використанню жестової мови в офіційних відносинах. Телерадіоорганізації (незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування) забезпечують субтитрування або переклад на жестову мову офіційних повідомлень, кіно-, відеофільмів, передач і програм.

Витяг зі статті 24. Після закінчення навчального закладу особам з інвалідністю надається право вибору місця роботи з наявних варіантів або надається за їх бажанням право вільного працевлаштування.

При відмові у прийнятті на роботу, ненаданні роботи за спеціальністю особі з інвалідністю, направленій за розподілом після закінчення навчального закладу, або при недодержанні інших умов трудового договору і законодавства про працю підприємство, установа та організація, фізична

особа, яка використовує найману працю, відшкодовує витрати на її проїзд до місця роботи і назад до місця, де вона проживає, а також витрати на проїзд супровідника, якщо він є необхідним.

Витяг зі статті 25. Підприємства, установи та організації, фізичні особи, які використовують найману працю, створюють безпечні і нешкідливі для здоров'я умови праці, вживають заходів до запобігання інвалідності та відновлення працездатності осіб з інвалідністю. У разі працевлаштування особам з інвалідністю забезпечують розумне пристосування робочих місць.

V. СТВОРЕННЯ УМОВ ДЛЯ БЕЗПЕРЕШКОДНОГО ДОСТУПУ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ

Витяг зі статті 26. Підприємства, установи та організації зобов'язані створювати умови для безперешкодного доступу осіб з інвалідністю (у тому числі осіб з інвалідністю, які використовують засоби пересування та собак-поводирів) до об'єктів фізичного оточення. Власники та виробники транспортних засобів, виробники та замовники інформації (друковані засоби масової інформації, телерадіоорганізації тощо), оператори і провайдери телекомунікацій повинні забезпечувати надання послуг і виробництво продукту з урахуванням потреб осіб з інвалідністю.

Витяг зі статті 27. Планування і забудова населених пунктів, формування мікрорайонів, проектування, будівництво і реконструкція об'єктів фізичного оточення без пристосування для використання особами з інвалідністю не допускаються. Зазначена діяльність здійснюється з урахуванням думки громадських організацій осіб з інвалідністю.

Витяг зі статті 28. Підприємства, організації та фізичні особи-підприємці, що здійснюють транспортне обслуговування населення, зобов'язані забезпечити спеціальне обладнання транспортних засобів, вокзалів, аеропортів та інших об'єктів, яке б дало змогу особам з інвалідністю безперешкодно користуватися їх послугами.

Витяг зі статті 29. Особи з інвалідністю забезпечуються житлом у порядку і на умовах, передбачених чинним законодавством і з урахуванням

положень цього Закону.

Особи з інвалідністю та сім'ї, в яких є діти з інвалідністю, мають переважне право на поліпшення житлових умов в порядку, передбаченому чинним законодавством.

Витяг зі статті 30. Жилі приміщення, займані особами з інвалідністю або сім'ями, у складі яких вони є, під'їзди, сходові площадки будинків, в яких мешкають особи з інвалідністю, мають бути обладнані спеціальними засобами і пристосуваннями відповідно до індивідуальної програми реабілітації, а також телефонним зв'язком.

Витяг зі статті 31. Виконавчі комітети органів місцевого самоврядування не можуть вилучати частину жилої площі, збудованої за рахунок коштів громадських організацій осіб з інвалідністю, у тому числі господарським способом або з залученням їх коштів в порядку пайової участі.

Витяг зі статті 32. Особи з інвалідністю, влаштовані в будинки-інтернати або в інші установи соціальної допомоги, мають право на збереження за ними жилої площі протягом 12 місяців. При більш тривалих строках звільнена жила площа передається для задоволення потреб у житлі іншим особам з інвалідністю, які потребують поліпшення житлових умов.

Витяг зі статті 33. Діти з інвалідністю з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які проживають у сім'ях піклувальників, прийомних сім'ях, дитячих будинках сімейного типу, державних або інших соціальних установах, після досягнення повноліття мають право на позачергове одержання житла і матеріальну допомогу на його упорядження у разі, якщо за висновком медико-соціальної експертизи вони можуть здійснювати самообслуговування і вести самостійний спосіб життя.

Витяг зі статті 34. Місцеві органи виконавчої влади зобов'язані забезпечувати особам з інвалідністю необхідні умови для вільного доступу і користування культурно-видовищними закладами і спортивними спорудами,

для занять фізкультурою і спортом, а також забезпечувати надання спеціального спортивного інвентаря.

Витяг зі статті 35. Особи з інвалідністю забезпечуються засобами спілкування, що полегшують їх взаємодію між собою та з іншими категоріями населення. Порядок і умови такого забезпечення передбачаються місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування за участю громадських організацій осіб з інвалідністю.

VI. МАТЕРІАЛЬНЕ, СОЦІАЛЬНО-ПОБУТОВЕ І МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Витяг зі статті 36. Матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення осіб з інвалідністю здійснюється у вигляді грошових виплат (пенсій, допомог, одноразових виплат), забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами, включаючи друковані видання із спеціальним шрифтом, звукопідсилюючу апаратуру та аналізатори, а також шляхом надання послуг по медичній, соціальній, трудовій і професійній реабілітації, побутовому та торговельному обслуговуванню.

Витяг зі статті 37. Види необхідної матеріальної, соціально-побутової і медичної допомоги особам з інвалідністю визначаються органами медико-соціальної експертизи в індивідуальній програмі реабілітації. Допомога подається за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

Витяг зі статті 38. Особам з інвалідністю і дітям з інвалідністю надаються безоплатно або на пільгових умовах на підставі індивідуальної програми реабілітації послуги із соціально-побутового і медичного обслуговування, технічні та інші засоби реабілітації (засоби для пересування, протезні вироби, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони для письмового спілкування тощо), вироби медичного призначення (індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові та голосоутворювальні апарати, ендопротези, сечо- та калоприймачі тощо), а також автомобілі, крісла колісні з електроприводом - за наявності відповідного медичного висновку.

Витяг зі статті 38¹. Транспортне обслуговування осіб з інвалідністю

здійснюється на пільгових умовах. Особи з інвалідністю I та II групи, діти з інвалідністю та особи, які супроводжують осіб з інвалідністю I групи або дітей з інвалідністю (не більше однієї особи, яка супроводжує особу з інвалідністю I групи або дитину з інвалідністю), мають право на безплатний проїзд у пасажирському міському транспорті (крім таксі) за наявності посвідчення чи довідки, зазначених у цьому Законі.

Витяг зі статті 38². Пільги, передбачені цим Законом, зберігаються за особами з інвалідністю та дітьми з інвалідністю незалежно від виду виплачуваної пенсії або допомоги, призначеної замість пенсії.

Витяг зі статті 39. Особа з інвалідністю має право вибору конкретного виду соціальної допомоги. Особа з інвалідністю може відмовитися від того чи іншого виду соціальної допомоги, якщо вона не повною мірою відповідає її потребам. У такому разі особа з інвалідністю вправі самостійно вирішувати питання про забезпечення себе конкретним видом допомоги за рахунок власних коштів з урахуванням компенсації вартості аналогічного виду соціальної допомоги, що подається державним органом.

Витяг зі статті 40. Конкретні умови і порядок пенсійного забезпечення і надання допомоги та інших соціальних послуг визначаються законодавством про пенсійне забезпечення в Україні і актами Кабінету Міністрів України з відповідних питань.

Витяг зі статті 41. Підприємствам та організаціям, що спеціалізуються на виробництві товарів, протезно-ортопедичних виробів та виробів фізкультурно-спортивного призначення, спеціальних технічних засобів і пристосувань для осіб з інвалідністю, встановлюються пільги по оподаткуванню в порядку і на умовах, встановлених законодавством України.

Витяг зі статті 42. Особи, винні у порушенні вимог цього Закону, несуть установлену законом матеріальну, дисциплінарну, адміністративну чи кримінальну відповідальність.

Отже, загальні положення стосовно реабілітації неповносправних в

Україні ґрунтуються на Конституції та чинному Законодавстві України.

3) Державні та приватні заклади реабілітації.

Проблема створення ефективної системи реабілітаційних закладів в Україні та системи професійної підготовки фахівців, які працюють у сфері відновного лікування та реабілітації, є актуальною та своєчасною для українського суспільства.

Ще одна причина – це необхідність розв’язання проблем реабілітації поранених бійців антитерористичної операції, яким приділяється значна увага в засобах масової інформації та які виносяться на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій. Багатогранність завдань медичної реабілітації, зокрема, фізичної реабілітації, постраждалих в бойових діях потребує ефективного функціонування цієї системи як самостійного напрямку клінічної та соціальної медицини. У Міністерстві охорони здоров’я (МОЗ) України створено окремий відділ медичної реабілітації та паліативної медицини, який буде відповідати за роботу цього напрямку.

Питання створення та функціонування сучасних реабілітаційних центрів протягом останніх років випадали з поля зору фахівців. Вони піднімалися частково в програмах соціальної, фізичної та професійної реабілітації людей з обмеженими можливостями в контексті забезпечення їх виробами медичного призначення. У той же час, головний напрямок відновлення здоров’я в реабілітаційних закладах різного профілю полягає у відновленні здоров’я хворих і є важливим наступним етапом після надання ургентної допомоги та інтенсивного стаціонарного лікування. Проте в Україні найбільш актуальними є питання організації та роботи центрів комплексної реабілітації хворих, неповносправних та поранених в бойових діях (медичної, фізичної, психологічної та соціальної). Постраждалим учасникам бойових дій для відновлення здоров’я та працездатності необхідна ортопедична реабілітація при пораненнях та ампутаціях верхніх та нижніх кінцівок, нейрореабілітація при травмах голови, фізична реабілітація для

відновлення рухової функції та фізичної працездатності хворих, психологічна реабілітація для лікування бойової психічної травми.

Розробкою наукових програм, протоколів реабілітації, методичним керівництвом реабілітаційних закладів займаються науково-дослідні установи, зокрема, науково-дослідний інститут (НДІ) реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Український НДІ медичної реабілітації та курортології (м. Одеса), Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ); Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності.

Розбудова реабілітаційних центрів, що існують в Україні, та створення нових закладів реабілітації є завдання комплексним для МОЗ, МОН, Міністерства соціальної політики та інших державних і громадських організацій, зокрема для ЗВО, які готують лікарів, фахівців з фізичної реабілітації, соціальних працівників, психологів тощо ...

Багатопрофільні реабілітаційні центри повинні включати відділення: медичної реабілітації, фізичної реабілітації, соціальної реабілітації, психологічної реабілітації, професійної реабілітації, трудової реабілітації, інші підрозділи ...

Перелік санаторно-курортних закладів у розрізі профілів медичної реабілітації для відшкодування витрат за надані застрахованим особам послуги із реабілітаційного лікування в Запорізькій області (<http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/952253>):

- «Клінічний санаторій «Бердянськ» ПрАТ «Приазовкурорт»;
- «Клінічний санаторій «Великий Луг» ПрАТ «Приазовкурорт»;
- Товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ) «Санаторій Арктика».

