

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



Наталія Грейда

ОСНОВИ ЕРГОТЕРАПІЇ
Навчально-методичний посібник



Луцьк, 2023

УДК 615.825:796
Г81

Рекомендовано до друку науково-методичною радою Волинського національного університету імені Лесі Українки
(Протокол № 9 від 22 травня 2023 р.)

Рецензенти:

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

Борцевич Святослав Володимирович – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна»

Грейда Н.Б. Основи ерготерапії: навчально-методичний посібник. Луцьк, 2023. 193 с.

У навчально-методичному посібнику дано обґрунтування вибору методів та засобів ерготерапії, які спрямовані на поступове навчання пацієнтів правильним (простим і складним) рухам; на формування навичок самообслуговування для покращення загального стану та зниження ризику появи вторинних ускладнень.

Рекомендовано здобувачам освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія», які вивчають освітній компонент «Основи ерготерапії», фахівцям з фізичної терапії (реабілітації). Буде корисними для науковців та викладачів в галузі охорони здоров'я.

УДК615. 825(075.8)

Г81

© Грейда Н.Б., 2023.

© Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	5
Розділ 1. Тематичне обґрунтування ерготерапії	10
Розділ 2. Ерготерапевтичне втручання. Основні принципи, завдання, методики та тестування	33
Розділ 3. Завдання для самостійного опрацювання	172
Розділ 4. Політика оцінювання	173
Розділ 5. Підсумковий контроль	179
Розділ 6. Перелік питань для перевірки знань	181
Висновки	186
Література та інтернет-ресурси	188

ВСТУП

Освітній компонент «Основи ерготерапії» спрямований на вивчення особливостей покращення повсякденної й інструментальної діяльності та набуття навичок самообслуговування осіб після травм, осіб з вродженими та набутими вадами опорно-рухового апарату та осіб з інвалідністю; історію виникнення ерготерапії; завдання та об'єкт ерготерапії; основні етапи планування та проведення ерготерапії; стадії вироблення та закріплення тимчасових та постійних компенсацій; методики визначення наявних порушень; особливості складання плану та ерготерапевтичного втручання. Вибір методів та засобів ерготерапії залежить від загального стану пацієнта/клієнта, наявності супутніх захворювань та ускладнень, а також від результатів консультації з лікуючим лікарем щодо наявних протипоказань та застережень. Якнайшвидший початок процесу ерготерапії (вже у відділенні інтенсивної терапії) сприяє покращенню загального стану пацієнта та суттєво знижує ризик появи вторинних ускладнень (відлежин, контрактур, дихальних ускладнень тощо). Ерготерапія проводиться після стабілізації стану пацієнта. Заняття розпочинаються лише після бесіди з пацієнтом на тему усвідомлення необхідності навчання новим руховим діям.

Свідома та активна участь пацієнта, його власна мотивація та розуміння потреби до навчання в разі сприяє досягненню ефективного результату та самостійності пацієнта. Основний принцип запропонованої програми ерготерапії - виконання рухових дій спочатку в полегшених умовах, потім - в умовах стаціонарної палати чи кімнати, розвиток тих фізичних якостей, які необхідні для виконання специфічних рухових дій вдома, поза місцем проживання, в соціумі та для відновлення професійної діяльності. Поступове навчання (відновлення) правильним (простим і складним) рухам, що призводить до їх нейрорефлекторного закріплення у

вигляді вмінь та навичок. Для досягнення цієї мети необхідним є знання методики визначення обмежень життєдіяльності у пацієнтів; використанням шкал для оцінки наявних обмежень у пацієнтів та основних допоміжних засобів й інвентарю при проведенні ерготерапії.

3. Мета і завдання освітнього компонента:

Метою освітнього компонента «Основи ерготерапії» є формування у здобувачів освіти цілісного уявлення про методику ерготерапії, яка спрямована на визначення потреб пацієнта з порушеннями рухових функцій; формування навичок самообслуговування, тобто тих вмінь, які необхідні особі для самостійного харчування, справляння потреб, користування ванною кімнатою та одяганням/роздяганням; основним методикам відновлення та розвитку дрібної моторики.

Завданням освітнього компонента «Основи ерготерапії» є:

- сформувані у здобувачів освіти цілісне уявлення про ерготерапію, яка спрямована на поступове покращення всіх сфер життя і діяльності пацієнта;
- засвоїти спеціальні концептуальні знання, які потрібні для покращення побутових дій пацієнта;
- досягнути максимально можливої незалежності пацієнта у навичках самообслуговування;
- навчити особливостям ергодіагностики та поетапності ерготерапевтичного втручання;
- правильно підбирати необхідні шкали, опитувальники, методи спостереження для оцінки обмежень в окупаційній діяльності пацієнтів з різними нозологіями;
- облаштовувати навколишнє середовище пацієнтів для полегшення їх соціального життя (вдома, на подвір'ї, на роботі);
- працювати спільно з мультидисциплінарною командою;
- індивідуально планувати заходи щодо відновлення трудового та

соціального життя пацієнтів;

- виробити базові навички розробки ерготерапевтичного втручання з застосуванням засобів та методів полегшення оволодіння методам соціально-побутової адаптації та навичками самообслуговування;

- сформувані розуміння сфер діяльності ерготерапевта, таких як повсякденна та інструментальна діяльності та участь у соціальному житті;

- забезпечити уміння розвивати ті фізичні якості, які необхідні для подальшої адаптації в соціумі та професійній діяльності;

- навчити використовувати методики для активності у повсякденному житті пацієнтів різних вікових категорій та при різних нозологіях;

- оцінювати можливості пацієнта перед проведенням ерготерапії, складати план занять з ерготерапії та визначати очікуваний результат впливу.

4. Результати навчання (компетентності)

Інтегральна компетентність (ІК)

До кінця навчання здобувачі освіти повинні бути компетентними у таких питаннях:

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.

