

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Медичний факультет

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Наталія Грейда

## ПОЗИЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТА У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

*Методичні рекомендації для самостійної роботи*



УДК 615.825(075.8)

Г79

Рекомендовано до друку Вченою радою  
Волинського національного університету імені Лесі Українки  
(Протокол №2 від 16 жовтня 2024 р.)

Рецензент:

Лавринюк Володимир Євгенович – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої і сімейної медицини Волинського національного університету імені Лесі Українки

Грейда Н.Б. Позиціонування пацієнта у фізичній терапії та ерготерапії: методичні рекомендації для самостійної роботи. Луцьк, 2024. 41 с.

У методичних рекомендаціях розглянуто питання правильного позиціонування пацієнта за умови часткового або повного обмеження у русі. Подано сучасну систему позиціонування в залежності від функціонального стану пацієнта, розглянуто загальні вимоги до методики ранньої реабілітації малорухомого пацієнта та оцінки їх ефективності.

Рекомендовані для здобувачів освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 Терапія та реабілітація освітньо-професійної програми Фізична терапія, ерготерапія, які вивчають нормативний освітній компонент «Страхування, переміщення, позиціонування». Будуть корисними для фахівців у галузі охорони здоров'я.

УДК 615.825(075.8)

Г79

© Грейда Н.Б., 2024

©Волинський національний університет  
імені Лесі Українки, 2024

## ЗМІСТ

1. Вступ
2. Що таке позиціонування пацієнта?
3. Цілі позиціонування пацієнта
4. Рекомендації щодо позиціонування пацієнта
5. Загальні положення пацієнтів
  - Положення лежачи на спині або на спині
  - Позиція Фаулера
  - Ортопнеічне положення або положення на штативі
  - Положення лежачи
  - Бічне положення
  - Позиція Сімса
  - Положення літотомії
  - Позиція Тренделенбурга
  - Зворотна позиція Тренделенбурга
  - Колінно-грудне положення
  - Позиція головного ножа
  - Положення нирки
6. Допоміжні пристрої для позиціонування пацієнта
7. Документування позиціонування пацієнта
8. Політика оцінювання
9. Список використаних джерел та інтернет-ресурсів

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АТ – артеріальний тиск

ЕКГ – електрокардіограма

ІМТ – індекс маси тіла

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я

ЧД – частота дихання

ШВЛ – апарат штучної вентиляції легень

## ВСТУП

**Позиціонування** – правильне, функціонально вигідне положення тіла в стані спокою. Це особливе тренування для м'язів і суглобів, але без звичних, кілька разів повторюваних рухів.

У медичній термінології «позиція» стосується положення тіла або постави. *Позиціонування передбачає розміщення пацієнта у певних статичних положеннях.* Позиціонування може охоплювати все тіло пацієнта або одну кінцівку. Ця навичка передбачає поводження з пацієнтом, транспортування або підтримку ваги (тобто, підняття, опускання, штовхання, перетягування, перенесення або переміщення) за допомогою рук, фізичної сили та/або механічних пристроїв. Позиціонування може здійснюватися активно пацієнтом або пасивно за допомогою однієї чи кількох інших осіб.

Успішний результат лікування, максимально можливе відновлення втрачених функцій організму залежить від своєчасного початку та вірного вибору позиціонування пацієнта, яке запобігає утворенню пролежнів, патологічних поз та допомагає максимально розвантажити хребет, зняти навантаження на верхні та нижні кінцівки.

Позиціонування має потенціал для перерозподілу тиску і сил зсуву, а отже, запобігає деформації внутрішніх тканин, ішемії тканин і незворотному пошкодженню тканин, що призводить до травми під тиском. Основною проблемою позиціонування є розміщення динамічного тіла в тривалому статичному положенні. Людське тіло створене для руху і не витримує тривалих періодів іммобілізації. Тому позиціонування повинно бути зручним і дозволяти пацієнту змінювати положення за потреби, але при цьому воно повинно відповідати меті втручання з позиціонування.

Процедура позиціонування повинна бути клінічно ефективною і, в ідеалі, доказовою.

**Лікування положенням (коригуючі пози)** – надання паралізованим кінцівкам правильного положення в період, коли хворий знаходиться в ліжку або в положенні сидячи. О.А.Козьолкін, І.В. Візір, М.В. Сікорська зазначають, що лікування положенням сприяє:

- зниженню м'язової спастичності;
- зменшенню асиметрії м'язового тонуусу;
- відновленню схеми тіла;
- підвищенню глибокої чутливості;
- зниженню патологічної активності з тонічних шийних та лабіринтних рефлексів.

Все це попереджує розвиток больового синдрому, патологічних установок. Лікування положенням можна проводити всім без винятку, незалежно від стану і практично з перших годин інсульту.

**Лікування положенням включає:**

- укладку паралізованих кінцівок при положенні хворого на здоровому боці; – знаходження на паралізованому боці;
- укладка в положенні, протилежному позі Верніке-Манна;
- обмеження часу знаходження на спині.

Останнє положення обумовлене тим, що в положенні на спині виявляється недостатня респіраторна функція легень, поганий дренаж бронхів, зниження легеневого об'єму, підвищений ризик аспірації слини, посилення патологічної рефлексорної активності шийно-тонічних та лабіринтних рефлексів, больові синдроми хребта через довге перебування в одній позі.

**Підготовка до виконання позиціонування**

Всі дії мають супроводжуватись вербально, щоб пацієнт міг орієнтуватись у тому, що відбувається.

## ОПИС ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТУ

### Анотація

Освітній компонент «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» це особливості навчання техніки переміщення та навичкам самообслуговування осіб після травм, осіб з вродженими та набутими дефектами опорно-рухового апарату та осіб з інвалідністю. Вибір методів та засобів фізичної терапії та ерготерапії залежить від загального стану хворого, наявності супутніх захворювань та ускладнень, а також після консультації з лікуючим лікарем щодо наявних протипоказів та застережень.

Якнайшвидший початок процесу реабілітації (вже у відділенні інтенсивної терапії) сприяє покращенню загального стану пацієнта та суттєво знижує ризик появи вторинних ускладнень (відлежани, контрактури, дихальні ускладнення тощо). Фізична терапія та ерготерапія проводиться після стабілізації стану пацієнта. Заняття розпочинаються лише після бесіди з пацієнтом на тему усвідомлення необхідності навчання новим руховим діям. Свідома та активна участь пацієнта, його власна мотивація та розуміння потреби до навчання в разі сприяє досягненню ефективного результату та самостійності пацієнта.