Перелік підприємств, що відповідають кваліфікаційним вимогам на виготовлення, постачання, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації (<https://www.msp.gov.ua/news/10513.html>):

- ТОВ «Центр протезно-ортопедичної реабілітації «Орттех»:

виготовлення та постачання ортезів на хребет, ортезів на верхні та нижні кінцівки, протезів верхніх та нижніх кінцівок, ортопедичного взуття, допоміжних засобів для особистого догляду та захисту. Ремонт і технічне обслуговування протезно-ортопедичних виробів.

Перелік санаторно-курортних закладів у розрізі профілів медичної реабілітації для відшкодування витрат за надані застрахованим особам послуги із реабілітаційного лікування в Запорізькій області (<http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/952253>):

- «Клінічний санаторій «Бердянськ» ПрАТ «Приазовкурорт»;
- «Клінічний санаторій «Великий Луг» ПрАТ «Приазовкурорт»;
- ТОВ «Санаторій Арктика».

Технічні та інші засоби фізичної реабілітації, що призначені для безоплатного забезпечення осіб і дітей з інвалідністю, інших осіб за рахунок коштів державного бюджету, виготовляються, постачаються і ремонтуються підприємствами, які відповідають кваліфікаційним вимогам, які встановлені Міністерством соціальної політики України.

Перелік підприємств, що відповідають кваліфікаційним вимогам на виготовлення, постачання, ремонт та технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації (<https://www.msp.gov.ua/news/10513.html>):

- ТОВ «Центр протезно-ортопедичної реабілітації «Орттех»:

виготовлення та постачання ортезів на хребет, ортезів на верхні та нижні кінцівки, протезів верхніх і нижніх кінцівок, ортопедичного взуття, допоміжних засобів для особистого догляду та захисту. Ремонт і технічне обслуговування протезно-ортопедичних виробів.

«Засіб» – це спеціальна дія, прийом, матеріальні цінності, що дають можливість здійснити що-небудь, досягти чогось. Те, що служить знаряддям у якій-небудь дії, справі.

«Технічний засіб» – продукція, об'єкти будь-якого виду та призначення, механізми, пристрої, вироби, устаткування, технології, комп'ютерна, організаційна та електронно-обчислювальна техніка та ін., які є

необхідними для здійснення чого-небудь, для якоїсь діяльності.

Державне замовлення на забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів технічними та іншими засобами фізичної реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом здійснюють у межах своїх повноважень органи праці та соціальної політики, охорони здоров'я.

У державному бюджеті України на оплату послуг з медичної реабілітації з 01.04.2020 року закладено 500 000 000,00 грн.

На сьогодні НСЗУ обіцяє оплачувати послуги з медичної реабілітації / абілітації немовлятам, які народилися передчасно та/або хворими (упродовж перших трьох років життя), а також медичну реабілітацію дорослих і дітей від трьох років з порушеннями функцій нервової системи чи опорно-рухового апарату.

Для того аби надати визначені пакети медичних послуг з медичної реабілітації й отримати за це кошти, лікувальні заклади повинні «озброїтися» відповідним обладнанням (до речі, високовартісним) і спеціалістами, яких наразі в Україні обмаль. Водночас амбулаторні послуги з медичної реабілітації (ті, що не входять до окремих пакетів чи надаються в стаціонарних умовах) НСЗУ оплачуватиме за Програмою медичних гарантій у межах, передбачених на амбулаторну допомогу. Зокрема, йдеться про проведення планової реабілітації дорослим і дітям.

На сьогодні НСЗУ обіцяє оплачувати послуги з медичної реабілітація / абілітації немовлятам, які народилися передчасно та/або хворими (упродовж перших трьох років життя), а також медичну реабілітацію дорослих і дітей від трьох років з порушеннями функцій нервової системи чи опорно-рухового апарату.

Для того аби надати визначені пакети медичних послуг з медичної реабілітації й отримати за це кошти, лікувальні заклади повинні «озброїтися» відповідним обладнанням (до речі, високовартісним) і спеціалістами, яких наразі в Україні обмаль. Водночас амбулаторні послуги з медичної реабілітації (ті, що не входять до окремих пакетів чи надаються в

стаціонарних умовах) НСЗУ оплачуватиме за Програмою медичних гарантій у межах, передбачених на амбулаторну допомогу. Зокрема, йдеться про проведення планової реабілітації дорослим і дітям. (Систему реабілітації переводять в активний режим. Ваше здоров'я. 2019. Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/systemu-reabilitatsiyi-perevodyat-v-aktyvnyj-rezhym/>)

Сучасні підходи чітко визначають: реабілітацією повинна займатися мультипрофесійна команда. Зрозуміло, що лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) – ключова фігура в ній, однак на 1 такого спеціаліста має припадати 8 фізичних терапевтів (ФТ), 4 ерготерапевти (ЕТ), 2 медсестри, 1 логопед, 1 соціальний працівник і 1 медичний психолог. Така мультипрофесійна команда буде дієздатною й ефективною.

Згідно з результатами світових досліджень рання реабілітація професійних м'язово-скелетних розладів сприяє економії коштів на медичні витрати на 64% і зниженню витрат, які пов'язані з обмеженням життєдіяльності, на загальну вартість до 80%. При цьому вартість ранньої реабілітації на 56% є нижчою.

4) Повноваження органів виконавчої влади стосовно реабілітації неповносправних осіб в Україні

Постановою Кабінету Міністрів України від 14.03.2018 № 238 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України» було внесено зміни до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення (особи з інвалідністю) і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 (далі – Порядок). Новою редакцією Порядку передбачено ефективний розподіл повноважень органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в реалізації бюджетної програми 2507030 «Заходи із соціальної, трудової та професійної реабілітації інвалідів» щодо забезпечення пільгової категорії населення технічними та іншими засобами реабілітації, запровадження

адресного підходу до забезпечення ними осіб зазначеної категорії виробами та нового механізму їх фінансування за принципом «гроші ходять за людиною», побудованого на принципі адресності та прозорості.

Забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виплата компенсації здійснюється у межах відповідних бюджетних призначень, передбачених Міністерством соціальної політики України у державному бюджеті. Міністерство соціальної політики України визначає обсяги бюджетних коштів за напрямками їх використання в межах виділених коштів, передбачених у державному бюджеті, для забезпечення:

- протезно-ортопедичними виробами, в тому числі ортопедичним взуттям;
- спеціальними засобами для самообслуговування та догляду;
- засобами для пересування;
- допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому;
- меблями та оснащенням;
- спеціальними засобами для орієнтування, спілкування та обміну інформацією.

Витяг з Наказу Міністерства соціальної політики України № 59 від 29.01.2016 року «Про організацію забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації».

«Затвердити Граничні ціни на технічні та інші засоби реабілітації для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, що додаються.

Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією:

- мобільний телефон для письмового спілкування - 3 252 грн.
- аудіоплеєр - 861 грн.
- годинник механічний - 690 грн.
- годинник електронний - 240 грн.

Література

Основна.

1. Попадюха Ю.А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: [навч. посібник] / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 300 с.
2. Попадюха Ю.А. Сучасні роботизовані комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: [навч. посібник] / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 324 с.
3. Попадюха Ю.А. Сучасні комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: [навч. посібник] / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 656 с.
4. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» / зі змінами і доповненнями згідно редакції [«Відомості Верховної Ради України»]. – 2019. – № 47. – Ст. 310.
5. Міжнародна Конвенція про права осіб з інвалідністю (в редакції від 06.07.2016 року): [електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71;
6. Бісмак О.В. Особливості організації діяльності реабілітаційних закладів в Україні / О.В. Бісмак // Освітологічний дискурс. – 2015. - № 4 (12). – С. 1-12.

Додаткова.

1. Берлінець І.А. Зарубіжний досвід в області медичної реабілітації: перспективи використання в Україні / І.А. Берлінець // Державне управління: удосконалення та розвиток [електронне видання]. – 2019. – Ст. 102. DOI: 10.32702/2307-2156-2019.4.100
2. Потреби осіб з інвалідністю – учасників антитерористичної операції в заходах медико-соціальної реабілітації: Посібник / Шевчук В.І., Беляєва Н.М., Яворовенко О.Б., Куриленко І.В. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2018. – 212 с.

3. Модель організації медико-соціальної реабілітації учасників АТО з інвалідністю: Методичні рекомендації / укл. Шевчук В.І., Беляєва Н.М., Яворовенко О.Б., Куриленко І.В. – Вінниця: 2018. – 32 с.

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності» // Відомості Верховної Ради України [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017/](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017/);

5. Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини Доповідь щодо ситуації з правами людини в Україні. 16 травня – 15 серпня 2018 року. – С. 10 [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.ohchr.org/Documents/Countries/UA/ReportUkraineMay-August2018_UKR.pdf

ЛЕКЦІЯ № 2.

Класифікація технічних засобів, які використовуються у процесі реабілітації різних категорій населення та осіб з особливими потребами

1) Нозологічні категорії осіб з особливими потребами.

Характеристика поняття «гандикапізм» у сучасній реабілітації.

Нозологія (грец. νόσος (хвороба) + грец. λόγος (вчення)) – вчення про хвороби, що містить біологічні та медичні основи хвороб, а також їхню етіологію, патогенез, номенклатуру і класифікації, профілактику захворювань. Відповідно до конкретної нозології виділяють нозологічні одиниці, або форми, тобто ту чи іншу конкретну хворобу з типовим для неї поєднанням симптомів і функціонально-морфологічними змінами, які є їх основою, а також певною етіологією й патогенезом.

Загальну нозологію становлять такі вчення і поняття:

- медицина – вчення про причини виникнення хвороб;
- патогенез – механізми виникнення та розвитку хвороби;
- патоморфологія – морфологічні зміни, що виникають при розвитку хвороб;
- вчення про номенклатуру і класифікацію хвороб;
- теорія діагнозу, тобто ідентифікація хвороб;
- патоморфоз – вчення про мінливість хвороб під впливом різних факторів;
- лікарські помилки та ятрогенії – хвороби і патологічні стани, які спричинює дія медичного персоналу.

Нозологічні форми – конкретні хвороби з типовим для них поєднанням симптомів і функціонально-морфологічних змін, а також певної етіології й патогенезу.

При будь-якій хворобі вражається цілісний організм, однак, як правило, можна виявити переважне ушкодження того чи іншого органу, системи органів. Відомо понад 20 000 нозологічних форм з урахуванням складності та різноманіття зв'язків між органами, великої кількості причин, шляхів і

механізмів тканинних ушкоджень. Нозологічні форми містять найбільш істотні клініко-анатомічні ознаки хвороби, що лежать в їх основі, причинно-наслідкові зв'язки, етіологічні, патогенетичні, функціонально-морфологічні фактори. У перебігу хвороби можуть з'являтися фактори, що змінюють клініко-анатомічну характеристику нозологічної форми, її плин і результат. Внаслідок цього виникає складний комплекс впливів, що зумовлює патоморфоз хвороби чи зміну причинно-наслідкових зв'язків із розвитком на тлі первинного захворювання інших нозологічних форм. Це пов'язано, з одного боку, зі збільшенням середньої тривалості життя населення, а з іншого – із прогресом медицини, внаслідок якого раніше невиліковні хвороби виліковуються, але можуть залишати тяжкі наслідки, що є причиною нового захворювання. Встановлено, що множинні хвороби комбінуються на основі конституціональних особливостей організму чи пов'язані з тим, що одна хвороба неначе відкриває дорогу іншій, знижуючи резистентність і змінюючи реактивність організму хворого. Серед людей літнього та похилого віку збільшується кількість пацієнтів із множинною патологією, а лише одна хвороба виявляється тільки у 1% пацієнтів віком понад 70 років. Дефекти імунної системи, наприклад при цукровому діабеті, захворюваннях кровотворної системи можуть бути підставою для виникнення інфекційних хвороб.