До кінця навчання студенти повинні бути компетентними у таких питаннях:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК 01 Здатність до розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК 03 Здатність до міжособистісної взаємодії.

ЗК 04 Здатність працювати в команді.

ЗК 05 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.

ЗК 13 Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.

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 8 Здатність ефективно реалізовувати програму фізичної терапії та/або ерготерапії

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

ФК 13 Здатність навчати пацієнта/опікунів самообслуговуванню/догляду, профілактиці захворювань, травм, ускладнень та неповносправності, здоровому способу життя.

Програмні результати навчання (ПРН)

ПР 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

ПР 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).

ПР 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.

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

ПР 5 Надавати долікарську допомогу при невідкладних станах та патологічних процесах в організмі; вибирати оптимальні методи та засоби збереження життя.

ПР 6 Застосовувати методи й інструменти визначення та вимірювання структурних змін та порушених функцій організму, активності та участі), трактувати отриману інформацію класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ ДП).

ПР 9 Реалізувати індивідуальні програми фізичної терапії, ерготерапії.

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

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

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

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

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

ПР 15 Вербально і невербально спілкуватися з особами та групами співрозмовників, різними за віком, рівнем освіти, соціальною і професійною приналежністю, психологічними та когнітивними якостями тощо, у мультидисциплінарній команді.

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

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

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

Тематичний план лекційних занять

Тема 1. Історія розвитку ерготерапії. Професійні обов'язки ерготерапевта. Мета застосування ерготерапії в комплексних реабілітаціях.

Тема 2. Основні методи ерготерапії. Основні принципи ерготерапії. Принципи відновної терапії, на засадах якої сформувалася ерготерапія. Методи обстеження у ерготерапії для різних нозологічних груп пацієнтів. Анамнез (розмова). Спостереження. Стандартизовані тести.

Тема 3. Оцінювання великої моторики. Оцінювання дрібної моторики. Оцінювання хапання. Порушення хапання. Оцінювання чутливості

Тема 4. Ерготерапія пацієнтів з руховими порушеннями. Ерготерапія для пацієнтів із психосоціальними розладами. Ерготерапевтичні методи, що використовуються для пацієнтів з різним порушенням функцій.

Тема 5. Ергодіагностика

Тема 6. Дитяча ерготерапія

Тема 7. Ерготерапія людей похилого та старечого віку.

РОЗДІЛ 1. ТЕМАТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕРГОТЕРАПІЇ

Тема 1. Історія розвитку ерготерапії. Професійні обов'язки ерготерапевта.

Мета застосування ерготерапії в комплексних реабілітаціях.

Короткий виклад матеріалу

Зробімо крок назад і подивимось на історію окупаційної терапії (ерготерапії). Чи можна виокремити окремі фактори, підґрунтя, основні поштовхи її створення?

Ідея ерготерапії / окупаційної терапії (ОТ) виникла у 18 столітті у Франції, в межах руху «моральна терапія», активними учасниками якого були Філіп Пінель та Вільям Тук. Вони вірили у повагу до кожної особистості, незалежно від її фізичного і розумового стану. Вони вперше застосували повсякденну діяльність для реабілітації людей з різного роду інвалідностями, психологічними та психічними проблемами, які на той час утримувались як у в'язниці.

У 1917 році окупаційна терапія стала офіційною професією. Після Першої та Другої світових війн, окупаційні терапевти почали працювати із ветеранами війни, використовуючи повсякденні дії, щоб прискорити процес їхньої реабілітації. Сьогодні окупаційні терапевти працюють у різноманітних закладах, зокрема, у лікарнях, школах, дошкільних закладах, закладах для людей похилого віку, у закладах послуг для громади.

Термін «Ерготерапія» походить від латинського *ergon* – праця, заняття, і грецького *therapia* – лікування. Ерготерапія – це комплекс методів, що спрямовані на допомогу пацієнту в повсякденному житті й сприяють розвитку, відновленню й підтримці необхідних побутових навичок і дій. Цей розділ медицини вивчає методи і засоби відновлення рухової активності кінцівок за допомогою різних тренажерів і ігрових завдань. Ерготерапія спрямована на зцілення через діяльність.

Мета ерготерапії – не просто відновити втрачені рухові функції, а й заново адаптувати людину до нормального життя, допомогти йому досягти максимальної самостійності і незалежності в побуті.

Термін «окупаційна терапія» в перекладі від англійського «occupation», означає «повсякденні дії». Процес окупаційної терапії може означати приготування обіду, прання одягу, будь-що, що людина робить щодня. Для матері - це піклування про її дітей, готування їм їжі, одягання; для студентів/учнів – навчання та виконання домашніх завдань. Особливістю ОТ є те, що ерготерапевт використовує ці повсякденні дії як терапію.

Коли пацієнт виконує ці дії із відповідною метою, вони набувають особливого психологічного, соціального та емоційного значення. ОТ приділяє значну увагу потребам пацієнта та тому, що йому подобається, чого він хоче, до чого прагне; так само і тому, хто він, що хоче робити, чого від нього очікують і що йому потрібно.

Окупаційні терапевти розглядають людину як ціле та враховують те, яким є її фізичне тіло, психічний стан, оточення, соціальна підтримка та мотивація. Увага приділяється моторним навичкам, когнітивним здібностям (явища пов'язані з мисленням; такі як: сприйняття, інтелект, мова, пам'ять, увага, міркування, емоції, розум і свідомість), емоційному та психологічному здоров'ю, навичкам соціальної взаємодії. Окупаційний терапевт розробляє підхід до кожного випадку, щоб допомогти людині стати більш незалежною та покращити якість її життя.

Хто є цільовою аудиторією окупаційної терапії?