Основний принцип програми фізичної терапії - виконання рухових дій спочатку в полегшених умовах, потім - в умовах стаціонарної палати чи кімнати, та розвиток тих фізичних якостей, які необхідні для виконання специфічних рухових дій. Поступове навчання правильним (простим і складним) рухам призводить до їх нейрорефлекторного закріплення у вигляді вмінь та навичок. Всі цілі фізичної терапії щодо навичок переміщення та елементів самообслуговування формуються спільно з пацієнтом та/або родичами згідно з принципом МКФ: Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я.

Пререквізити (попередні освітні компоненти, на яких базується вивчення освітнього компонента) – фізичне виховання (види оздоровчої

рухової активності: нордівська ходьба, калланетика; нормальна анатомія людини (за професійним спрямуванням); основи ерготерапії; терапевтичні вправи; основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії (вступ до спеціальності).

Постреквізити (освітні компоненти, для вивчення яких потрібні знання, уміння і навички, що здобуваються після закінчення вивчення даного освітнього компонента) – єдиний державний кваліфікаційний іспит.

#### **Мета і завдання освітнього компонента:**

**Метою** викладання освітнього компонента «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» є формування у здобувачів цілісного уявлення про методику фізичної терапії та ерготерапії, яка спрямована на позиціонування пацієнта, пересаджування, поступове навчання правильним (простим і складним) рухам, які необхідні особі для самостійного переміщення в приміщенні, по сходах, зі страховкою, без страховки.

**Основним завданням** освітнього компонента «Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії» є:

- навчити здобувачів елементарним навичкам позиціонування пацієнта при різних нозологіях;
- виробити базові знання по пересаджуванню пацієнтів з різними видами рухових порушень;
- сформувати у здобувачів цілісне уявлення про методику фізичної терапії та ерготерапії, яка спрямована на поступове навчання правильним рухам;
- навчити особливостям використання допоміжних засобів в оволодінні основними руховими навичками;



- виробити базові навички розробки індивідуальної реабілітаційної програми застосування засобів та методів полегшення оволодіння руховими навичками;
- навчити класифікувати рухові навички в залежності від впливу на організм людини;
- навчити безпечно та ефективно виконувати програму в оволодінні основними руховими навичками, які необхідні для виконання різних рухових дій;
- навчити застосовувати засоби ерготерапії, які допомагають та полегшують процес переміщення в умовах власного житла та поза домашнім житлом;
- навчити демонструвати підбір тростини, підбір підпахвових милиць, підбір підліктювих милиць (канадка);
- забезпечити уміння здійснювати страховку при ходьбі пацієнта без милиць, при ходьбі пацієнта з милицями;
- забезпечити уміння демонструвати навички ходи з милицями: без навантаження травмованої кінцівки;
- забезпечити уміння демонструвати навички ходи з милицями: з частковим навантаженням травмованої кінцівки;
- забезпечити уміння демонструвати навички переміщення по сходах з милицями;
- забезпечити уміння демонструвати навички ходьби з ходунками;
- забезпечити уміння демонструвати навички переміщення в кріслі колісному.

## **Результати навчання (компетентності)**

До кінця навчання студенти повинні бути компетентними у таких питаннях:

### **Інтегральна компетентність (ІК)**

Здатність вирішувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми, пов'язані з фізичною терапією та ерготерапією, що характеризуються комплексністю та невизначеністю умов, із застосуванням положень, теорій та методів медико-біологічних, соціальних, психолого-педагогічних наук.

### **Загальні компетентності (ЗК)**

**ЗК 3** Здатність до міжособистісної взаємодії.

**ЗК 5** Здатність мотивувати людей та рухатися до спільної мети.

**ЗК 10** Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.

**ЗК 11** Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

### **Фахові компетентності (ФК)**

**ФК 1** Здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу у заходах фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх виконання і зв'язок з охороною здоров'я.

**ФК 4** Здатність враховувати медичні, психолого-педагогічні, соціальні аспекти у практиці фізичної терапії, ерготерапії.

**ФК 7** Здатність допомогти пацієнту/клієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст і необхідність виконання програми фізичної терапії та ерготерапії

**ФК 9** Здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта.

## **Програмні результати навчання (ПРН)**

ПРН 1. Демонструвати готовність до зміцнення та збереження особистого та громадського здоров'я шляхом використання рухової активності людини та проведення роз'яснювальної роботи серед пацієнтів/клієнтів, членів їх родин, медичних фахівців, а також покращенню довкілля громади.

ПРН 2. Спілкуватися усно та письмово українською та іноземною мовами у професійному середовищі, володіти фаховою термінологією та професійним дискурсом, дотримуватися етики ділового спілкування; складати документи, у тому числі іноземною мовою (мовами).

ПРН 3. Використовувати сучасну комп'ютерну техніку; знаходити інформацію з різних джерел; аналізувати вітчизняні та зарубіжні джерела інформації, необхідної для виконання професійних завдань та прийняття професійних рішень.

ПРН 4. Застосовувати у професійній діяльності знання біологічних, медичних, педагогічних та психосоціальних аспектів фізичної терапії та ерготерапії.

ПРН 6. Застосовувати методи й інструменти визначення та вимірювання структурних змін та порушених функцій організму, активності та участі, трактувати отриману інформацію.

ПРН 7. Трактувати інформацію про наявні у пацієнта/клієнта порушення за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ ДП).

ПРН 9. Реалізувати індивідуальні програми фізичної терапії, ерготерапії.

ПРН 10. Здійснювати заходи фізичної терапії для ліквідації або компенсації рухових порушень та активності.

ПРН 11. Здійснювати заходи ерготерапії для ліквідації або компенсації функціональних та асоційованих з ними обмежень активності та участі в діяльності.

ПРН 12. Застосовувати сучасні науково-доказові дані у професійній діяльності.

ПРН 13. Обирати оптимальні форми, методи і прийоми, які б забезпечили шанобливе ставлення до пацієнта/клієнта, його безпеку/захист, комфорт та приватність.

ПРН 14. Безпечно та ефективно використовувати обладнання для проведення реабілітаційних заходів, контролю основних життєвих показників пацієнта, допоміжні технічні засоби реабілітації для пересування та самообслуговування.

ПРН 15. Вербально і невербально спілкуватися з особами та групами співрозмовників, різними за віком, рівнем освіти, соціальною і професійною приналежністю, психологічними та когнітивними якостями, в тому числі потерпілих внаслідок військових дій на сході України, внаслідок отриманих травм у професійному спорті, при патологіях розвитку та генетичних захворюваннях дітей та дорослих. Працювати та взаємодіяти у мультидисциплінарній команді.