Загострення проблеми людського здоров'я зумовлює низку фундаментальних досліджень, які виокремлюються в галузі психології здоров'я, де стрижневими поняттями є «здоровий спосіб життя», «культура здоров'я» та ін. Слід зазначити, що проблеми здоров'я людей з особливими потребами в Україні мають визначену специфіку внаслідок слабкої соціальної захищеності осіб цієї групи населення. Це висуває перед вітчизняними науковцями низку проблем, результат розв'язання яких полягатиме у поліпшенні умов життя осіб з ознаками інвалідності, розробці психолого-педагогічних програм їхнього розвитку та реабілітації.

В цьому контексті особливо актуальним є проблема ставлення

здорових людей до осіб з особливими потребами (інвалідів), що в основному є негативним. Це зумовлюється поширенням явища «гандикапізму», як соціальної проблеми, і загостренням гандикапності, як індивідуальної риси особи з особливими потребами.

Міжнародне та національне законодавство у галузі прав інвалідів змінюється, відображаючи відповідні зміни настанов як у суспільства, так й в окремих індивідуумів, подібно тому, як це відбулося із законодавством в галузі громадянських прав інших меншин. Прогрес медичної науки в хірургії, біохімії, створенні штучних органів призвів до збільшення середньої тривалості життя інвалідів. Технологічні досягнення надають таким особам можливість бути більш мобільними. Створення нових протезів, часто з використанням комп'ютерних технологій, зменшує залежність інвалідів від інших і підвищує їхню інтеграцію в суспільні відносини. На сьогодні загально визнано, що будинки і тротуари повинні бути вільними від бар'єрів, а нові архітектурні стандарти повинні забезпечувати в'їзд і свободу переміщення інвалідних візків. Отже, інвалідів частіше можна бачити в громадських місцях. Школи повинні надати всім дітям, незалежно від ступеня інвалідизації, безкоштовні освітні програми, що відповідають їх індивідуальним можливостям в обстановці, що мінімально обмежує. Багато дітей, що раніше відвідували спеціалізовані навчальні заклади, тепер навчаються у загальноосвітніх школах. Всі діти-інваліди повинні по можливості вчитися разом з їхніми здоровими однолітками. Інтеграція учнів з інвалідністю в здорове середовище забезпечила можливість для більшості дітей шкільного віку мати однокласників з розумовою відсталістю, сенсорним дефіцитом, емоційними розладами або ортопедичними дефектами. Функціонують численні групи допомоги і самопомоги для інвалідів та їхніх родин. Інформованість суспільства про різні інвалідизуючі стани неухильно підвищується завдяки зусиллям засобів масової інформації (ЗМІ), що допомагають побачити, скільки завзятості й рішучості прикладають інваліди, щоб жити повноцінним життям. Але навіть

незважаючи на те, що юридичні, медичні, технологічні й архітектурні зміни підвищили ступінь інтеграції інвалідів в суспільство, саме по собі зростання взаємодії автоматично не формує позитивні чинники і не призводить до автоматичного зниження кількості негативних або стереотипних реакцій стосовно інвалідів.

На сьогоднішній день хоча б теоретично стала загальновизнаною ідея про необхідність використання трудового, інтелектуального, творчого потенціалу всіх соціальних груп населення, у тому числі й людей з обмеженими фізичними можливостями. Але у значної частини суспільства продовжує проявлятися упереджене відношення до можливостей людей зі статусом інваліда. Це, у свою чергу, робить самих інвалідів пасивними, байдужними до власного суспільного становища, змушеними шукати шляхи пристосування до життєвих ситуацій. А ці знайдені шляхи викликають протест у суспільстві, що сприймає інвалідів як тягар.

На сьогодні, інваліди викликають по відношенню до себе широкий спектр негативних емоцій і реакцій у суспільстві. Особливої ваги набувають агресія, ігнорування, насмішки, звинувачення, осуд, зневага, відраза, неприязнь, ненависть і ворожість.

Серед чинників, що впливають на формування та прояв гандикапності можна виділити професійну спрямованість, рівень освіти і культури, вікові та гендерні особливості особистості, її соціальний статус. Ступінь прояву гандикапних реакції залежить також від типу інвалідності (вади сенсорики, фізичні та психічні вади, фізіологічні та функціональні вади) та від того, є інвалідність вродженою, чи набутою.

Говорячи про залежність ступеню гандикапності від хвороби, що спричинила інвалідність, слід виділити категорію людей, що здобули інвалідність через психічні розлади. **Психічно хворі** – це категорія, яка найбільшою мірою підпадає під прояв гандикапізму. Це зумовлено, перш за все, реакціями страху, оскільки людина з даною хворобою може поводити себе неадекватно, агресивно, та, в окремих випадках, становить реальну

загрозу для суспільства, особливо, коли мова йде про шизофренію, манію переслідування тощо. З острахом сприймаються й інші психічно хворі, які не несуть в собі реальної загрози, мають довгі періоди ремісії, та блоковані медикаментозно чи психотерапевтично і можуть бути повноцінними членами суспільства. Як тільки оточуючі дізнаються про поставлений діагноз, людина автоматично переводиться в ранг ізольованої, викликає відчуження та страх, а часто – презирство та осуд.

На сьогоднішній день психічне захворювання все ще є стигмою, яка, по великому рахунку, вилучає людину з активного суспільного життя. В Україні зрідка можна зустріти працевлаштовану психічно хвору людину, значущим залишається питання гуманного відношення до даної категорії осіб. Натомість, в Польщі це питання давно й успішно вирішили з користю для обох сторін. Там стигма не є визначальною у сприйманні психічно хворих. Найчастіше такі люди працюють в невеликих фірмах і, навіть, мають кар'єрне зростання, виконуючи посильну роботу, що відповідає специфіці їхнього стану.

Відрізняється також ступінь прояву гандикапних реакцій стосовно інвалідів у залежності від того, як вона помічається та наскільки є помітною. Звідси витікає закономірність: чим помітнішою є вада, тим більш негативне ставлення викликає інвалід, та в більшій мірі піддається гандикапним проявам. Іноді людина з непомітними вадами приховує свою інвалідність, займає активну соціальну позицію та веде звичайний спосіб життя, не говорячи про труднощі, які при цьому відчуває. Відповідно гандикапні реакції по відношенню до неї не виникають. Але ситуація значно змінюється, якщо оточення людини дізнається про її інвалідність. Тепер людина починає оцінюватись через призму інвалідності, увага звертається на можливі труднощі у виконанні діяльності, їй приписуються риси, які відповідають стереотипізованому образу інваліда, падає її суспільна значущість в очах інших.

Однак, прояви гандикапізму стосовно людей з непомітними вадами

значно менші, ніж до інвалідів з фізичними вадами і вадами сенсорики. Якщо в першому випадку людина може приховати свою інвалідність, та має практично рівні можливості порівняно зі здоровими людьми, в другому випадку, ми маємо справу з людьми з суттєвими функціональними обмеженнями, які потребують створення спеціальних умов для наближення їх життя до рівня здорових людей. Таким людям важко, а іноді практично неможливо повноцінно адаптуватися в соціумі, який розрахований на здорову особистість.

Відчуваючи неможливість інтеграції в здорове суспільство такі люди часто створюють власний мікросоціум, у який входять лише інваліди з певними групами дефектів. Це відмежування відбувається вже з дитинства, коли інвалід вступає в спеціалізовану школу, розраховану на роботу саме з цією категорією дітей. Не спілкуючись зі здоровими однолітками за межами школи через їх небажання, неприйняття та негативне ставлення до інваліда, дитина опиняється ізольованою від суспільства, замкненою у певній мікрогрупі. Не маючи змоги самореалізуватися у соціумі, людина з особливими потребами може сформувати занижену самооцінку, відчуваючи свою несхожість на інших, та виробити комплекс неповноцінності - «гандикап».

Ця думка підтверджується багатьма дослідженнями психологів (Ставицький О.О., Цимбалюк В.І.; 2019), які наголошують, що фізичний дефект перешкоджає нормальному спілкуванню, гальмує засвоєння соціального досвіду. Особливе місце в групі вторинних дефектів посідають особистісні реакції на первинний дефект, що здебільшого виявляються в почутті власної неповноцінності в разі соціального порівняння.

Однак, слід зауважити, що більшість інвалідів прагнуть самостійно працювати, відповідати за своє життя, не сподіваючись на підтримку держави і часто досягають значних успіхів у обраній сфері діяльності.

Вираженість гандикапних реакції залежить також від того, є вада вродженою чи набутою. В цьому контексті слід зазначити, що вроджена

інвалідність викликає більший ступіть неприйняття, ніж набута. Це пов'язано з дією механізмів ідентифікації та емпатії. Отже, людина буде більш прихильно оцінювати іншу особистість, яка набула інвалідності через травму на виробництві, автомобільну аварію тощо, та зовсім по-іншому буде сприймати людину, яка народилась інвалідом. Це відбувається тому, що у першому випадку людина ідентифікує себе з інвалідом, розуміючи, що і вона могла б опинитись на його місці, відчуває до нього співпереживання та співчуття. Гандикапні реакції проявляються зрідка. В іншому ж випадку людина не знаходить з інвалідом нічого спільного, та відчуває до нього негативні емоції.

Рівень освіти і культури значно впливає на наявність гандикапності. Чим нижчим є рівень освіченості, тим ширшими і глибшими є прояви гандикапності, яка може набувати різних форм, від уникнення взаємодії до фізичної розправи.

Агресія, як прояв гандикапності, може бути вербальною та фізичною. Вербальна агресія може мати широкий спектр прояву, починаючи від недолугих коментарів щодо причин інвалідності, та закінчуючи образливими висловами зі застосуванням ненормативної лексики, що використовується для опису поведінки інваліда та його зовнішності.

Крайнім проявом гандикапності є фізична агресія, яка може виявлятися у формі побоїв, знущань тощо.

Заперечення специфічних потреб людини з обмеженими можливостями та нерозуміння особливостей її життя, спричинених інвалідністю, є проявом гандикапності, заснованим на низькому рівні культури та освіти. У даному випадку здорова людина повідомляє інваліду, що він такий як усі, і відповідно, створення для нього спеціальних умов є недоречним, і недоцільним. А якщо він не може адаптуватися до життя в здоровому суспільстві, то його місце дома.