Кожен. Зокрема можна виділити роботу з людьми з інвалідністю будь-якої форми, а також тих, хто одужує після травми. Ще під час навчання майбутні ерготерапевти мають заняття у лікарнях для передчасно народжених дітей, у закладах з послуг у громаді та в закладах для людей похилого віку. ОТ підходить для всіх людей, які хочуть стати більш незалежними та інтегруватись у соціальне життя.

Як можна визначити мету ОТ?

Основне призначення ОТ – покращити якість життя людини. Тож ерготерапевти працюють з різного роду перешкодами, які заважають повноцінному життю. Такими як захворювання, інвалідність чи навіть похилий вік.

Як використовуються повсякденні дії, щоб вони мали терапевтичний ефект?

Існує робоча рамка ОТ. Ерготерапевти розділяють сфери терапії, які називаються сферами діяльності, у 8 секцій. Перша секція називається «Повсякденні діяльності». До «Повсякденних діяльностей» відноситься те, що є критично важливим для життя: їсти, купатися, спати, чистити зуби тощо.

«Інструментальні діяльності» становлять другу секцію та передбачають наступне: ведення хатніх справ, задоволення медичних потреб, сплата комунальних послуг, похід у кафе тощо.

Іншими секціями є: відпочинок і сон; освіта; робота; гра; дозвілля; участь у соціальному житті.

Тема 2. Основні методи ерготерапії. Основні принципи ерготерапії. Методи обстеження у ерготерапії для різних нозологічних груп пацієнтів.

Короткий виклад матеріалу

Ерготерапія – це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, що спрямована на тренування дрібної моторики і координації, вона включає в себе знання з декількох спеціальностей – психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії. За допомогою ерготерапії поліпшуються не тільки рухові, а і когнітивні й емоційні можливості [7]. Ерготерапія розроблена ще й для того, щоб пробудити в пацієнтах бажання вчитися чомусь новому, спілкуватися на рівних зі своїм оточенням, розважатися і навіть піклуватися про інших. Повсякденна діяльність включає в себе самообслуговування, трудову діяльність, дозвілля і пов'язані з цим міжособистісні відносини. Кінцева мета

ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людини, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті [8].

Для України ерготерапія – порівняно новий метод реабілітації, однак в Західній Європі та Америці вона відома більше 60 років. Ця спеціальність почала формуватися в післявоєнні роки, коли з фронту додому повернулися люди, яких війна перетворила в інвалідів. Всі вони потребували реабілітації. Їх доводилося заново вчити робити найелементарніші речі, необхідні в повсякденному житті – самостійно умиватися і одягатися, тримати виделку, підтримувати чистоту в будинку. Але, крім того, ці люди потребували і соціальної адаптації. Адже здорова людина, що раптово постраждала від хвороби, часто падає духом і починає вважати, що відтепер життя для неї закінчено. Вона стає пасивною і залежною, а це не тільки відсуває одужання на невизначений термін, а й ускладнює життя її близьких, яким і так жити нелегко. Саме для того, щоб змінити цю ситуацію, і були розроблені методи ерготерапії [9].

Ерготерапія пропонує унікальний міждисциплінарний реабілітаційний підхід, який поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації (абілітація – система заходів та соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування) [10] та компенсації (адаптації). Реабілітація має на меті відновлення функцій організму, які були втрачені внаслідок хвороби або травми.

Наприклад, ерготерапевти працюють над відновленням великої та дрібної моторики після ортопедичної травми для відновлення функцій опорно-рухового апарату. Так, людина із множинними переломами кісток верхньої кінцівки та ураженнями нервів звертається із направленням лікаря до ерготерапевта. Ерготерапевт підбирає індивідуальну програму фізичних вправ для ураженої кінцівки, навчає пацієнта, як правильно контролювати набряк, за необхідності

виготовляє ортези і складає реабілітаційну програму занять для відновлення втрачених функцій.

Завдяки ерготерапевту людина відновлює можливість користуватися мобільним телефоном, відкривати кран у ванній кімнаті, самотійно застібнути гудзики на одязі та ін. Абілітація спрямована на здобуття нових навичок та вмій для виконання завдань у повсякденному житті. Наприклад, дитина із вродженою патологією розвитку за допомогою ерготерапевта вчиться інтегрувати примітивні рефлекси для того, щоб самотійно підвестися із ліжка вранці, а дитині із аутизмом ерготерапевт допомагає навчитися послідовності виконання дій ранкового ритуалу. Із фізичної точки зору, ерготерапевт допомагає дитині розвивати опорно-рухову, когнітивну (пізнання, перетворення) та сенсорну систему організму для того, щоб, наприклад, самотійно ходити в туалет.

Компенсація або адаптація є невід'ємною та творчою частиною ерготерапії, яка дає можливість людям брати участь у повсякденному житті, незважаючи на обмежені можливості свого організму. За відсутності необхідної функції організму, людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій. Прикладом адаптації людини із інвалідністю може бути використання протезів людьми із ампутаціями, комп'ютерних систем людьми із паралічем усіх кінцівок, створення адаптованих столових приборів для самотійного харчування, використання альтернативного методу одягання сорочки, або навіть пристосування ванної кімнати до потреб людини, яка користується інвалідним візком.

Найважливіше завдання ерготерапії – допомога у вирішенні конкретних проблем, які виникають у пацієнта при виконанні нормальних повсякденних справ, для цього він повинен виконувати різні вправи, наприклад, відкривання дверей, малювання якоїсь фігури (кола) тощо. Контролюючи процес, лікар усвідомлює для себе фактичне обмеження обсягу рухів пацієнта та складає індивідуальний план терапії для хворого.

Існує багато методів ерготерапії, наприклад: функціональні ігри, мобілізація суглобів, захист суглобів (консультації та навчання), тренування функції м'язів, регулювання тону м'язів, тренування координації, навчання малим правильним рухам, тренування чутливості, тренування сприйняття, тренування написання текстів та інші навчання навичок, що необхідні в повсякденному житті, арт-терапія засобами плетіння, малювання, вільна творча робота з різними матеріалами з метою отримання видимих результатів і, як наслідок, незабутніх вражень від успіху.