ПРН 16. Проводити інструктаж та навчання клієнтів, членів їх родин, колег і невеликих груп.

ПРН 17. Оцінювати результати виконання програм фізичної терапії та ерготерапії, використовуючи відповідний інструментарій та за потреби, модифікувати поточну діяльність.

ПРН 18. Оцінювати себе критично, засвоювати нову фахову інформацію, поглиблювати знання за допомогою самоосвіти, оцінювати й представляти власний досвід, аналізувати й застосовувати досвід колег.

## ПОЗИЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТА

**Позиціонування пацієнта** передбачає належну підтримку нейтрального положення тіла пацієнта шляхом запобігання гіперекстензії та екстремального бічного обертання для запобігання ускладнень у вигляді нерухомості та травм. Розміщення пацієнтів є важливим аспектом практики фізичного терапевта та відповідальністю допоміжного медичного персоналу. У хірургії, зборі зразків або інших методах лікування правильне розташування пацієнта забезпечує оптимальний вплив на ділянку хірургічного втручання/лікування та збереження гідності пацієнта шляхом контролю непотрібного впливу. У більшості випадків правильне розташування пацієнтів забезпечує управління дихальними шляхами та вентиляцію, підтримує положення тіла та забезпечує фізіологічну безпеку.

### Цілі позиціонування пацієнта

Кінцевою метою правильного розміщення пацієнта є захист пацієнта від нерухомості та фізіологічних ускладнень. Зокрема, цілі позиціонування пацієнта включають:

- **Забезпечити пацієнту комфорт і безпеку.** Підтримуйте дихальні шляхи пацієнта та підтримуйте кровообіг протягом усієї процедури (наприклад, операції, огляду, збору зразків та лікування). Частими ускладненнями є порушення венозного руху до серця та невідповідність вентиляції та перфузії. Правильне положення сприяє комфорту, запобігаючи пошкодженню нервів і непотрібному витягуванню або обертанню тіла.
- **Збереження гідності та приватності пацієнта.** У хірургії правильне розташування – це спосіб поважати гідність пацієнта шляхом

мінімізації впливу на пацієнта, який часто відчувається вразливим після операції.

- **Забезпечує максимальну видимість і доступ.** Правильне розташування забезпечує легкість хірургічного доступу, а також для введення анестезії під час періопераційної фази.

### **Рекомендації щодо позиціонування пацієнта**

Під час позиціонування пацієнта необхідне правильне виконання, щоб запобігти травмам як для пацієнта, так і для медичного персоналу.

#### ***Принципи та рекомендації під час позиціонування клієнтів:***

- **Пояснення процедури.** Потрібно пояснити пацієнту, чому його позиція змінюється і як це буде зроблено. Взаємовідносини з пацієнтом збільшують шанси зберегти нове положення.
- **Заохочування пацієнта допомагати якомога більше.** Потрібно визначити, чи може пацієнт повністю чи частково допомогти. Пацієнти, які можуть допомогти, можуть полегшити виконання позиціонування. Це також буде формою вправи, що підвищить незалежність і самооцінку пацієнта/клієнта.
- **Отримати адекватну допомогу.** Плануючи перемістити або змінити положення пацієнта/клієнта, потрібно попросити допомоги в інших осіб, які доглядають. Позиціонування не може бути завданням однієї людини.
- **Використовувати механічні допоміжні засоби.** Дошки для ліжок, дошки для ковзання, подушки, підйомники для пацієнтів і стропи можуть полегшити зміну положення.

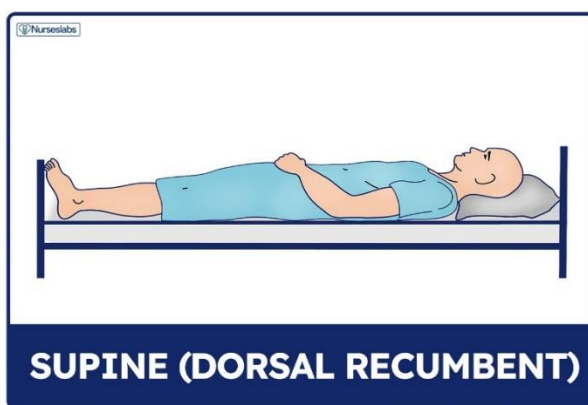
- **Підняти ліжко пацієнта/клієнта.** Відрегулювати або змінити положення ліжка пацієнта/клієнта так, щоб вага була на рівні центру ваги медичного персоналу.
- **Часта зміна положення.** Будь-яке правильне або неправильне положення може завдати шкоди пацієнту, якщо воно зберігається протягом тривалого часу. Зміна положення пацієнта кожні дві години допомагає запобігти таким ускладненням, як пролежні та пошкодження шкіри.
- **Уникати тертя та зсуву.** Під час переміщення пацієнтів потрібно піднімати, а не ковзати, щоб запобігти тертю, яке може поширювати шкіру, що робить її більш схильною до пошкодження.
- **Правильна механіка тіла.** Слідкувати за хорошою механікою тулуба для безпеки медичного персоналу та безпеки пацієнта:
  - Підходити ближче до пацієнта/клієнта.
  - Уникати поворотів спини, шиї та тазу, тримаючи їх на одній лінії.
  - Зігнути коліна і тримати стопи широко в сторони.
  - Використовувати руки та ноги, а не спину.
  - Готуючись до руху, напружувати м'язи живота та сідничні м'язи.
  - Людина з найбільшим навантаженням координує зусилля медперсоналу та починає рахунок до 3.

## ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ

Нижче наведено положення пацієнта, які зазвичай використовуються, включаючи опис того, як вони виконуються, і обґрунтування:

### Положення лежачи на спині або на спині

**Положення лежачи на спині**, або **положення на спині**, полягає в тому, що пацієнт лежить на спині з трохи піднятими головою та плечима за допомогою подушки, якщо немає протипоказань (наприклад, спинномозкова анестезія, хірургія хребта).