Насміхання також є проявом гандикапності. Слід зазначити, що така реакція проявляється не лише в дитячому віці, а спостерігається і серед

певних категорій дорослих, які не в змозі зрозуміти, що інвалід – це перш за все особистість, така ж як і інші, за винятком певного, часто не суттєвого дефекту. Здивування та глузування в таких людей викликає те, що інвалід має такі самі потреби та інтереси, як і здорова людина, та прагне їх реалізувати.

Іншими проявами гандикапності, заснованими на низькому рівню культури є звинувачення та осуд. Актуалізуються ці прояви тоді, коли інвалід виявляє незадоволення своїм становищем в суспільстві чи ставленням до нього оточуючих. Реакцією на це гандикапної особистості є проголошення інваліда дармоїдом, людиною, що не приносить суспільству ніякої користі, живе за рахунок держави і має певні пільги.

Іноді при обговоренні проблем інвалідів люди, яким властива особливо виражена гандикапність стверджують, що вони на місці людини з обмеженими можливостями краще вчинили б суїцид, ніж жили б з суттєвими дефектами. Таким чином, інвалід підсвідомо засуджується за те, що він залишається живим, і навіть прагне покращити і налагодити своє життя. Більше того, людина з функціональними обмеженнями звинувачується у боягузливості, відсутності сили волі для здійснення самогубства.

Ще одним проявом гандикапності, що спостерігається у людей з низьким рівнем культури є відраза до інвалідів. Відраза зумовлена неестетичним виглядом людини з функціональними обмеженнями, її несхожістю на інших. Часто вроджені дефекти людини пояснюються тим, що вона з сім'ї алкоголіків чи наркоманів, побоювання викликає можливість заразитись, навіть при відсутності інфекційного джерела хвороби.

Чинником, що зумовлює прояв гандикапності є й професійна спрямованість. Говорячи про залежність негативного ставлення до інвалідів від професії, якою володіє особистість, можна припустити, що чим ближче за родом своєї діяльності особистість спілкується з інвалідом, тим меншою є наявність гандикапної риси. Це стосується лікарів, медичного персоналу, що працює в спеціалізованих закладах для інвалідів, вчителів і вихователів, що

працюють з дітьми з обмеженими можливостями. Це зумовлено, з одного боку, гуманістичним спрямування цих професій в цілому, оскільки у їх основі лежить прагнення допомогти людині, зробити її життя більш комфортним, вивести її на вищий рівень функціонування та життєдіяльності. З іншого боку, низький рівень гандикапних проявів у представників таких професій зумовлений їх звиканням до взаємодії з інвалідом, знанням проявів хвороби і специфіки життя. У даному випадку страх, тривога та ворожість, що є реакцією на незвичний соціальний об'єкт не проявляються та компенсуються альтруїстичними настановами.

Низький рівень гандикапності проявляється також у представників небезпечних професій, таких як військовий, міліціонер, пожежник тощо, але відносно лише набутих вад. Це пов'язано з тим, що ці люди кожного дня ризикують своїм життям і здоров'ям, і в будь-який момент часу, самі можуть стати інвалідами. Це передбачає дію механізмів емпатії та ідентифікації, завдяки яким інша особа сприймається позитивно, та не викликає неприязні чи відторгнення. Особливо це стосується людей, що безпосередньо приймали участь у військових діях, були свідками поранень, хвороб та інвалідизації своїх товаришів.

Гандикапність також залежить також від вікових особливостей. Прослідковуючи появу цієї риси в онтогенезі, слід зазначити, що дитина не народжується з її проявами. Гандикапність формується під впливом виховання, референтної групи, суспільства в цілому, засобів масової інформації. Дитина наслідує взірці поведінки, отримані від близьких їй людей, підсвідомо формуючи певне ставлення до різних соціальних об'єктів. Отже, якщо дитина дошкільного віку розвивається та виховується в сім'ї, де відсутні деструктивні поведінкові реакції, у неї, скоріш за все, гандикапність розвиватись не буде. Формування цієї риси відбувається тоді, коли дитина йде до школи, та провідним механізмом стає соціальне порівняння. Саме тоді відбувається актуалізація гандикапних реакцій, які не стримуються культурними та етичними нормами, які у цьому віці ще недостатньо

сформовані. В подальшому, розвиток цієї риси буде або гальмуватись виховними впливами і формуванням гуманістичних цінностей, або ж буде розвиватись під впливом негативних взірців поведінки чи референтної групи. В процесі подальшого розвитку особистості у ставленні до інвалідів зберігаються закріплені тенденції.

Слід проаналізувати також гендерний аспект явища гандикапності. Науковці припускають, що у жінок, у порівнянні з чоловіками дана риса проявляється менш яскраво. Це пов'язано з вищим рівнем емпатії, здатності жінки краще зрозуміти та усвідомлювати почуття оточуючих, можливості співчувати і співпереживати їм.

Виділені чинники, що впливають на сформованість і рівень прояву гандикапності є в певній мірі умовними, і не можуть поширюватись на всіх представників певних категорій населення, оскільки в основі формування ставлення до оточуючих, і до інвалідів, у тому числі, лежать індивідуально-специфічні особливості особистості, які є неповторними та унікальними.

Упередження здорової частини населення стосовно інвалідів або дискомфорт у спілкуванні з ними доступні модифікації за допомогою планованих втручань. З достатнім успіхом використовуються відвідування шкіл і різних установ, зустрічі з людьми й виступи в ЗМІ про положення інвалідів, групові дискусії, у яких аналізується динаміка забобонів і дії, спрямовані на те, щоб проникнути у переживання інвалідів. Контакт між інвалідами й здоровими людьми може ефективно підвищувати позитивні напрями, якщо обидві сторони мають рівний соціально-економічний статус. Симуляції (уявлення себе інвалідом дозволяє відчутти, що значить бути людиною з функціональними обмеженнями) також викликає позитивну динаміку.

2) Нозологічні категорії у фізичному вихованні й адаптивному (паралімпійському дефлімпійському) спорті.

Аналіз анатомо-фізіологічних зв'язків слухового аналізатора з іншими органами і системами організму показує, що пошкодження органу слуху може викликати наступні порушення: - рефлекторних рухових реакцій

на слухові подразники; - відчуття рівноваги; - функції окорухових м'язів; - функції оральних, артикуляцій, фарин- і ларингеальних м'язів; - несвідомих автоматичних рухів, що забезпечуються екстрапірамідною системою; - вегетативних реакцій організму

Фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань, а саме. - вестибулярне тренування; - вдосконалення просторового орієнтування; - розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети; - швидкість перемикання уваги з ціллю кращого орієнтування; - вдосконалення реакції за вибором; - підвищення швидкості рухових реакцій; розширення м'язово-рухових уявлень; збільшення об'єму рухової пам'яті.

Особливі акценти у процесі розвитку вмінь і навиків при глухоті: - вміння раціонально аналізувати ситуацію; - здатність встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями; - раціональний розподіл фізичних зусиль

Основні засоби фізичного виховання: - загальнорозвивальні фізичні вправи; - циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді); - дихальні вправи (з тривалим видихом); - вправи для зміцнення м'язів хребта; - вправи для розвитку координації; - елементи гімнастики; - елементи акробатики; - аеробіка; - танцювально-ритмічні вправи; - танці; - види спорту: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, бочче, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, хокей, хокей із м'ячем, шашки, шахи.

В спеціальних школах дітей з порушенням зору поділяють на групи: - з повною відсутністю зору; - що мають світловідчуття, що дозволяє розрізняти світло і тінь; - володіючих залишковим зоровим сприйняттям, що дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів; - з гостротою зору від 0,01 до 0,04, що дозволяє зорово орієнтуватися при пересуваннях і розрізняти на деякій відстані форми предметів і яскраві кольори; - з гостротою зору від 0,05 до 0,08, при якій можливо: сприймати контури предметів, колірні відтінки, розрізняти предмети, що рухаються, на відстані, бачити контрастні зображення, контури, кольорові ілюстрації, читати

крупний шрифт; - з гостротою зору від 0,09 до 0,2 і вище, що дозволяє зорово орієнтуватися у просторі, контролювати свій трудовий процес, сприймати спеціальний навчальний матеріал, читати, писати. У спеціальних школах для сліпих за статистикою близько 84 % осіб, що навчаються, є слабкозорими, і 16 % – сліпими.

Специфічні завдання фізичного виховання людей з дефектом зору:

- розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу; сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору в цілому; - вдосконалювати навички орієнтування у просторі за допомогою непошкоджених сенсорних систем; - ліквідувати скутість і обмеження рухів; - розвивати здатність відчувати і оцінювати швидкість рухів, їх амплітуду, ступінь напруги і розслаблення м'язів; - удосконалювати всі характеристики рухів; - розширювати рухові уявлення, рухову пам'ять, об'єм рухових вмій; - коректувати недоліки фізичного розвитку, розвивати спритність, силу; - при слабкозорості – розвивати зорово-моторні реакції.

Засоби: вправи для хребта; дихальні вправи; ритмічна гімнастика; рухливі ігри; аеробіка; вправи на розслаблення; плавання; вправи для очей; боротьба; гімнастика; волейбол; танці; гандбол; торбол; міні-футбол.

Тифлотехніка фізичної культури – сукупність тифлологічних приладів і пристосувань, які допомагають незрячим людям опанувати рухи тіла, займатися спортивною ходьбою, бігом, стрільбою, плаванням та ін.

Сюди відносяться тактильні і вібраційні дисплеї, візуальні дисплеї для слабкозорих, полісенсорні діагностичні пристрої, засоби оптичної корекції, аудіовізуальні прилади і апарати, що запам'ятовують електронно-оптичні системи, спеціальні замкнуті телевізійні пристрої з відеозаписом, апаратура, призначена для визначення еталонів і порівняння.

Методи навчання спортивній техніці. Заняття АФВ повинні проводитися з використанням тифлологічних пристосувань, поліпшуючих орієнтування незрячих людей і забезпечуючих безпеку під час занять.

Важлива точна оцінка тренером (або його помічником) здійснення рухів, передбачених кожною методикою.

У фізичному вихованні і спорті інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату виділяють такі нозології, як стани після ампутації кінцівок, стани після травм спинного мозку і поліомієліту і дитячий церебральний параліч.

Завдання і засоби АФВ при порушеннях опорно-рухового апарату.

До загальних завдань відносяться: - відновлення центру тяжіння тіла; - відновлення м'язового балансу; - корекція деформацій опорно-рухового апарату в цілому, постави; - розвиток координації, спритності, витривалості, гнучкості; - ліквідація патологічних компенсацій.

Специфічні завдання: - відновлення симетрії тіла (плечового і тазового поясу); - вдосконалення відчуття рівноваги; - відновлення рухливості в проксимальних від ампутації суглобах і здорових кінцівках;

- розвантаження суглобів, що випробовують щонайбільші навантаження у зв'язку із зсувом центру тяжіння тіла; - корекція порушень постави; - розвиток сили м'язів в проксимальних від ампутації сегментах;

- збільшення сили і витривалості м'язів спини, нижніх кінцівок і черевного пресу; - профілактика плоскостопості й атрофії кукси.