Постановою Кабінету Міністрів України від 01 лютого 2017 року № 53 було внесено до Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти спеціальності «227 Фізична терапія, ерготерапія» для ступеня бакалавр і «227.01 Фізична терапія», «227.02 67 Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології № 1 / 2017 Ерготерапія» для ступеня магістр. Відповідні доповнення внесено наказом МОЗ від 07.11.2016 № 1171 до Випуску 78 «Охорона здоров'я» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Так, лікар фізичної та реабілітаційної медицини повинен мати повну вищу освіту (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціальності «Медицина», а також спеціалізацію за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина» (магістерський рівень освіти) або диплом магістра за спеціалізацією «Фізична та реабілітаційна медицина». Відповідно, лікарю-фізичному терапевту необхідно мати диплом про вищу освіту за спеціалізацією «227.01 Фізична терапія», а лікарю-ерготерапевту – «227.02 Ерготерапія» [11].

Ерготерапія: 1) при різній патології ерготерапія допомагає людям у повноцінній життєдіяльності – тобто в усьому, чим ми займаємося від першої хвилини, як прокидаємося зранку, до того моменту, коли засинаємо вночі; 2) зміни, які проводяться у підготовці фахівців з фізичної терапії та ерготерапії спрямовані на підвищення якості освіти випускників вищих учбових закладів,

престижу спеціальностей «Фізична терапія та ерготерапія», які вкрай потрібні в сучасній Україні.

Тема 3. Оцінювання великої моторики. Оцінювання дрібної моторики.

Оцінювання хапання. Порушення хапання. Оцінювання чутливості

Ерготерапія є важливою частиною реабілітації. Ерготерапія здійснюється на усіх її етапах, тобто під час медичної, соціальної, педагогічної, освітньої та трудової реабілітації.

Ерготерапевти мають можливість здійснювати професійну діяльність як у сфері охорони здоров'я, так і у сфері соціальних послуг. У медичних закладах ерготерапевти працюють у відділеннях, де рятують життя пацієнтів (наприклад, у відділенні цереброваскулярної патології), у клінічних відділеннях з гострою патологією, у денних стаціонарах, в амбулаторіях та у стаціонарних відділеннях спеціалізованих медичних закладів. У сфері соціальних послуг ерготерапевти працюють у денних стаціонарах різного типу, будинках для людей похилого віку й інших закладах. Принципово важливим в обстеженні, яке проводить ерготерапевт, є визначення психосенсомоторної здатності людини працювати. В системі охорони здоров'я людину з інвалідністю називають «пацієнт», тоді як у соціальній сфері — «клієнт». Ерготерапевт професійно затребуваний і в медицині, і в соціальній сфері, тож може використовувати обидва терміни: термін «пацієнт» — у медзакладах, а термін «клієнт» — у сфері соціальних і трудових послуг, в ергодіагностиці та трудовій реабілітації (англ. prevocational and vocational rehabilitation). У своїй практиці з клієнтами ерготерапевти приділяють увагу кільком основним сферам.

Ерготерапевти зосереджуються головним чином на:

- самостійності;
- визначенні допоміжних засобів для компенсації, реабілітації та використання сучасних технологій;
- моториці та функціях верхніх кінцівок;

- когнітивно-поведінковій терапії (діагностується психологом);
- ергодіагностиці (функціональне оцінювання психосенсомоторного потенціалу участі у продуктивній діяльності);
- оцінюванні помешкання та пропозицій щодо забезпечення умов для людей з інвалідністю;
- розпорядку дня, відпочинку та дозвілля.

У всіх вищезгаданих сферах процес ерготерапії починається з обстеження та визначення функціонального рівня. Тоді ерготерапевт разом з іншими членами міждисциплінарної команди (лікар, ерготерапевт, фізичний терапевт, психолог, логопед, спеціальний педагог, медсестра, біомедичний інженер) визначають короткотермінові та довготермінові завдання ерготерапії задля досягнення поставленої мети.

Перш за все, ерготерапевт проводить детальне дослідження рухових можливостей хворого, навичок самообслуговування, відчуття хворим власного тіла і навколишнього простору, ступеня уваги хворого до своєї проблеми.

На підставі отриманих даних ерготерапевт підбирає комплекс індивідуальних для кожного хворого заходів. Так, наприклад, в одному випадку хворого можна відразу ж вчити ходити і користуватися ліфтом, а в іншому випадку доведеться починати з тренінгу по пересуванню в ліжку, одягання, особистої гігієни та висаджування.

Також ерготерапевт підбирає технічні засоби реабілітації та інвалідну техніку, налаштовує і адаптує їх під конкретного хворого і навчає їх використання.

Ерготерапія - це важливий інструмент, яким повинен володіти фахівець. Саме тому всі інструктори проходять обов'язкове навчання і підвищення кваліфікації з ерготерапії на базі навчального центру.

Одне з важливих напрямків діяльності ерготерапевтами - ерготерапія руки. Лікар допомагає пацієнтові відновити функції руки, такі як: опора і рух; маніпуляція з предметом, захоплення; комунікація, жестикуляція. Іншими

словами, відбувається відновлення рухливості суглобів, відновлення рухів руки і контролю над рухом, відновлення функціональної активності, що необхідно в звичайному житті.

Ерготерапія руки може застосовуватися при багатьох захворюваннях рук, таких як травми, переломи, інсульт, неврологічні захворювання, ревматизм, ревматоїдний артрит, контрактури, запальні захворювання, тунельні синдроми і т.д. Доцільність застосування окремих методик ерготерапії в кожному конкретному випадку визначає ерготерапевт

Мета в ерготерапії - обов'язкова умова лікування. Всі заходи повинні бути спрямовані на досягнення конкретних, зрозумілих і вимірних цілей. Всі цілі терапії ерготерапевт ставить спільно з пацієнтом, орієнтуючись, перш за все, на його потреби.