### Положення лежачи на спині (положення на спині)

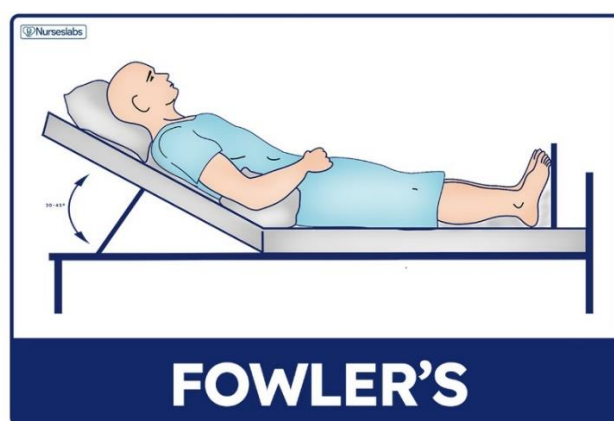
- **Варіація положення.** У положенні лежачи ноги можуть бути витягнуті або злегка зігнуті з піднятими або опущеними руками. Це забезпечує загалом комфорт для пацієнтів, які відновлюються після певного типу хірургічного втручання.
- **Найбільш часто використовувана позиція.** Для загального огляду або фізичної оцінки використовується положення лежачи на спині або на спині.
- **Слідкувати за пошкодженням шкіри.** Положення лежачи на спині може наражати пацієнтів на ризик пролежнів і пошкодження нервів. Оцінити пошкодження шкіри та кісткові виступи.



- **Підтримка для положення лежачи.** До вигину попереку під голову можна підкласти невеликі подушки. П'яти необхідно захистити від тиску за допомогою подушки або валика для щиколотки. Запобігати тривалому підошовному згину та травмі розтягування стоп, розмістивши м'яку підніжку.
- **Положення лежачи в хірургії.** Лежачи часто використовується під час процедур, що включають передню поверхню тіла (наприклад, область живота, серця, грудної клітки). Для стабілізації голови слід використовувати невелику подушку або пончик, оскільки екстремальний поворот голови під час операції може призвести до оклюзії хребетної артерії.

### Позиція Фаулера

**Положення Фаулера**, також відоме як **напівсидяче положення** — це положення ліжка, при якому узголів'я ліжка підняте на 45-60 градусів. Варіанти положення Фаулера включають **низький Фаулера** (від 15 до 30 градусів), **напівфаулера** (від 30 до 45 градусів) і **високий Фаулера** (майже вертикальний).

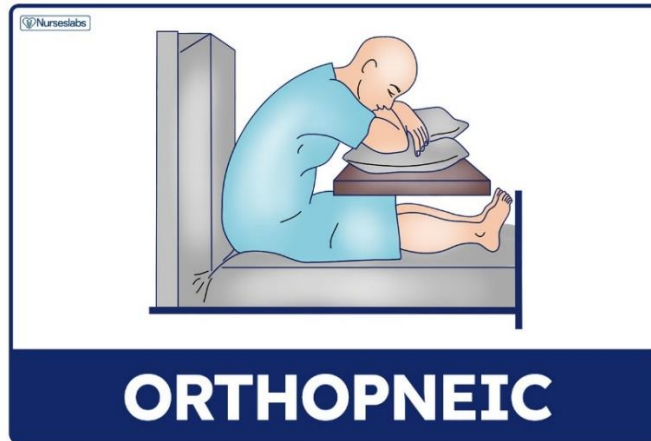


**Позиція Фаулера має різні варіанти**

- **Сприяє розширенню легені.** Положення Фаулера використовується для пацієнтів, які мають труднощі з диханням, тому що в цьому положенні сила тяжіння тягне діафрагму вниз, дозволяючи більшому розширенню грудної клітки та легень.
- **Корисно для NGT.** Положення Фаулера корисне для пацієнтів із серцевими, респіраторними чи неврологічними проблемами і часто є оптимальним для пацієнтів із назогастральним зондом.
- **Підготуватися до прогулянки.** Фаулер також використовується, щоб підготувати пацієнта до ходьби. Медичні працівники повинні стежити за запамороченням або непритомністю під час зміни положення.
- **Погане вирівнювання шиї.** Розміщення надто великої подушки під головою пацієнта може сприяти розвитку згинальних контрактур шиї. Потрібно заохочувати пацієнта відпочивати без подушок протягом кількох годин щодня, щоб повністю витягнути шию.
- **Використовується в деяких хірургічних втручаннях.** Положення Фаулера зазвичай використовується під час операцій, які включають нейрохірургію або плечі.
- **Використовувати підніжку.** Рекомендується використовувати підніжку, щоб підтримувати ноги пацієнта в належному стані та запобігати падінню стопи.
- **Етимологія.** Позиція Фаулера названа на честь Джорджа Райерсона Фаулера, який вважав це способом зниження смертності від перитоніту.

## Ортопнеічне положення або положення на штативі

Ортопнеічне положення або положення на штативі дає пацієнту положення сидячи або на боці ліжка зі столиком над ліжком попереду, на який можна спертися, і кількома подушками на столі, щоб відпочити.

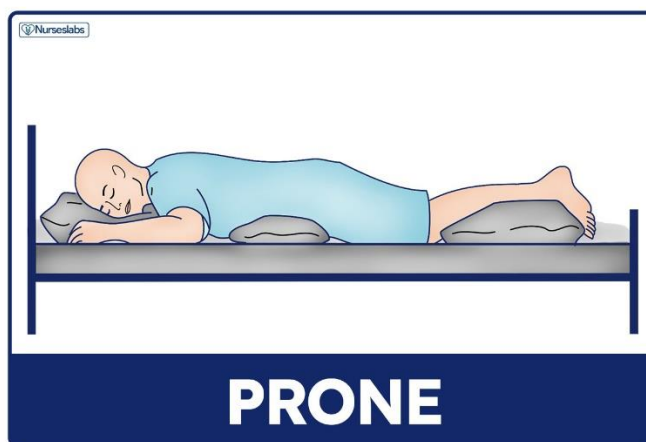


Для максимального розширення легень корисним є ортопнеічне положення або положення на штативі

- **Максимальне розширення легень.** Пацієнтів із утрудненим диханням часто ставлять у таке положення, оскільки воно дозволяє максимально розширити грудну клітку.
- **Допомагає при видиху.** Ортопнеічне положення особливо корисно пацієнтам, які мають проблеми з видихом, оскільки вони можуть притиснути нижню частину грудної клітки до краю столика над ліжком.

## Положення лежачи на животі

У положенні на животі пацієнт лежить на животі, голова повернута набік, стегна не згинаються.