Засоби АФВ (при ампутації): вестибулярне тренування; дихальні вправи; вправи на розслаблення (метод Ловицької); на відновлення симетрії плечового поясу, тазу і тону м'язів спини, для глибоких і поверхневих м'язів спини; силові; на збільшення амплітуди рухів; на диференціацію м'язових зусиль, які вдосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети; вправи з профілактики плоскостопості.

Адаптивне фізичне виховання при розумовій відсталості

Розумова відсталість – широке поняття, що означає яку-небудь інтелектуальну недостатність, що виникла в період формування психіки*. За

визначенням ВООЗ, це значне зниження основних інтелектуальних

функцій.

Для визначення рівня розвитку інтелекту в сучасній психіатрії використовується IQ¹: – коефіцієнт інтелектуального розвитку. Нормальні значення IQ знаходяться в межах 85-100 %. Виділяють чотири ступені зниження інтелекту (%): легка – IQ від 50-55 до 70 %; поміркована – IQ від 35-40 до 50-55 %; важка – IQ від 20-25 до 35-40 %; глибока – IQ нижче 20-25. IQ - відношення «інтелектуального віку» (віку, якому відповідає розвиток дитини) до паспортного віку, виражене у відсотках. Наприклад, при інтелекті дитини 10 років, відповідному 5 рокам: $10 = 5 \cdot 10^{-1} \cdot 100 \% = 50 \%$.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – вияв незрілості психомоторних функцій в результаті сповільненого розвитку морфофункціональних систем мозку під впливом різних негативних чинників.

До соціальних, а не до медичних, відноситься проблема затримки інтелектуального розвитку внаслідок педагогічної занедбаності.

Аутизм – стан відходу від реальності і відмова від спілкування. Це серйозна проблема в роботі з людьми з розумовою відсталістю.

При розумовій відсталості виділяють наступні рухові порушення: - моторна імбецильність – загальне недорозвинення моторики; - моторний інфантилізм – затримка розвитку моторики; - екстрапірамідна недостатність – відсутність або недорозвиток асоційованих, автоматичних і захисних рухів, міміки, мови; - фронтальна недостатність – відсутність формул рухів і здатності їх виробляти, порушення мови, надмірне збудження, недостатність уваги, безпідставна ейфорія.

Процес фізичного виховання розумово відсталих дітей має наступні специфічні особливості: - вимагає більшого терпіння з боку викладача (результат настає в середньому через 2 роки); - викладач знаходиться в більшій залежності від розташування духу і мотивації учня; - агресія учня – одна з форм контакту; - викладачу не можна піддавати критиці, примушувати учнів, допускати їх перевтому. Не слід пильно дивитися в очі учням; - необхідна рівна позитивна тональність викладача в спілкуванні; - необхідно

створювати атмосферу радості, зацікавленості, ентузіазму.

Категорії інвалідності в адаптивному спорті. Спортсмени, які беруть участь в Паралімпійських спорту, згруповані у десять основних категорій, в залежності від їх типу інвалідності: Фізичні вади – є вісім різних видів фізичних вад для цілей паралімпійського руху:

- порушена м'язова сила – з порушеннями у цій категорії, сила, створена м'язами, такими як м'язи однієї кінцівки однієї сторони тіла і нижньої половини тіла, знижена, наприклад, через травму спинного мозку, *spina bifida* або поліомієліт;

- порушений пасивний діапазон руху – діапазон руху в одному або декількох суглобах систематично зменшений. Гострі стани, такі як артрит, сюди не входять;

- втрата кінцівки або її частини – повна або часткова відсутність кісток або суглобів через часткову або повну ампутацію внаслідок хвороби, травми або вроджена недостатність кінцівки (наприклад, *dysmelia*);

- різниця в довжині ніг – значне вкорочення кістки в одній нозі через вроджену недостатність або травму;

- короткий зріст – зріст зменшений за рахунок укорочених ніг, рук і тулуба, які є наслідком дефіциту кісткової або хрящової структури опорно-рухового апарату;

- гіпертонія – гіпертонія відзначається аномальним збільшенням м'язової напруги та зменшенням здатності м'язів розтягуватися. Гіпертонія може виникнути в результаті травми, хвороби або синдромів, які пов'язані з пошкодженням центральної нервової системи (наприклад, ДЦП);

- атаксія – це порушення, яке полягає у відсутності координації м'язових рухів (наприклад, ДЦП, атаксія Фрідрейха);

- атетоз – в цілому характеризується незбалансованими, мимовільними рухами і складністю підтримки симетричної пози (наприклад, ДЦП, хореоатетоз);

- порушення зору – спортсмени з порушенням зору, починаючи

від часткового зору, достатньо слабкого, щоб бути визнаним юридично сліпим, до повної сліпоти. Це включає в себе порушення одного або кількох компонентів зорової системи (структури ока, рецепторів, шляху зорового нерву і зорової кори).Зрячі гіді для спортсменів з порушенням зору є такою тісною і істотною частиною змагання, що спортсмен з порушенням зору і його гід розглядаються як команда;

- вади розумового розвитку – спортсмени з істотним порушенням інтелектуального функціонування і пов'язаними обмеженнями в адаптивній поведінці. МПК насамперед опікується спортсменами з фізичними вадами, але групи інвалідності «Вади розумового розвитку» була додана до деяких Паралімпійських ігор. Вона включає в себе тільки елітних спортсменів з інтелектуальними порушеннями, діагностованими у віці до 18 років. А от визнана МОК Спеціальна Олімпіада відкрита для всіх людей з обмеженими інтелектуальними можливостями.

Основним компонентом Паралімпійського спорту є класифікація, яка забезпечує структуру для конкуренції, яка дозволяє спортсменам конкурувати проти інших з подібними вадами або аналогічним рівнем фізичної функції. Це схоже за метою на розподіл вагових і вікових категорій, що використовуються в деяких видах спорту для здорових спортсменів.

Атлетів класифікують за допомогою різних процесів, які залежать від групи інвалідності і виду спорту, в якому вони беруть участь. Оцінювання можуть включати фізичне або медичне обстеження, технічну оцінку того, як спортсмен виконує певні фізичні функції, що пов'язані з його видом спорту, і спостереження під час і поза змаганнями. Кожен вид спорту має свої специфічні системи класифікації, які є частиною правил виду спорту.

3) Технічні засоби, які використовуються у процесі реабілітації різних категорій населення та осіб з особливими потребами, в адаптивному фізичному вихованні та спорті, в навчальному процесі

- Інформаційно-комунікаційні технології підтримки інклюзивного навчання в закладах вищої освіти: основні проблеми, з якими стикається

молодь з функціональними обмеженнями на шляху до отримання вищої освіти. Необхідність забезпечення доступності вищої освіти для кожного члена суспільства. Переваги дистанційного навчання, особливо значущі для осіб з функціональними обмеженнями; охарактеризовано види моделей навчання відповідно до взаємодії між викладачем і студентами у часі й просторі. З точки зору технічних засобів реабілітації, розкрито зміст поняття «електронна бібліотека», визначено переваги використання електронних бібліотек для здобуття вищої освіти особами з особливими потребами. Доцільність впровадження Інтернет-обчислювальних середовищ (ІОС), в т. ч. хмарно-орієнтованих, у процесі навчання у закладах вищої освіти медичного або реабілітаційного профілю. Технічні характеристики і переваги використання ІОС CoCalc. Приклади виконання елементарних обчислень засобами CoCalc. можливості застосування ІОС CoCalc для самостійної роботи студентів з особливими потребами. Необхідність підготовки викладачів закладів вищої освіти до більш широкого застосування у навчальному процесі інформаційно-комунікаційних технологій. Характеристика технічних пристроїв і програмного забезпечення, мінімального набору апаратних і програмних засобів, що забезпечують робоче місце студента з особливими потребами.

- Симуляційні технології в начальному процесі з напрямку «Охорона здоров'я».

Історія медичної симуляції налічує багато тисячоліть і нерозривно пов'язана з розвитком медичних знань, науково-технічного прогресу та військовими замовленнями. Так, успіхи хімічної промисловості зумовили появу пластмасових манекенів, прогрес комп'ютерних технологій визначив створення віртуальних тренажерів і симуляторів пацієнта. Багато сучасних проектів зі створення симуляторів мали прикладне військове значення і фінансувалися оборонними відомствами.

Віртуальна операційна. Як метод навчання симуляція має численні переваги: зниження шкоди здоров'ю пацієнта під час хірургічних втручань;

скорочення часу, необхідного для засвоєння навички у клінічному середовищі; можливість повторного проведення процедур, які у звичайній практиці проводять зрідка, і можливість оцінити якість дій студента. Показники продуктивності симуляторів віртуальних операційних підтверджують важливість їх використання, оскільки продуктивність оцінює комп'ютер автоматично, що повністю виключає суб'єктивний чинник і дає змогу спиратися лише на об'єктивні дані. Найбільш часто сучасні симулятори віртуальних операційних використовують при тренуванні навичок окремих напрямів хірургії. Симулятори дають змогу відрізнити дії початківця від досвідченого хірурга. Студенти, які пройшли симуляційний тренінг, виконують більш складні процедури з кращим результатом, порівняно з тими, хто не мав можливості тренуватися у віртуальних операційних.

Початку 2000-х років – істотне зростання симуляційних технологій, з охопленням дедалі більшого спектру напрямів охорони здоров'я. Пропонуємо кілька прикладів.

Доктор Стів Доусон (Steve Dawson), керівник дослідницької групи SimGroup в Массачусетс Дженерал Хоспітал (Бостон, США), опублікував у 2000 році дані про розроблений спільно з японською компанією Міцубісі Електронік (Mitsubishi Electronics) симулятор для тренінгу з інтервенційної кардіографії. Надалі розробка була придбана шведською компанією Mentice, і сьогодні цей віртуальний тренажер широко відомий під торговою маркою VIST, пропонується більше 20 груп симуляційних вправ з ангиографії різних органів і систем організму людини для більш ефективного навчання студентів.

Ізраїльська компанія MedSim ще до придбання симулятора пацієнта CASE-Eagle розпочала розробку віртуального тренажера ультразвукової діагностики UltraSim. Його перші моделі були продані в 1997 році, а після того як у 2000 році виробництво симулятора пацієнта припинилося, фірма зосередилася на власному винаході.

За першу декаду XXI століття було сконструйовано віртуальні тренажери зі стоматології, нейрохірургії, ортопедії, артроскопії, хірургії очних і ЛОР-захворювань. Нині вже важко назвати спеціальність, у якій би не існувало віртуального симулятора для відпрацювання тієї чи іншої маніпуляції, втручання.

У наш час сотні роботів-симуляторів і тисячі манекенів щорічно поповнюють армію віртуальних пацієнтів і надходять «на лікування» в симуляційні центри по всьому світу.

Розпочинаючи з 2007 року сенат США тричі ухвалював Закон про державне фінансування розвитку симуляційних технологій у медичній галузі.