Родичі і найближче оточення хворого - ще один невід'ємний компонент реабілітації. Ерготерапевт узгоджує свої дії з родичами і обговорює з ними цілі і завдання лікування. Крім того, родичі повинні знати, як хворий виконує ту чи іншу дію. Це дозволить продовжувати лікування і під час відсутності ерготерапевтами. Спеціаліст обов'язково навчає родичів хворого необхідним навичкам.

Тема 4. Ерготерапія пацієнтів з руховими порушеннями. Ерготерапія для пацієнтів із психосоціальними розладами. Ерготерапевтичні методи, що використовуються для пацієнтів з різним порушенням функцій

Короткий виклад матеріалу

Методи і тренінги, які використовують в ерготерапії:

- Тренінги Активності повсякденному житті (ADL): одягання, пересування, прийом їжі, особиста гігієна.
- Нейропсихологічний тренінг.
- Подолання неглекта.
- Метод сенсорної інтеграції.

- Дзеркальна терапія.
- Метод Перфетто.
- Базальна стимуляція.
- Метод рефлекторної інтеграції.
- Когнітивно-поведінкова терапія.

Тренінги Активності повсякденному житті (ADL)

Дані тренінги направлені на відновлення і підтримання базових навичок самообслуговування, таких як одягання, прийом їжі, умивання, переміщення в ліжку і т.д. Крім безпосереднього відновлення елементарних соціальних навичок, ці тренінги роблять життя хворого більш активної, привчають до самодисципліни і дають відчуття комфорту і незалежності від оточуючих.

Нейропсихологічний тренінг

Тренінг спрямований на відновлення розумових і пізнавальних здібностей пацієнта, на відновлення пам'яті, на здатність утримувати увагу, а також на здатність вчасно його перемикаєти.

Тренінг подолання неглекта

Однією з важливих задач в процесі реабілітації є тренінг подолання неглекта. Неглект - це порушення сприйняття простору і власного тіла, що виражається в ігноруванні паретичної половини тулуба і/або простору та інформації з ураженої сторони. Розрізняють такі види неглекта: зоровий, сенсорний, руховий, слуховий. Для подолання неглекта використовуються різні прийоми залучення уваги до ураженої сторони: підбираються зорові і тактильні стимули. Часто для залучення уваги до ураженої сторони доводиться перекладати хворого і переставляти меблі в кімнаті. Великою складністю в подоланні неглекта є усвідомлення самого дефекту. В першу чергу, хворого потрібно навчити пам'ятати про те, що він недостатньо уваги приділяє одній стороні. У лікуванні неглекта активно застосовуються різні маркери, що підвищують помітність.

Методи сенсорної інтеграції

Даний метод дозволяє за допомогою різних стимулів (тактильних, пропріоцептивних, і т.д) відновити відчуття окремих частин тіла, їх положення в просторі, напрямку і швидкості руху.

Дзеркальна терапія

Тренінг проводиться з використанням дзеркала, яке встановлюється таким чином, щоб створене відображення здоровій кінцівці сприймалося як хвора кінцівка. Дзеркальна терапія дозволяє подолати відвикання від хворої кінцівки, що часто використовують при ампутованій кінцівці. Для даного виду терапії важливо, щоб пацієнт міг сконцентруватися на виконанні завдання.

Метод Перфетто

За допомогою даної методики пацієнт отримує можливість заново отримувати інформацію від власного тіла, метод дозволяє навчити відчувати своє тіло, розрізняти положення частин тіла. За рахунок такого перенавчання можна значно поліпшити контроль за рухами і зменшити спастичу. Метод Перфетто - це метод дотиків. Ерготерапевт торкається до різних ділянок тіла і кінцівок. Хворий навчається розрізняти дотики по силі, напрямку, жорсткості, текстурі і т.д. Також пацієнт вчиться диференціювати руху в кожному суглобі, розрізняти положення окремих сегментів тіла і кінцівок. Хороші результати дає метод Перфетто в лікуванні неглекта.

Базальна стимуляція

Це метод, завдяки якому у пацієнта з обмеженням функцій частин тіла відбувається стимуляція органів сприйняття і обробки інформації за допомогою найпростіших (базових - від basis, основних) подразників, внаслідок чого ці обмеження знімаються.

Пацієнт заново навчається:

- сприймати своє тіло і його кордони;
- сприймати частини тіла і їх функції
- зберігати рівновагу і сприймати положення свого тіла в просторі.

Види базальної стимуляції:

- соматична - стимулюється чутливість різних частин тіла за допомогою дотиків,
- вестибулярна - стимуляція вестибулярного апарату, рівноваги тіла в спокої і при русі,
- вібраційна - стимулюється чутливість різних частин тіла за допомогою віброуючих пристроїв: іграшок, масажерів і.т.д.

Методи рефлекторної інтеграції

Метод спрямований на придушення й інтеграцію збережених рефлексів новонароджених в період взросління.

Рефлекси новонароджених - група рефлексів, формуються у дитини до народження і необхідні для забезпечення нормального проходження через родові шляхи і життєдіяльності новонародженого протягом перших місяців. Ця група рефлексів включає в себе рефлекс Моро, асиметричний шийно-тонічний рефлекс, симетричний шийно-тонічний рефлекс, лабіринтно-тонічний рефлекс, рефлекс Галанта, рефлекс Бауера, рефлекс орального автоматизму, долонно-ротовий, хапальний рефлекс.

У нормі ці рефлекси пригнічуються (інтегруються) протягом першого року життя. Якщо інтеграції не відбулося, вони перестають виконувати свою функцію і починають заважати формуванню природних рухів.