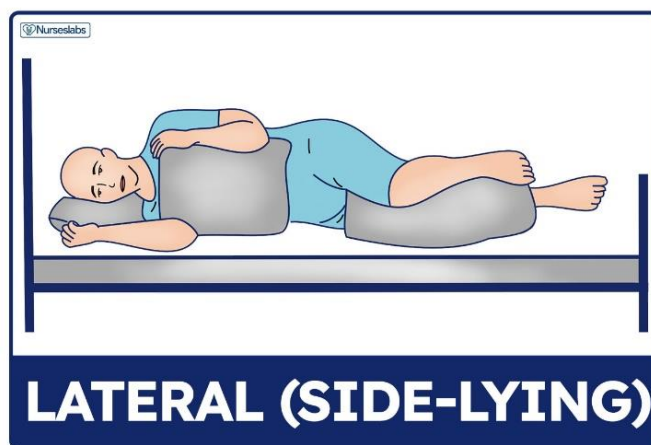


Для деяких пацієнтів положення лежачи на животі є зручним

- **Розгинання кульшових і колінних суглобів.** Положення лежачи – єдине положення на ліжку, яке дозволяє повністю розгинати кульшові та колінні суглоби. Це також допомагає запобігти згинальним контрактурам стегон і колін.
- **Протипоказаний при проблемах з хребтом.** Сила тяжіння на тулуб, коли пацієнт лежить на животі, викликає виражений лордоз або викривлення хребта вперед, тому протипоказано пацієнтам із проблемами хребта. Положення лежачи слід використовувати лише тоді, коли спина клієнта правильно вирівняна.
- **Відтік виділень.** Положення лежачи також сприяє дренажу з рота і корисне для клієнтів без свідомості або тих, хто одужує після операції на роті чи горлі.
- **Розміщення опори в лежачому стані.** Щоб підтримати пацієнта, який лежить на животі, покласти подушку під голову, а під живіт — невелику подушку або рушник.
- **В хірургії.** Положення лежачи часто використовується в нейрохірургії під час більшості операцій на шиї та хребті.

## Бічне положення

У положенні лежачи **на боці** або **бічне положення** пацієнт лежить на одній стороні тіла, верхня нога знаходиться перед нижньою ногою, а стегно і коліно зігнуті. Згинання верхньої частини стегна та коліна та розміщення цієї ноги перед тілом створює ширшу трикутну основу опори та забезпечує більшу стабільність. Збільшення згинання верхньої частини стегна і коліна забезпечує більшу стабільність і рівновагу. Це згинання зменшує лордоз і сприяє хорошему вирівнюванню спини.

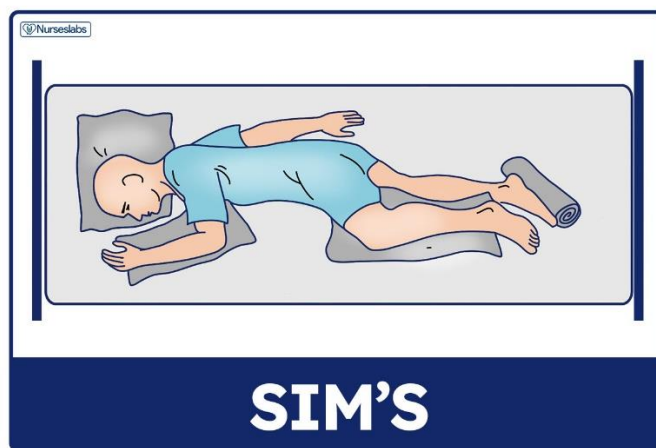


**Бічне положення**

- **Знімає тиск на крижі і п'яти.** Бічне положення допомагає зменшити тиск на крижі та п'яти, особливо для людей, які сидять або прикуті до ліжка у ліжковому режимі в положенні лежачи на спині або в положенні Фаулера.
- **Розподіл маси тіла.** У цьому положенні більша частина ваги тіла розподіляється на бічний бік нижньої частини лопатки, бічний бік клубової кістки та великий вертел стегнової кістки.
- **Потрібні опорні подушки.** Щоб правильно і зручно розташувати пацієнта на боці, необхідні опорні подушки.

## Позиція Сімса

**Положення Сімса** або положення **напівлежачи** – це коли пацієнт приймає позу, що знаходиться посередині між боковим положенням і положенням лежачи. Нижня рука розташована позаду клієнта, а верхня зігнута в плечі та лікті. Верхня нога сильніше згинається як у стегні, так і в коліні, ніж нижня.

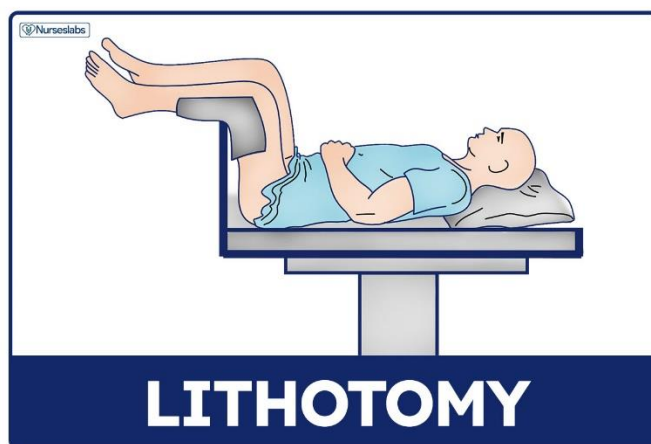


### **Позиція Сімса**

- **Запобігає аспірації рідин.** Sims' можна використовувати для пацієнтів без свідомості, оскільки він полегшує дренаж з рота та запобігає аспірації рідин.
- **Знижує нижній тиск тіла.** Використовується для паралізованих клієнтів, оскільки зменшує тиск на крижову кістку та великий вертлюг стегна.
- **Візуалізація та лікування області промежини.** Його часто використовують для клієнтів, яким ставлять клізму, а іноді для клієнтів, які проходять обстеження або лікування промежини.
- **Вагітні жінки – комфорт.** Вагітним жінкам положення Sims може здатися зручним для сну.
- **Сприяти вирівнюванню тіла за допомогою подушок.** Поклавши подушку під голову пацієнта та під плече, щоб запобігти внутрішньому обертанню. Покласти ще одну подушку між ніг.