У Європі на установчому з'їзді (1994, Копенгаген) було створено Європейське товариство симуляційного навчання в медицині SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine), яке проводить авторитетні конференції. Пізніше було створено міжнародне Товариство симуляції в охороні здоров'я SSIH (Society for Simulation in Healthcare) зі штаб-квартирою в Міннеаполісі (США), яке також проводить щорічні конференції з симуляційного навчання в охороні здоров'я (IMSH), але вже на американському континенті. Крім того, суспільство здійснює добровільну сертифікацію симуляційних центрів і видає журнал «Симуляція в охороні здоров'я» (головний редактор журналу – піонер симуляційних технологій Девід Габа, професор, керівник симуляційного центру Стенфордського університету).

Симуляційні технології класифікуються залежно від рівня реалістичності технічного засобу симуляції: візуальні, тактильні, реактивні, автоматизовані, апаратні, інтерактивні та інтегровані. Саме симулятори можуть багаторазово і точно відтворити важливі клінічні сценарії і надають можливість адаптувати навчальну ситуацію для кожного студента. Варто зазначити, що у процесі застосування даної технології важливим є не тільки наявність симуляторів, манекенів, фантомів, а й педагогічна майстерність і досвід самого викладача. Впровадження в навчальний процес симуляції

навчання пред'являє до науково-педагогічних працівників вимоги про знання і вміння використовувати спеціальні технології викладання в різних спеціальностях, наприклад – в терапії, хірургії, акушерстві та гінекології, травматології, ендокринології, анестезіології та реаніматології, фізичній терапії та ін. Використання імітаційного навчання веде до підвищення ролі та відповідальності науково-педагогічних кадрів і технічного персоналу. У зв'язку з цим поява можливостей в організації фантомного і симуляційного навчання студентів бачиться нам як перспективний напрям у навчальному процесі.

- Інформатизація реабілітаційних університетських клінік.

Реабілітаційна клініка на базі університету є його структурним підрозділом та являє собою організацію з поєднанням різногалузевих знань і компетенцій; студентів, штатних і залучених співробітників; різних процесів діяльності (реабілітаційна практика, наукові дослідження, навчання, аналітика та розробки, тощо), що створює певні труднощі в моделі управління: - побудова оптимальної організаційної структури; - розрахунок завантаження персоналу роботою; - моделювання та оптимізація процесів діяльності; - оцінка часу та вартості виконання робіт; - розподіл функціональних обов'язків і відповідальності; - генерація посадових інструкцій і регламентів; - контроль ключових показників діяльності; - формування інформаційної бази знань організації; - забезпечення швидких та ефективних змін у структурі. На даний час єдиним можливим способом досягнути ефективного вирішення цієї задачі є наскрізна інформатизація роботи на основі використання програмних комплексів для моделювання та побудови організаційних структур, систем штучного інтелекту та власних реабілітаційних алгоритмів, що забезпечує вирішення комплексу завдань процесу підготовки фахівців у галузі охорони здоров'я, фізичної терапії та ерготерапії.

- Інтеграція студентів з особливими потребами забезпечується через упровадження спеціальних освітніх технологій і технічних засобів

навчання, а також педагогічного, психологічного, соціального, медико-реабілітаційного та фізкультурно-спортивного супроводу. **Інклюзія** – це особлива система навчання, яка передбачає індивідуальний підхід до студентів усіх нозологій, відповідно до їхніх освітніх потреб, вимагає змін на всіх рівнях освіти і, передусім, формування безбар'єрного освітнього середовища. Для забезпечення інклюзії студента з інвалідністю в навчально-виховний процес слід насамперед урахувати й максимально компенсувати труднощі сприйняття навчального матеріалу студентами із сенсорними вадами. На сучасному етапі інклюзія неможлива без упровадження в навчальний процес і позааудиторну діяльність інформаційних і комп'ютерних технологій.

Для забезпечення ефективного навчання студента з особливими потребами викладачі інституту мають ураховувати й максимально компенсувати труднощі сприйняття навчального матеріалу студентами із сенсорними вадами. **У навчальному процесі потрібно використовувати технічні засоби** (мультимедійна техніка, копіювальні прилади, системи підсилення звуку, диктофони, слухові апарати, ноутбуки). Для студентів із проблемою пересування важливим є наявність пандусів, ліфтів, спеціальних меблів. Для організації самостійної роботи студентів важливе забезпечення доступу до фондів бібліотеки, що передбачає зручне розміщення каталогів і літератури в читальних залах. Суттєвим доповненням до такої системної діяльності є організація постійної медико-реабілітаційної допомоги й залучення студентів-інвалідів до систематичних занять з адаптивного фізичного виховання та спорту.

Державна політика України в галузі спорту інвалідів зорієнтована, з одного боку, на підтримку й стимулювання параолімпійського та дефлімпійського спорту як спорту вищих досягнень, а з іншого – на розвиток фізкультурно-реабілітаційного й фізкультурно-спортивного руху. Важливим складником державної політики України в галузі спорту інвалідів є забезпечення розробки спеціальних навчальних програм підготовки фахівців

із фізичного виховання та спорту для реабілітаційної й спортивної роботи з інвалідами різних нозологій, активізація наукових досліджень у галузі спорту інвалідів, підготовка та випуск посібників і підручників. Знання в галузі спорту інвалідів належать до професійно орієнтованих знань та вмінь магістрів олімпійського й професійного спорту.

Починаючи з 1996 р., спортсмени-інваліди України регулярно беруть участь у міжнародних змаганнях. Із кожним роком їхні виступи стають усе більш успішними. З іншого боку, при високому рівні розвитку спорту інвалідів визнається відсутність або недостатня кількість спеціалістів, які володіють необхідними знаннями і навичками, спроможні успішно працювати з особами з відхиленнями фізичного й розумового розвитку. У наукових працях щодо спорт інвалідів розглядається як частина міжнародного олімпійського руху. Гуманне, дбайливе та милосердне ставлення до дітей та молоді, які позбавлені вести повноцінне життя внаслідок наявності вад фізичного й психічного розвитку, є одним із найважливіших показників прогресивного розвитку суспільства. Сьогодні розвиток неповноспроможних із дитинства та неповносправних інших категорій перебуває у фокусі суспільного життя й за станом інвалідів, особливо інвалідів із дитинства, можна визначити морально-психологічний клімат суспільства, його економічні можливості.

- Характеристика технічних засобів реабілітації осіб з особливими потребами: - засоби пересування (крісла колісні); засоби для ходіння, які керовані однією рукою (палиці, милиці); - протезно-ортопедичні вироби; - засоби для ходіння, які керовані обома руками (ходунки); - меблі та оснащення; - допоміжні засоби для особистого догляду та гігієни; - комплект протезно-ортопедичних виробів; - протези молочної залози; - спеціальні засоби для самообслуговування та догляду; - допоміжні засоби для переміщення або переносу та підйому. Особливості експлуатації, технічний огляд, правила навчання особи з особливими потребами.

Література

Основна.

1. Буйницька О.П. Інформаційні технології та технічні засоби навчання: [навчальний посібник для студ. вищ. навч. закладів] / О.П. Буйницька; МОНМСУ, Київський університет ім. Б. Грінченка. – Київ: Центр учбової літератури, 2018. – 240 с.
2. Запорожан В.М., Тарабрін О.О. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи. [Практичний poradnik]. Суми: ПФ «Видавництво “Університетська книга”», 2018. – 240 с.
3. Ставицький О.О. Особливості прояву гандикапності у представників різних професій. // Теорія і практика сучасної психології. – 2019, № 1, Т.1. – С. 105–109.
4. Ставицький О.О., Цимбалюк В.І. Соціальна девіація та віктимність: психолого-юридичний аспект. – Львів: «Новий Світ-2000», 2019. – 214 с.
5. Сучасні засоби ІКТ підтримки інклюзивного навчання: [навчальний посібник] / [А.В. Гета, В.М. Заїка, В.В. Коваленко та ін.]; за заг. ред. Ю.Г. Носенко. – Полтава : ПУЕТ, 2018. – 261 с.

Додаткова.

1. Інновації у вищій медичній та фармацевтичній освіті України (з дистанційним I-66 під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку): матеріали XVI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 16–17 трав. 2019 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І.Я. Горбачевського. – Тернопіль: ТНМУ, 2019. – 332 с.
2. Крючко Т.О. Методологія симуляційного навчання / Т.О. Крючко, Т.В. Кушнерева, В.П. Харшман // Актуальні питання контролю якості освіти у вищих медичних навчальних закладах : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 22 березня 2018 р. – Полтава, 2018. – С. 136-137.
3. Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2018: матеріали Всеукраїнської науково-методичної відеоконференції з міжнародною участю (25-26 квітня 2018 року, м. Запоріжжя). – Запоріжжя,

2018. – 171 с.

4. Міністерство соціальної політики України: [офіційний Web-Portal]. Каталог технічних засобів реабілітації 2019. Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/content/katalog-2018.html>.

5. Фактор розвитку: [онлайн-платформа для освітян]. Каталог: корекційна педагогіка / реабілітація 2020. Режим доступу: <https://factor-r.com.ua/katalog/korektsijna-pedagogika-reabilitatsiya/tehnichni-zasobi-reabilitatsiji/>

ЛЕКЦІЯ № 3

Реабілітаційно-тренувальні комплекси в системі реабілітації та соціальної адаптації людей, які користуються візками: характеристика, експлуатація, правила техніки безпеки.

1) Технічні характеристики реабілітаційно-тренувальних комплексів

Реабілітаційно-тренувальні комплекси для відновлення функцій опорно-рухового апарату умовно поділяють на універсальні та локальні.

Багатофункціональні комплекси для фізичної реабілітації травм і ушкоджень опорно-рухового апарату є об'єднаною системою розвантаження ваги пацієнта і реабілітаційної доріжки з паралельними брусами. Багатофункціональні комплекси є унікальними технічними засобами фізичної реабілітації, які також застосовуються у фізіотерапії, ортопедії, неврології та спортивній медицині та інших спільних напрямках відновного лікування.

Основні технічні характеристики: - наявність системи розвантаження ваги пацієнта; - реабілітаційна бігова (крокова) доріжка є довговічною і не вимагає спеціального технічного обслуговування; - еластична бігова поверхня, що зменшує навантаження на пошкоджені суглоби, сухожилля і м'язи; - деталізоване налаштування параметрів швидкості; - плавне прискорення швидкісних параметрів; - відображення параметрів на інформаційному дисплеї.

Крім цього, багатофункціональні реабілітаційно-тренувальні комплекси, зазвичай, мають надійні бігові полотна і пристрої для кардіотренування, що спрямовані на покращення медичних показників пацієнта (клієнта).

Ширина бігове полотно шириною 60 см. Алюмінієві пластини мають міцний профіль і не вимагають додаткового догляду покриття зі спеціальної еластичної і довговічної гуми, гарантують безпечне зчеплення і рух клієнта.

Реабілітаційні бігові доріжки (SPRINTEX) завдяки еластичному

покриттю кожної пластини, – вбирають в себе ударне навантаження, ефективно запобігаючи поширенню переломів в поперековому відділі хребта, або сакральному сегменті та суглобах нижніх кінцівок.