Для корекції моторних патернів кожного рефлексу складається свій комплекс вправ. Ці ж вправи знімають м'язову напругу, дозволяють стимулювати пропріоцептивну систему, налагоджують взаємозв'язок між групами м'язів, сухожиллями і зв'язками.

Когнітивно-поведінкова терапія

Це метод лікування психічних розладів і психологічних проблем, при якому виявляються свідомі і несвідомі причини і виробляється тактика для їх коригування. Даний вид терапії має на увазі активну взаємодію лікар-пацієнт, в

результаті якого формується раціональна поведінка з оптимістичним поглядом на стресові ситуації.

Коли ми виявляємо, що є бар'єри для участі у цих сферах, ми використовуємо відповідні методи допомоги.

Наприклад. Є людина з інвалідністю, якій важко чистити зуби. Вона може взяти зубну щітку, але внаслідок певних порушень рухової функції, їй непросто виконати цю дію. Як окупаційний терапевт допоможе з цим?

Це залежить від типу інвалідності. Кожна інтервенція (метод втручання) фокусується на людині індивідуально, тому немає загального способу роботи з клієнтом.

Припустімо, що ми маємо справу з атактичним типом церебрального паралічу – у людини може бути просто недостатньо м'язової сили, щоб використовувати зубну щітку. Будь-який фахівець, який не є окупаційним терапевтом, за цього випадку працюватиме на зміцнення м'язів рук. Ерготерапевт зробить це ж саме, але використає для цього звичайну діяльність. Одним з таких занять може бути гра з глиною.

А як розуміти сектор дозвілля? Як окупаційний терапевт може його використовувати, щоб допомогти людині соціально інтегруватись?

Часто бар'єром у сфері дозвілля є психічне, психологічне або емоційне порушення. Ерготерапевт навчає своїх пацієнтів копінговим стратегіям, дихальним вправам, інколи займається йогою. Обговорює тривоги пацієнта, чому він боїться бути у громадських місцях. Часто проводиться групова терапія, може використовуватись рольова гра, щоб розглянути різні стратегії соціальної взаємодії.

Переваги ОТ – це те, що терапевт дійсно проходить зі своїм пацієнтом через щоденну рутину. Коли пацієнту потрібно сходити в магазин, терапевт піде разом з ним і навчатиме його робити це самостійно. І це допомагає клієнту інтегруватися в соціальне життя.

Тема 5. Ергодіагностика

Короткий виклад матеріалу

Ергодіагностика або дотрудова реабілітація є одним із засобів реабілітації.

Комплексний ергодіагностичний процес визначає у пацієнта/клієнта залишковий трудовий потенціал і пропонує відповідну стратегію. Йдеться про пропозицію загального працевлаштування й рекомендації щодо введення у процес трудової реабілітації, в межах якої тренують/напрацьовують необхідні навички для обіймання певної посади. Ергодіагностику проводять у медичних закладах, пов'язаних із Центрами зайнятості, що мають у своїй компетенції трудову реабілітацію.

На ергодіагностичне дослідження приходять найчастіше такі особи:

- з діагнозами різного типу;
- з функціональними порушеннями різного рівня;
- активного віку з довгостроковою або постійною інвалідністю;
- з пенсією через інвалідність;
- які раніше ніколи не працювали;
- які мають значний трудовий анамнез;
- що мешкають вдома або у відповідній установі;
- зареєстровані у Центрі зайнятості.

Процедура ергодіагностики

В країнах західної Європи процес розпочинається із заяви, надісланої до Центру ергодіагностики.

Провести ергодіагностичне обстеження зазвичай просить Центр зайнятості, лікар або сам клієнт. Ергодіагностичне обстеження оплачує заявник. Якщо заявником є лікар, то воно оплачується коштом медичного страхування, оскільки це не класична ергодіагностика в прямому сенсі цього слова, а дослідження функціонального потенціалу. Якщо ж заяву подає Центр зайнятості, то він й оплачує ергодіагностику.

В ергодіагностичному центрі заяву опрацьовує координатор напряду ергодіагностики, найчастіше це медико-соціальний працівник. Координатор призначає клієнтові час медичного ергодіагностичного обстеження. Лікар скеровує на обстеження до інших фахівців, а саме:

- ергометричне обстеження;
- психологічне обстеження;
- ерготерапевтичне обстеження;
- фізіотерапевтичне обстеження;
- соціальне дослідження;
- та інші (логопедичне, обстеження спеціальним педагогом тощо).

На консиліумі окремі фахівці міжпрофесійного реабілітаційного колективу надають свої рекомендації та висновки. Лікар несе повну відповідальність за ергодіагностичне дослідження, за окремі призначення й за остаточний висновок.

Зроблені висновки мають бути зафіксовані в заключному ергодіагностичному звіті лікаря, який надсилається у відповідний Центр зайнятості. У заключному звіті повинні бути вказані позитивні рекомендації, тобто те, що клієнт здатен робити самостійно, і чим конкретно він може займатися в межах трудового процесу із призначенням потрібних робочих допоміжних засобів, тривалості робочого дня, необхідних перерв тощо.

Для адміністративних працівників Центру зайнятості це може бути ключовою інформацією щодо можливостей заявника та його реалізації на ринку праці.

Заключний звіт має містити таку інформацію:

- Розгляд можливостей працевлаштування (пропозиція щодо посади).
- Трудовий потенціал клієнта (що клієнт може виконувати і який його поточний функціональний стан з огляду на можливості працевлаштування).

- Позитивні рекомендації для клієнта (з чим клієнт здатний впоратися й що може робити).
- Негативні рекомендації — обмеження для клієнта (з чим клієнт не справляється й чого не в змозі виконати).