## Положення літотомії

**Літотомія** — це положення пацієнта, при якому пацієнт лежить на спині, стегна та коліна зігнуті, а стегна розведені.



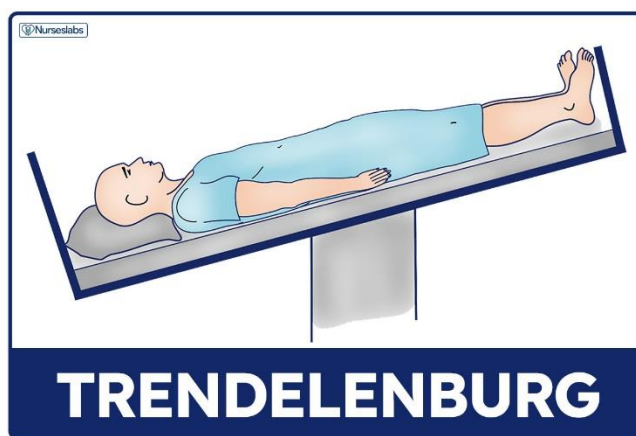
### **Літотомічна позиція**

- Літотомічна позиція зазвичай використовується для вагінальних досліджень і пологів.
- Модифікації позиції літотомії включають низьку, стандартну, високу, напівполюсну та перебільшену залежно від того, наскільки високо піднято або піднято нижню частину тіла для процедури. **Зазвичай:**
  - **Низьке положення для літотомії:** стегна пацієнта згинаються до тих пір, поки кут між задньою поверхнею стегон пацієнта та поверхнею операційної ліжка не становитиме 40–60 градусів. Гомілки пацієнта паралельні операційному ліжку.
  - **Стандартне положення для літотомії:** стегна пацієнта згинаються, доки кут між задньою поверхнею стегон пацієнта та поверхнею операційної ліжка не становитиме 80–100 градусів. Гомілки пацієнта паралельні операційному ліжку.
  - **Положення гемілітотомії:** Неоперована нога пацієнта розміщена в стандартній літотомії. Операційна нога пацієнта може бути накладена на тракцію .

- **Високе положення для літотомії** : стегна пацієнта згинаються, доки кут між задньою поверхнею стегон пацієнта та поверхнею операційної ліжка не становитиме 110–120 градусів. Гомілки хворого зігнуті.
- **Перебільшене положення при літотомії** : стегна пацієнта згинаються, доки кут між задньою поверхнею стегон пацієнта та поверхнею операційної ліжка не становитиме 130–150 градусів. Гомілки хворого майже вертикальні.

### Позиція Тренделенбурга

**Положення Тренделенбурга** передбачає опускання узголів'я ліжка і підняття стопи ліжка хворого. Руки пацієнта повинні бути зведені з боків.



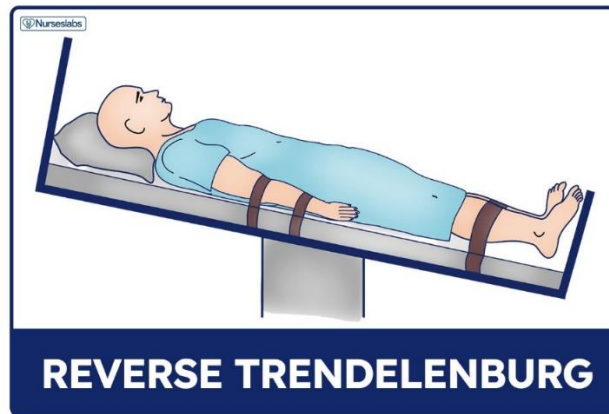
**Положення Тренделенбурга**

- **Сприяє венозному відтоку.** Пацієнтам з гіпотонією це положення може бути корисним, оскільки воно сприяє венозному відтоку.
- **Постуральний дренаж.** Використовується для забезпечення постурального дренажу базальних часток легень. Слідкувати за задишкою, деяким пацієнтам може знадобитися лише помірний нахил або короткий час у цьому положенні під час постурального дренажу.



## Зворотна позиція Тренделенбурга

**Зворотне положення Тренделенбурга** – це положення пацієнта, при якому узголів'я ліжка підняте, а ніжка ліжка опущена. Це протилежність позиції Тренделенбурга.



- **Шлунково-кишкові проблеми.** Зворотний Тренделенбург часто використовується для пацієнтів із шлунково-кишковими проблемами, оскільки він допомагає мінімізувати гастроєзофагеальний рефлюкс (зворотній рух вмісту шлунка через нижній харчовий сфінктер в стравохід).
- **Уникати швидкої зміни положення.** Пацієнти зі зниженим серцевим викидом можуть не переносити швидкі рухи або зміну положення лежачи на спині в більш випрямлене. Слідкувати за швидкою гіпотонією. Її можна звести до мінімуму, поступово змінюючи положення хворого.
- **Профілактика езофагеального рефлюксу.** Сприяє випорожненню шлунку та запобігає рефлюксу (переміщення шлункового секрету в стравохід, а потім у ротову порожнину) у пацієнтів із грижею стравохідного отвору діафрагми (випинання фрагменту шлунку в грудну порожнину через діафрагмальне кільце отвір у діафрагмі через який проходить стравохід).

## Колінно-грудне положення

**Колінно-грудне положення** може бути в положенні на боці або лежачи. У **бічній колінно-грудній позиції** пацієнт лежить на боці, тулуб лежить по діагоналі столу, а стегна і коліна зігнуті. У **колінно-грудному положенні** пацієнт стає на коліна на стіл і опускає плечі на стіл, таким чином його грудна клітка і обличчя спираються на стіл.

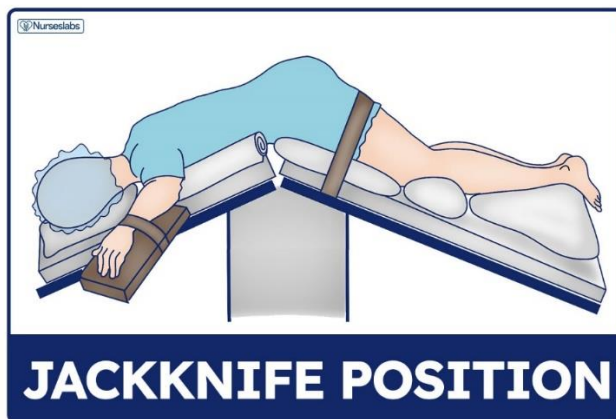


**Бічне колінно-грудне положення. Також можна робити лежачи**

- **Два шляхи.** Колінно-грудне положення може бути збоку або лежачи.
- **Сигмоїдоскопія.** Звичайне положення, прийняте для сигмоїдоскопії (медична процедура, яка використовується для вивчення внутрішньої поверхні прямої кишки та нижньої частини товстої кишки (сигмовидної кишки) за допомогою спеціального пристрою, який називається сигмоїдоскопом) без анестезії.
- **Гідність пацієнта.** Положення колінно-грудної клітки може бути незручним для деяких пацієнтів.
- **Гінекологічні та ректальні огляди.** Колінно-грудне положення приймається для гінекологічного або ректального огляду (ректальний огляд простати – метод обстеження передміхурової залози, при якому лікар вводить палець в пряму кишку пацієнта і промацує простату через стінку прямої кишки).