Приводний механізм гарантує точне вимірювання швидкості та відстані. Для базових моделей швидкість змінюється від 0 км•год⁻¹ до 13 км•год⁻¹. Можливе налаштування максимально низьких швидкостей. На сучасному дисплеї відображуються значення швидкості, часу, дистанції, кута нахилу, артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Бігове полотно складається з 120 шарикопідшипників, що запобігає різним видам тертя та ковзання. Тому, багатофункціональні реабілітаційно-тренувальні комплекси, зазвичай, працюють дуже тихо (близько 60 дБ), комфортно й економічно.

Вибір і налаштування індивідуальних реабілітаційних програм дає можливість досягнення високих результатів як у відновному лікуванні так і в кондиційному тренуванні. Можливе зовнішнє управління реабілітаційним комплексом. Двосторонні й ергономічні поручні дозволяють здійснювати безпечні реабілітаційні процедури.

Локальні реабілітаційні комплекси призначений для відновлення рухових функцій верхніх та або нижніх кінцівок. Основні напрями функціонування: фізична терапія, фізична реабілітація після травм і пошкоджень, при захворюваннях нервової системи, опорно-рухового апарату у ревматологічних і кардіологічних пацієнтів, після протезування.

Є ефективними в постінсультній реабілітації пацієнтів. На комплексі одночасно можуть займатися одночасно один або кілька пацієнтів по черзі та одночасно (за бажанням замовника локальні реабілітаційні комплекси можуть бути укомплектовані різною кількістю тренажерів). Локальні реабілітаційні комплекси можуть мати базову, середню або максимальну комплектації. Реабілітаційний комплекс РК-1, може бути оснащений:

- (базова комплектація). Реабілітаційний комплекс РК-1, до якого входить: ТРВН-1; ТРВК-1; ТМК-1; ТРВМ-1;
- (середня комплектація). Реабілітаційний комплекс РК-1, до якого входить:

ТРВН-1; ТРВК-1; ТМК-1; ТРВМ-1; ТРНП-1; ТРНГ-1;

- (максимальна комплектація). Реабілітаційний комплекс РК-1, до якого входить: ТРВН-1; ТРВК-1; ТМК-1; ТРВМ-1; ТРНП-1; ТРНГ-1; Тр-М8; Тр-М7, ДДВП-1; Тр-М5.

Електромеханічне обладнання для безперервної пасивної фізичної терапії (системи безперервного пасивного руху):

Система безперервного пасивного руху колінного суглоба Тр-Е1. Тренажер для колінного суглобу використовується для лікування травм колінного та кульшового суглобів, реабілітації після інсультів, післяопераційної реабілітації та відновного лікування захворювань суглобів, таких як: - післяопераційна реабілітація на колінному та кульшовому суглобі (артроскопічні та відкриті втручання, ендопротезування); - розтягнення суглобів і контузія; - післяопераційне лікування переломів, контрактури різного походження, стан після артропластики. Технічні дані: - РК-дисплей; - кут руху, швидкість і час можна регулювати за допомогою цифрового обладнання; - обертання автоматичне, запобігання перевантаженню; - швидкість: 9 рівнів ($0,5 \cdot c^{-1}$ - $3,5 \cdot c^{-1}$); - кут обертання: 0° - 120° ; - найдовший час роботи без зупинок: 240 хв.

Система безперервного пасивного руху суглобів пальців рук Тр-Е2. Призначений для розробки кистей і пальців рук, для витяжки пальців, при травмі пальців або при геміплегії пальців, при постінсультній реабілітації. Універсальність і ефективність: підганяється за розміром до кисті. Портативність: легко використовувати як у клініці, так і вдома. Як доповнення можна використовувати тренажер для відновлення рухливості зап'ястя, що діє по тотожному принципу. Технічні дані: - РК-дисплей; - кут руху, швидкість і час можна регулювати за допомогою цифрового обладнання; - довжина стенду регулюється не більше 50 мм; - кут діапазону руху суглоба: 0° - 150° .

Система безперервного пасивного руху суглобів зап'ястя Тр-Е3. Призначений для комфортного і безболісного відновлення рухливості

променево-зап'ястного суглоба, для запобігання ускладнень, пов'язаних з тривалою іммобілізацією (нерухомістю). Сприяє швидкому відновленню хрящових зон і пошкоджених зв'язок зап'ястя, прискорює розсмоктування гематом, а також і покращує кровообіг, допомагає відновити рухливість після інсульту. Технічні дані: - РК-дисплей; - кут руху, швидкість і час можна регулювати за допомогою цифрового обладнання; - довжина стенду регулюється не більше 50 мм; - кут діапазону руху суглоба: 0° - 150° .

Система безперервного пасивного руху гомілковостопного суглоба Тр-Е4. Використовується для гомілковостопної витяжки, при травмі гомілки або при геміплегії гомілки. Технічні дані: - РК-дисплей; - кут руху, швидкість і час можна регулювати за допомогою цифрового обладнання; - довжина стенду регулюється не більше 50 мм; - кут діапазону руху суглоба: 0° - 150° .

Система безперервного пасивного руху ліктьового суглоба Тр-Е5. Використовується для пасивної розробки ліктьового суглоба, а саме для ліктьової витяжки, при травмі ліктя або при геміплегії ліктя. Безпека процесу реабілітації забезпечує вбудована функція зміни напрямку навантаження при сильному опорі. Під час процедури можна синхронно проводити згинання/розгинання і пронацію/супінацію. Технічні дані: - РК-дисплей; - кут руху, швидкість і час можна регулювати за допомогою цифрового обладнання; - довжина стенду регулюється не більше 50 мм; - кут діапазону руху суглоба: 0° - 150° .

Система безперервного пасивного руху плечового суглоба Тр-Е6. Використовується для реабілітації плечового суглоба. Тренажери з кріпленням на пацієнта використовуються для реабілітації плечового суглоба в положенні сидячи, а для забезпечення максимального комфорту пацієнта і найбільш повного діапазону реабілітації плеча використовують модель з кріпленням на спеціальне ортопедичне крісло. Тренажер можна застосовувати для лікування і реабілітації, як дорослих, так і дітей. Технічні дані: - РК-дисплей; - кут руху, швидкість і час можна регулювати за допомогою цифрового обладнання; - довжина стенду регулюється не більше

50 мм; - кут діапазону руху суглоба: 0° - 150°.

Електромеханічні тренажери для інвалідів використовуються в реабілітаційних центрах для досягнення швидких результатів спрямованих на відновлення і розробку рухливості нижніх кінцівок.

2) Експлуатація реабілітаційно-тренувальних комплексів.

Монтаж і використання.

Крок 1: Одна людина тримає вигнуту доріжку, а інша приєднує задню ніжку, використовуючи 2 шестигранних гвинти. Примітка: Не затягуйте всі гвинти до кінця, поки тренажер не буде зібрано повністю.

Крок 2: Одна людина тримає передню стійку (FRONT POST), а інша приєднує передню ніжку (FRONT FOOT) роликівими коліщатами, використовуючи 2 шестигранні гвинти. Примітка: Переконайтеся, що використовуєте гвинти правильного розміру, як зазначено. Не затягуйте всі гвинти до кінця, поки тренажер не буде зібрано повністю.

Крок 3. Одна людина тримає передню стійку (FRONT POST), з попередніми приєднаннями, поки інша приєднує вигнуту доріжку (CURVED TRACK), за допомогою 8 шестигранних гвинтів. Не затягуйте всі гвинти до кінця, поки тренажер не буде зібрано повністю.

Крок 4. Приєднайте пластину підлокітника консолі (ARMREST CONSOLE) за допомогою 4 гвинтів з шестигранною гайкою та прикріпіть до рукоятки консолі (Hand Grip).

Крок 5. Використовуючи шестигранний ключ, затягніть всі гвинти. Будьте обережні, щоб не перетягнути гвинти. Тепер Ви можете спокійно відрізати ремінь, який кріпиться на сидінні. (Ремінь з попереджувальною наклейкою з написом: « Не відрізати»).

Крок 6. На цьому процес монтажу завершено. Відрегулюйте рівні розташування тренажера на поверхні під передньою та задньою ніжками. Щоб перемістити тренажер, візьміться за нього з тильної сторони, нахиліть і переміщайте за допомогою коліщат.

Кожного дня, перед початком реабілітаційних процедур або

кондиційного тренування необхідно перевірити, щоб всі болти і гайки технічного пристрою були надійно затягнуті. Перевіряйте, щоб тренажерний комплекс працював належним чином кожного дня. Застереження: Рівень безпеки даного тренажерного комплексу можна підтримувати, тільки якщо його регулярно перевіряти на наявність пошкоджень і зносу. Звертайте особливу увагу на рухомі частини, в тому числі, підшипники, підлокітники, витяжні штифти та ін. Також на деталі, які схильні до зносу, такі сидіння, килимки та ін. Періодичне технічне обслуговування потрібне для всіх багатофункціональних реабілітаційно-тренувальних тренажерів, щоб підтримувати їх у належному стані. Зберігайте бігову доріжку чистою від сміття та піску для підтримки її безперебійної роботи. Розташовуйте та використовуйте багатофункціональний реабілітаційно-тренувальний тренажер на рівній горизонтальній поверхні. Підтримуйте відстань близько 1 м вільного простору навколо технічного пристрою для безпечного використання. Розташуйте всі попередження та попереджувальні таблички на багатофункціональному реабілітаційно-тренувальному тренажері, як це передбачено виробником. Навчайте користуванню тренажером усіх клієнтів (пацієнтів), перед його використанням. Важливо: Тримайте дітей і домашніх тварин далі від багатофункціонального реабілітаційно-тренувального тренажеру під час проведення реабілітаційних процедур або виконання вправ з кондиційного тренування. Обмеження: клієнт (пацієнт) не повинен важити більше 200 кг.

Регулювання сидіння. Сидіння вільно рухається, так що Ви можете повертати коліна та тренувати косі м'язи живота. Поверніть коліна вправо, для тренування косих м'язів живота зліва; поверніть коліна вліво, для тренування косих м'язів живота правої сторони. Рухайте колінами з боку в бік для рівномірного виконання вправ.

Регулювання рукоятки. Щоб відрегулювати рукоятку, потягніть за штифт (pull up on pop-pin) і, переміщайте її вгору або вниз. Потім закріпіть у потрібному положенні, відпустивши штифт в отвір. Переконайтеся, що

рукоятка безпечно закріплена.

Інструкції стосовно реабілітаційних або тренувальних процедур.

- Відрегулюйте рукоятки і місце передпліччя та ліктів на підставці для рук. Злегка зафіксуйте рукоятки.

- Станьте на коліна на сидінні так, щоб Ваші ступні звисали з нього. Не нахилийтеся вперед, сидіть прямо, спиною точно напроти п'ят.

- Тримайте спину прямо, підтягніть коліна вперед так, щоб відчутти напруження м'язів живота. Не рухайте верхньою частиною тіла під час тренувань. Переконайтеся, що під час підняття сидіння, працює Ваш прес, а не верхня частина тіла.