На реабілітаційний консилиум, тобто на зустріч міжпрофесійного колективу, слід, у разі необхідності, запросити консультанта з вибору професії із відповідного Центру зайнятості або ж працівника агентства зайнятості. На цьому заході ще можна провести обговорення певних видів діяльності, щоб за його результатами встановити, чи пацієнт/клієнт може обіймати певну посаду. Наприклад, у великому місті необхідно навчити їздити на роботу громадським транспортом, якщо установа розташована далеко від місця проживання клієнта (пацієнта).

В ерготерапевтичному звіті лікаря має бути зафіксоване рішення, яка посада є прийнятною для клієнта, чи клієнт може повністю реалізуватися на цьому робочому місці, або ж його слід спрямувати на подальшу трудову реабілітацію і приділити увагу практикуванню певних видів діяльності, щоб у майбутньому клієнт зміг отримати бажану роботу. Трудова реабілітація забезпечується відповідним Центром зайнятості, який веде облік осіб, зацікавлених у проведенні цього виду реабілітації. Деяким пацієнтам/клієнтам необхідно запропонувати можливість часткової зайнятості або ж захищеного робочого місця.

Під час процесу ергодіагностики незамінними є дослідження окремих фахівців міжпрофесійного колективу. Медико-соціальний працівник найчастіше виконує роль координатора ергодіагностики.

В межах ергодіагностики фізіотерапевт проводить класичне фізіотерапевтичне обстеження, зорієнтоване на відповідний вибір професії. Тобто він оцінює, чи моторні можливості клієнта є на достатньому рівні, щоби він міг впоратися з обраною трудовою діяльністю та був спроможний надалі залишатися на цій посаді. Фізіотерапевт виконує – в рамках ергодіагностики –

детальний кінезіологічний аналіз, включно з визначенням амплітуди руху основних суглобів, визначенням м'язової сили тощо. Фізіотерапевт проводить ергодіагностичне оцінювання та функціональне тестування в тісному співробітництві з ерготерапевтом.

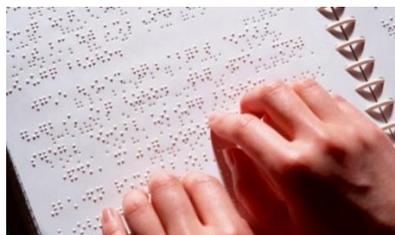
Клінічний психолог забезпечує психодіагностику в рамках ергодіагностики.

Ерготерапевт у зазначеному процесі займає чільне місце. Під час первинного обстеження ерготерапевт з'ясовує детальну інформацію про отриману клієнтом освіту, про досвід роботи, збирає соціальний анамнез, орієнтовно визначає рівень пізнавальних функцій. Він також визначає здатність виконувати повсякденну діяльність, функціональну моторику верхніх кінцівок, з'ясовує інтереси та звички клієнта, його щоденний і тижневий режим, обов'язки впродовж тижня, навички, уявлення про потенційну роботу, а також інші необхідні дані.

Ерготерапевт використовує різноманітні тести, методи або типову діяльність, на підставі яких проводить аналіз результатів і розробляє план реабілітації, щоб забезпечити його реалізацію. У визначений час терапевт коригує ерготерапевтичний план, надає консультації, проводить інструктаж, а наприкінці всього процесу дає остаточну оцінку та звіт.

Тема 6. Шрифт Брайля для незрячих. Значення та перспективи

Короткий виклад матеріалу



Шрифт Брайля – це рельєфно-крапковий тактильний шрифт, який використовують незрячі та слабозорі для написання та читання. Користуватися ним можуть незрячі від народження та ті що втратили зір в дитячому, дорослому та старшому віці, а також сліпо-глухі.

З 2019 року 4 січня у світі відзначають Всесвітній день азбуки Брайля. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі близько 180 мільйонів людей мають порушення зору, з яких приблизно 45 мільйонів повністю сліпі, а 135 мільйонів мають слабкий зір.

З метою підвищення обізнаності про значення азбуки для реалізації прав людини сліпих і слабоворих людей, у 2019 році Генеральна Асамблея ООН постановили відзначати 4 січня Всесвітній день азбуки Брайля - у день народження Луї Брайля. Саме він свого часу створив те, що допомагає людям з вадами зору читати, писати, працювати на комп'ютері і грати на музичних інструментах.

Луї Брайль став незрячим ще у ранньому дитинстві, утім вже у 15 років він винайшов власний шрифт, який допомагав пізнавати світ. Цю систему намагалися використовувати військові як "нічний шрифт", коли було темно і потрібно було читати навпомацки.

Історія винайдення.

Початок бере з Часів Наполеона. Воєнний Шарль Барль шифрував повідомлення та на замовлення Наполеона в 1808 році розробив «нічну азбуку» (спосіб кодування повідомлень що дав змогу отримувачам читати тексти повідомлень всліпу і безшумно).

Нічна азбука себе добре зарекомендувала. У 1820 році Барб'є звернувся у Французьку національну школу для сліпих з пропозицією показати дану азбуку. Цю мрію він здійснив через рік. Учні сприйняли її добре оскільки шрифт Гаюї був значно складніший. Шарль Барб'є передбачив також інструменти для письма: спеціальну дошку та спеціальний гострий предмет. Серед учасників презентації був і Луї Брайль, якому виповнилося 12 років. У 3 роки він у майстерні свого батька поранився шорним ножом (на зразок шила), почалося запалення ока і хлопець втратив зір. Луї вважав азбуку Барб'є перспективною, але вніс ряд пропозицій що до її модифікації. Він, зокрема, запропонував

скоротити матрицю Барб'є з 6 на 6 до 6 крапок у два стовпчики. Барб'є це не сподобалося.

Через 3 роки Луї Брайль розробив власний шрифт, яким користуються незрячі різних країн світу. Перша книга «Історія Франції» цим шрифтом була надрукована у Франції.

Потім здоров'я автора цієї азбуки погіршилося, але він вважав свою місію на планеті Земля виконаною. Для письма шрифтом Брайля використовують шестикрапку.