## Позиція головного ножа

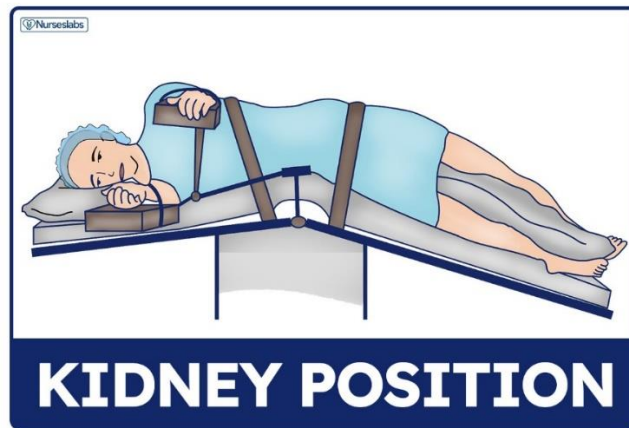
**Положення головного ножа**, також відоме як **Краске**, полягає в тому, що пацієнт лежить на ліжку на животі. Ліжко ножицями, тому стегно підняте, а ноги і голова розташовані низько.



- **В хірургії.** Положення головного ножа часто використовується під час операцій на задньому проході, прямій кишці, куприку, деяких операціях на спині та хірургії надниркових залоз.
- **Вимагає командних зусиль.** Для виконання перенесення та розміщення пацієнта на операційному столі потрібно не менше чотирьох осіб.
- **Серцево-судинні ефекти.** У положенні ножа також відбувається стиснення нижньої порожнистої вени через стиснення живота, що зменшує венозне повернення до серця. Це може збільшити ризик тромбозу глибоких вен.
- **Опорні прокладки.** На операційному столі потрібно багато подушок, щоб підтримувати тіло та зменшувати тиск на таз, спину та живіт. Положення ножа також створює надмірний тиск на коліна. Під час позиціонування хірургічний персонал повинен покласти додаткову підкладку для області коліна.

## Положення нирки

У положенні на нирці пацієнт приймає модифіковане бокове положення, при якому живіт поміщається над підйомником на операційному столі, який згинає тіло. Пацієнта повертають на протилежний бік, спираючись спиною на край столу. Контралатеральна (протилежна) нирка розміщується над розривом столу або над елеватором тіла нирки (за наявності кріплення). Верхня рука розташовується в опорі під кутом відведення або згинання не більше ніж на 90°.



### **Праве бокове положення нирки**

- **Доступ до заочеревинної області.** Положення нирки дозволяє отримати доступ і візуалізувати заочеревинну область. У місці підйому під пацієнта підкладають ниркову підставку або невелику подушку. (В області заочеревинни розташовані нирки, наднирникові залози, сечоводи, нижня порожниста вена, частина аорти, лімфоузлузи, частково – підшлункова залоза, дванадцятипала кишка).
- **Ризик падінь.** Пацієнт може впасти зі столу в будь-який момент, доки положення не буде зафіксовано.
- **Підтримка підкладки та стабілізації.** Контралатеральна рука під тілом захищена підкладкою. Контралатеральне коліно згинається, а верхня нога залишається прямою для покращення стабільності. Між ніг кладуть велику м'яку подушку. Нирковий ремінь і стрічка надягають на стегно для стабілізації пацієнта.

## Допоміжні пристрої для позиціонування пацієнта

Прилади чи апарати, які можна використовувати, щоб допомогти правильно розташувати пацієнта.

- **Дошки для ліжка.** Дошки для ліжка — це дошки з фанери, розміщені під усією поверхнею матраца, які корисні для збільшення підтримки спини та вирівнювання тіла.
- **Черевики.** Черевики — це туфлі з жорсткого пластику або важкого пінопласту, які тримають ногу під потрібним кутом. Рекомендується знімати їх 2-3 рази на день для оцінки цілісності шкіри та рухливості суглобів.
- **Ручні роли.** Ролики для рук підтримують пальці в злегка зігнутому та функціональному положенні, а великий палець злегка відведений навпроти пальців.
- **Кисть-зап'ястя шини.** Ці шини виготовляються індивідуально для клієнта, щоб підтримувати правильне розташування великого пальця при легкому зведенні та зап'ястя при легкому тильному згинанні.
- **Подушки.** Подушки забезпечують підтримку, піднімають частини тіла і ділянки розрізів шини та зменшують післяопераційний біль під час активності, кашлю чи глибокого дихання. Вони повинні бути відповідного розміру для положення тіла.
- **Мішки з піском .** Мішки з піском — це м'які пристрої, наповнені речовинами, за допомогою яких можна формувати форму тіла та

підтримувати його. Вони знерухомлюють кінцівки та підтримують певне положення тіла.

- **Бічні рейки.** Поручні – це бруски, уздовж сторін довжини ліжка. Вони забезпечують безпеку клієнтів і корисні для підвищення мобільності. Вони також допомагають перевертатися з боку на бік або сидіти в ліжку.
- **Булочки з вертела.** Ці ролики перешкоджають зовнішньому повороту ніг, коли клієнт знаходиться в положенні лежачи. Для формування рулону використовуйте бавовняну ковдру або простирadlo, складене вздовж на ширину від великого вертлуга стегнової кістки до нижньої межі підколінної щілини.
- **Клинові подушки.** Являють собою трикутні подушки, виготовлені з міцної піни, які використовуються для підтримки ніг у абдукційному стані після операції з повної заміни кульшового суглоба .

### Документування позиціонування пацієнта

Документування зміни положення пацієнта в карті пацієнта:

- Дата і час проведення процедури.
- Пояснення пацієнту процедури.
- Позначення положення, в яке був поставлений пацієнт, включаючи обґрунтування.
- Дається відповідне навчання.
- Реакція пацієнта на процедуру.

## ВИСНОВКИ

Позиціонування, як правило, показано пацієнтам, які мають труднощі з пересуванням або потребують періодів спокою, коли нормальна функція порушена. Правильне позиціонування пацієнта/клієнта:

- Покращує комфорт пацієнта, зручність, безпеку.
- Сприяє вирівнюванню постави, запобігаючи подальшому розвитку контрактур.
- Сприяє/підвищує функціональну незалежність.
- Покращує повсякденну життєдіяльність (ADL) (наприклад, ковтання, мовлення та особисту гігієну).
- Сприяє зниженню артеріального тиску.
- Сприяє покращенню кровообігу.
- Сприяє покращенню дихання.
- Покращує сенсорну обробку інформації.
- Правильне вирівнювання голови/тулуба у вертикальному положенні може сприяти підвищенню пильності.
- Сприяє покращенню психічного здоров'я.
- Пацієнта/клієнти відчують більшу незалежність і відчуття контролю над своїм оточенням, що призводить до підвищення самооцінки і загального психологічного благополуччя.
- Правильне позиціонування, яке сприяє залученню пацієнта, може допомогти полегшити негативні емоції та підвищити його почуття гідності та самоповаги.