- Повільно поверніться у вихідне положення і повторіть. Слідкуйте, щоб сидіння не стукало об трек, при підйомі та поверненні в початкове положення.

- Використовуйте диски додаткової ваги для опору: існує два штирі для приєднання навантажувальних дисків з обох сторін тренажерного комплексу.

До сидіння можна приєднати диски додаткової ваги (не входять до комплекту), для більшого опору під час тренування. Рекомендується також застосовувати хомути (не входять до комплекту).

Застереження: не треба додавати, більше 20 кг навантаження в загальній складності, 4 диски по 5 кг кожний. Перед додаванням будь-якого диску додаткової ваги, переконайтеся, що Ви в змозі виконувати вправу в належній формі без додаткового навантаження.

Увага: при будь-якому тренуванні або реабілітаційних процедурах, неправильне використання обладнання, неефективна техніка рухових дій або надмірні фізичні навантаження можуть призвести до травматизації.

Гарантії підприємця, який виготовив:

Виробник гарантує, що Ваш багатофункціональний реабілітаційно-тренувальний комплекс, не має дефектів деталей і виготовлення, і буде, за своїм вибором, проводити ремонт і заміну всіх несправностей технічного пристрою, що виникли в процесі експлуатації. На всі частини і компоненти

багатофункціонального реабілітаційно-тренувального тренажера надається гарантія протягом трьох років від дати покупки або початку експлуатації.

Роликові підшипники мають гарантію один рік від дати покупки, а всі колодки мають гарантію на дев'яносто днів від дня покупки.

Ця гарантія дійсна тільки у відповідності з умовами, викладеними нижче:

1. Звичайне зношення та поломка не підлягають гарантії.

2. Гарантія поширюється тільки на дійсного покупця і не підлягає передачі.

Крім того, повинен бути представлений документ, який підтверджує покупку даного тренажера у офіційного дилера або, безпосередньо у виробника.

3. Ця гарантія не буде дійсна, якщо товар піддався нещасному випадку, неправильному використанню, зловживанню, в разі неправильного технічного обслуговування, ремонту або несанкціонованій модифікації.

4. Ця гарантія є єдиною, що надається виробником у письмовій формі.

Будь-які можливі гарантії товарної придатності або придатності для конкретних цілей на цей товар обмежені терміном дії даної гарантії.

5. Гарантійний ремонт і заміна товару (або, якщо ремонт або заміна не представляють можливим відшкодування покупної ціни) є винятковим відшкодуванням по гарантії. Виробник не несе відповідальності за будь-який випадковий або непрямий збиток у зв'язку з порушенням даної гарантії. Виробник не гарантує нічого іншого, крім гарантії вищевказаного. Така гарантія замінює всі інші гарантії, прямі чи непрямі, включаючи, але не обмежуючи будь-яку наявну гарантію придатності.

3) Правила техніки безпеки.

Завжди будьте обережні, коли виконуєте вправи на тренажерно-реабілітаційних комплексах. Уважно прочитайте інструкцію про правильні способи посадки і сходження з технічних пристроїв багатофункціональних комплекси для фізичної реабілітації після травм і ушкоджень опорно-

рухового апарату. Під час кондиційного тренування або реабілітаційних процедур, тримайте верхні та нижні кінцівки далі від сидіння, коліс та інших частин технічного пристрою. Будьте уважні, під час практичного виконання фізичних вправ кондиційної або реабілітаційної спрямованості. Не виконуйте вправ, якщо не пересвідчилися, що поряд немає дітей та сторонніх осіб. Багатофункціональні комплекси для фізичної реабілітації після травм і ушкоджень опорно-рухового апарату не призначені для експлуатації в приміщенні, де перебувають діти, домашні тварини або інші сторонні особи. Проконсультуйтеся з Вашим лікарем (фізичної або реабілітаційної медицини), фізичним терапевтом, реабілітологом перед початком будь-яких реабілітаційних процедур, особливо, якщо у Вас є сумніви з приводу Вашого поточного фізичного та фітнес-рівня, чи Вашої загальної спроможності щодо виконання запропонованих вправ. Якщо Ви відчуваєте біль чи дискомфорт під час виконання вправ, відразу зупиніть тренування або реабілітаційні процедури і перед тим, як продовжити, проконсультуйтеся з лікарем або фахівцем мультидисциплінарної команди. Під час використання багатофункціональних тренажерних реабілітаційних комплексів, дотримуйтеся положень цієї інструкції. Не використовуйте багатофункціональні комплекси для фізичної реабілітації після травм і ушкоджень опорно-рухового апарату для будь-яких інших вправ і рухів, які не зазначені в даній інструкції та не запропоновані лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, фізичним терапевтом або реабілітологом. Використовуйте багатофункціональні комплекси для фізичної реабілітації після травм і ушкоджень опорно-рухового апарату тільки на рівній, стійкій поверхні. Не використовуйте технічний пристрій на маленьких килимах, які можуть рухатись під час тренування. Не намагайтеся використовувати багатофункціональні комплекси для фізичної реабілітації після травм і ушкоджень опорно-рухового апарату, не тримаючи рук на підлокітниках і не тримаючись за поручні. Використовуйте тільки ті приладдя та пристосування, які рекомендуються виробником, лікарем фізичної та

реабілітаційної медицини, фізичним терапевтом або реабілітологом. Використання будь-яких інших пристосувань або приладдя, не ухвалених виробником і фахівцями мультидисциплінарної команди, призведе до втрати гарантії, може привести до серйозних травм або пошкоджень. Завжди вибирайте належний рівень тренувальних (реабілітаційних) навантажень, який найкраще відповідає Вашому поточному фізичному стану. Знайте свої межі фізичних навантажень та дотримуйтесь їх. При виникненні запитань, щодо Вашої індивідуальної реабілітаційної або тренувальної програми, будь-ласка, зверніться до лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта або реабілітолога. В жодному випадку не використовуйте багатофункціональні комплекси для фізичної реабілітації після травм і ушкоджень опорно-рухового апарату, якщо виникли якісь технічні проблеми. Ретельно оглядайте прилад перед кожним використанням. Недотримання цих правил може призвести до травм під час процедур реабілітації або кондиційного тренування. Використовуйте даний технічний пристрій тільки так, як передбачено в інструкції з експлуатації. Нічого не змінюйте за власним бажанням! Не замінюйте будь-які частини тренажера частинами від іншого обладнання або частинами від інших виробників. Використовуйте тільки ті деталі, які поставляються виробником. Багатофункціональні комплекси для фізичної реабілітації після травм і ушкоджень опорно-рухового апарату призначені для використання в житлових приміщеннях та приміщеннях, призначених для реабілітації або тренувань (наприклад, власного залу для тренування, спортивного клубу, фітнес-центру або реабілітаційного центру фітнес-центру загальною площею близько 400 м². Зберігайте дану інструкцію і переконайтесь, що інші користувачі ознайомлені з нею. Перед тим, як вперше почати користуватись цим технічним пристроєм.

Література

Основна.

1. Буйницька О.П. Інформаційні технології та технічні засоби навчання: [навчальний посібник для студ. вищ. навч. закладів] / О.П. Буйницька; МОНМСУ, Київський університет ім. Б. Грінченка. – Київ: Центр учбової літератури, 2018. – 240 с.
2. Запорожан В.М., Тарабрін О.О. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи. [Практичний poradnik]. Суми: ПФ «Видавництво “Університетська книга”», 2018. – 240 с.
3. Попадюха Ю.А. Сучасні комп’ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: [навч. посібник] / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 300 с.
4. Попадюха Ю.А. Сучасні роботизовані комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: [навч. посібник] / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 324 с.
5. Попадюха Ю.А. Сучасні комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: [навч. посібник] / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 656 с.

Додаткова.

1. Інструкція з експлуатації та правила техніки безпеки при роботі з технічним пристроєм «Система безперервного пасивного руху колінного суглоба Тр-Е1»: [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://simbo2012.com.ua/ua/ustatkuvannya-dlya-reabilitacii-zaliv-lfk/elektromehanichne-obladnannya-dlya-bezperervnoi-aktivno-pasivnoi-terapii/sistema-bezperervnogo-pasivnogo-ruhu-kolinnogo-sugloba-tr-e1>
2. Інструкція з експлуатації та правила техніки безпеки при роботі з технічним пристроєм «Система безперервного пасивного руху суглобів пальців рук Тр-Е2»: [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://simbo2012.com.ua/ua/ustatkuvannya-dlya-reabilitacii-zaliv-lfk/elektromehanichne-obladnannya-dlya-bezperervnoi-aktivno-pasivnoi->

terapii/sistema-bezperernogo-pasivnogo-ruhu-suglobiv-palciv-ruk-tr-e2

3. Інструкція з експлуатації та правила техніки безпеки при роботі з технічним пристроєм «Система безперервного пасивного руху суглобів зап'ястя Тр-Е3»: [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://simbo2012.com.ua/ua/ustatkuvannya-dlya-reabilitacii-zaliv-lfk/elektromehanichne-obladnannya-dlya-bezperervnoi-aktivno-pasivnoi-terapii/sistema-bezperernogo-pasivnogo-ruhu-suglobiv-zapyasty-tr-e3>

4. Інструкція з експлуатації та правила техніки безпеки при роботі з технічним пристроєм «Система безперервного пасивного руху гомілковостопного суглоба Тр-Е4»: [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://simbo2012.com.ua/ua/ustatkuvannya-dlya-reabilitacii-zaliv-lfk/elektromehanichne-obladnannya-dlya-bezperervnoi-aktivno-pasivnoi-terapii/sistema-bezperernogo-pasivnogo-ruhu-gomilkovostopnogo-sugloba-tr-e4>

5. Інструкція з експлуатації та правила техніки безпеки при роботі з технічним пристроєм «Система безперервного пасивного руху ліктьового суглоба Тр-Е5»: [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://simbo2012.com.ua/ua/ustatkuvannya-dlya-reabilitacii-zaliv-lfk/elektromehanichne-obladnannya-dlya-bezperervnoi-aktivno-pasivnoi-terapii/sistema-bezperernogo-pasivnogo-ruhu-liktovogo-sugloba-tr-e5>.

6. Інструкція з експлуатації та правила техніки безпеки при роботі з технічним пристроєм «Система безперервного пасивного руху плечового суглоба Тр-Е6»: [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://simbo2012.com.ua/ua/ustatkuvannya-dlya-reabilitacii-zaliv-lfk/elektromehanichne-obladnannya-dlya-bezperervnoi-aktivno-pasivnoi-terapii/sistema-bezperernogo-pasivnogo-ruhu-plechovogo-sugloba-tr-e6>

ЛЕКЦІЯ № 4

Технічні та експлуатаційні характеристики допоміжних засобів особистої гігієни, рухомості, переміщення, підйому, меблі, оснащення та способи їх використання для осіб з особливими потребами

- 1) Технічні та експлуатаційні характеристики допоміжних засобів особистої гігієни і рухомості;**
- 2) Технічні та експлуатаційні характеристики допоміжних засобів переміщення та підйому;**
- 3) Меблі, оснащення та способи їх використання для осіб з особливими потребами**