## ПОЛІТИКА ОЦІНЮВАННЯ

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

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

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

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



Оцінювання здобувачів освіти здійснюється відповідно до Положення про поточне та підсумкове оцінювання знань здобувачів освіти Волинського національного університету імені Лесі Українки [https://vnu.edu.ua/sites/default/files/2022-07/Polozh\\_pro\\_otzin\\_red%2BМЕД.pdf](https://vnu.edu.ua/sites/default/files/2022-07/Polozh_pro_otzin_red%2BМЕД.pdf)

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

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

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

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

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

високий рівень засвоєння практичних навичок;

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

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

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

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

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

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

У разі наявності документа, що засвідчує навчання на сертифікованих курсах, онлайн-курсах, які дотичні до тем освітнього компонента, можливе зарахування певної кількості балів (за попереднім погодженням з викладачем), відповідно до Положення про визнання результатів навчання, отриманих у формальній, неформальній та/або інформальній освіті у Волинському національному університеті імені Лесі Українки.

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

### **Політика щодо академічної доброчесності**

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

У разі недотриманням студентом *засад академічної доброчесності* - сукупності етичних принципів та визначених законом правил, якими керуються учасники освітнього процесу під час навчання, викладання і провадження наукової (творчої) діяльності з метою забезпечення довіри до

результатів навчання та/або наукових (творчих) досягнень, оцінювання роботи не буде відбуватись . Списування під час контрольних робіт заборонені (в т.ч. із використанням мобільних девайсів). Мобільні пристрої дозволяється використовувати лише під час он-лайн тестування та підготовки практичних завдань під час заняття.

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

**Політика щодо дедлайнів та перекладання.** Якщо з об'єктивних причин заняття пропущене, здобувач відпрацьовує тему лабораторного заняття. День та години відпрацювання визначаються графіком консультацій, який оприлюднюється.

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

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

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

## ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ

Формою підсумкового контролю є залік.

Максимальна кількість балів, яку може набрати здобувач за поточну навчальну діяльність при вивченні ОК становить 200 балів. Мінімальна кількість балів, яку повинен набрати здобувач за поточну навчальну діяльність для зарахування дисципліни становить 122 бали. Розрахунок кількості балів проводиться на підставі отриманих здобувачем освіти оцінок за 4-бальною шкалою під час вивчення дисципліни впродовж семестру, шляхом обчислення середнього арифметичного (далі – СА), округленого до двох знаків після коми. Отримана величина конвертується у бали за 200-бальною шкалою згідно таблиці 1.

Таблиця 1

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

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

Залік виставляється за результатами поточної роботи здобувача за

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

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

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

## **ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ**

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

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

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ

1. Козьолкін О.А., Візір І.В., Сікорська М.В. Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюваннями нервової системи : навчально-методичний посібник для бакалаврів медицини IV курсу медичного факультету по спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. 177 с. (С.10-11).
2. Beckett A.E. Are we doing enough to prevent patient injuries caused by positioning during surgery? *Journal of perioperative practice*. 2010. 20 (1). P. 26-29.
3. 2. Berman A., Snyder S.J., Levett-Jones T., Dwyer T., Hales M., Harvey N., ... and Stanley D. *Cozier and Erb's Essentials of Nursing*. 2018.
4. Carini F., Mazzola M., Fici C., Palmeri S., Messina M., Damiani P., Tomasello G. Posture and posturology, anatomical and physiological profiles: overview and current state of art. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2017. 88(1). P.11.
5. Edger M. Effect of a Patient-Repositioning Device in an Intensive Care Unit On Hospital-Acquired Pressure Injury Occurences and Cost. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2017. May 1. 44(3). P.236-40.
6. Jeon Y.H., Cho K.H., Park S.J. Effects of neuromuscular electrical stimulation (NMES) plus upper cervical spine mobilization on forward head posture and swallowing function in stroke patients with dysphagia. *Brain Sci*. 2020. Jul 24. 10(8). P.478.
7. Inthachom R., Prasertsukdee S., Ryan SE., Kaewkungwal J., Limpaninlachat S. Evaluation of the multidimensional effects of adaptive seating interventions for young children with non-ambulatory cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2021. Oct 3. 16(7). P.780-8.

8. Krug K., Ballhausen RA., Bölter R., Engeser P., Wensing M., Szecsenyi J., Peters-Klimm F. Challenges in supporting lay carers of patients at the end of life: results from focus group discussions with primary healthcare providers. *BMC Family Practice*. 2018. 19(1). P.1-9.
9. Mert Boğa S., Öztekin SD. The effect of position change on vital signs, back pain and vascular complications following percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*. 2019. Apr.28 (7-8). P.1135-47.
10. Miranda AB., Fogaça AR., Rizzetto M., & Lopes LCC. Surgical positioning: nursing care in the transoperative period. *Rev SOBECC*. 2016. 21 (1). P.52-8.
11. Pıçı I. K. Patient Positioning for Surgery By Chris Servant and Sean Purkiss. *Greenwich Medical Media*. 2003. ISBN 1841100528.
12. Rosdahl C.B., Kowalski M.T. Textbook on the basics of nursing. *Lippincott Williams and Wilkins*. 2008.
13. Park C.K. Effect of patient positioning on intra-abdominal pressure and blood loss in spine surgery. *Anesthesia and analgesia*. 2000. 91 (3). P.552-557.
14. Price P., Frey K. B., Junge T. L. Surgical Technology for Surgical Technologists: A Positive Approach to Care. *Taylor and Francis*. 2004. <https://nurseslabs.com/patient-positioning/>
15. Weiner C., Kalichman L., Ribak J, Alperovitch-Najenson D. Repositioning a passive patient in bed: Choosing an ergonomically advantageous assistive device. *Applied ergonomics*. 2017. Apr 1.60. P.22-9.
16. <https://langs.physio-pedia.com/uk/positioning-uk/>



*Методичні рекомендації*

Грейда Наталія Богданівна

Позиціонування пацієнта у фізичній  
терапії та ерготерапії  
«Позиціонування пацієнта у  
фізичній терапії та ерготерапії»,  
четвертий курс

Видання друкується в  
авторській редакції