При письмі крапки наколюються грифелем, а тому пишуть з права на ліво, а потім листок потрібно перегорнути і читати з ліва на право. Традиційний шрифт має 64 символи.

Писати потрібно на спеціальному папері, що більш цупкий за офісний, бо в іншому випадку крапки будуть не придатні для якісного читання та швидко зітруться, а отже інформація стане непридатною. Починати навчання краще з людиною, яка сама ним користується та вміє навчити інших. При хорошому відчутті можна читати 150 слів за хвилину.

З того часу змінився світ і науково-технічний прогрес значно спростив життя сліпих людей. Ми живемо в еру інформації і про будь-яку новину через кілька секунд при бажанні може дізнатися весь світ. Межа між зрячими і незрячими не така вже й велика. Курсову роботу чи дипломну сліпа людина може самостійно набрати на клавіатурі комп'ютера з допомогою спеціальних синтезаторів мови та роздрукувати на принтері плоско-друкованим шрифтом і відчувати себе такою ж, як і інші зрячі студенти. У школі, ЗВО, та й в повсякденному побуті ми користуємося шрифтом Брайля. В Швеції ним добре володіє півтори тисячі людей. В Україні таких людей також не багато.

Старшим людям складніше вивчити цей шрифт ніж дітям. Між користувачами існують різні точки зору що до використання азбуки Брайля. В спеціальних школах-інтернатах новачків вчать читати та писати даним шрифтом. Дітям з залишковим зором навіть зав'язують очі щоб не підглядали.

Пояснюють, що є діагнози при яких зір різко погіршується і людина не вмie читати втративши його повністю якщо не читає пальцями.

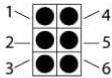
А Б В Г Д Е
 Ё Ж З И Й К
 Л М Н О П Р
 С Т У Ф Х Ц
 Ч Ш Щ Ъ Ы Ь
 Э Ю Я

КИРИЛЛИЦА

Такий метод, діє погано, бо хто бачить читає з допомогою зору, а крапочки більше напружують зір ніж плоскодрукований текст. Якщо в дитячому віці все ж здолати цю складну науку вдалося то вона не забудеться. Хто вмie той з задоволенням користується цим досягненням науки. Це не єдиний шлях до знань.

Українська абетка

1-
2-
3-



⠠⠠⠠⠠⠠⠠ ⠠⠠⠠⠠⠠⠠ ⠠⠠⠠⠠⠠⠠ ⠠⠠⠠⠠⠠⠠ ⠠⠠⠠⠠⠠⠠

⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠

Знаки

⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠

Цифри

⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	2017
⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠	⠠⠠⠠⠠⠠⠠

Альтернативою є аудіоплеєр, комп'ютер, телефон з спеціальним програмним забезпеченням відтворюють великий обсяг інформації і це значно покращує якість життя людей з інвалідністю що не бачать нічого. З допомогою цієї чудо техніки можна набирати та роздруковувати тексти читати самостійно з допомогою синтезатора мови книги, журнали газети що раніше видавалося не реальним, а також сканувати з допомогою сканера книги та перетворювати їх у редакторі Microsoft Word, що покращує зручність читання.

Коли Луї Брайль створив свій шрифт всього цього ще не було. В мережі інтернет дуже багато різноманітної інформації, а шрифтом Брайля книги, журнали, газети майже не видаються. Книги надруковані таким чином дуже об'ємні, отже потребують багато місця, флешкарта з великим об'ємом інформації компактна, зручна у транспортуванні та користуванні. Існує хибне твердження, що незряча людина, яка не володіє Шрифтом Брайля, не грамотна. Це не так. Людина, яка народилася з залишковим зором, і вивчила літери плоскодруковані може самостійно поставити підпис на документі і т.д. все ж грамотна. Незрячий, який користується спеціальним шрифтом і не знає того яким пишуть зрячі не поставити підпис на документі. При наборі тексту на комп'ютері люди сліпі часто не знають коли писати великі літери, не роблять пробіли після коми, плутають дефіс та тире і т. д. Шрифтом Брайля не подаси позову до суду, скаргу чи заяву до органів державної влади чи місцевого самоврядування, бо там її ніхто не прочитає, адміністрація спеціальних підприємств системи УТОС також часто не користується шрифтом Брайля. Якщо дружиш з комп'ютером то набереш текст за допомогою клавіатури, роздрукуєш на принтері і можеш нести куди потрібно, бо це універсальна азбука. Деякі псевдоексперти рекомендують студентам навчальний матеріал друкувати шрифтом Брайля бо так він краще сприймається. Таких досліджень немає.

Студенти часто користуються диктофоном, аудіоплеєром, комп'ютером для отримання та закріплення інформації, а шрифтом Брайля записують коротку стислу інформацію для того, щоб швидко переглянути перед іспитом.

Текст з спеціальним шрифтом потрібно читати пальцями, а озвучений текст можна слухати і паралельно виконувати ще якусь роботу, наприклад варити борщ. Позитив Шрифту Брайля: домогосподарки роблять написи на домашній консервації, ним маркують лікарські засоби, що дуже потрібно, записують рецепти, хто не має телефону з озвученням веде телефонний довідник шрифтом Брайля.

Людина завжди має мати право вибору, яким чином їй вчитися і коли хтось каже, що матеріал спеціальним шрифтом їй не потрібен, то мабуть є на це підстави: можливо погано володіє шрифтом Брайля, або краще сприймає інформацію на слух. А може не має де зберігати об'ємні книжки чи зошити, бо живе в маленькій квартирі, де ще кілька учнів та студентів. Набраний на клавіатурі текст можна читати по літерах, словах, і абзацах, звертаючи увагу на правопис. Шрифт Брайля можна читати в цілковитій темряві, коли відключили світло і не працює інша техніка і це його перевага. Шрифт Брайля це шлях до знань, але не єдиний. Інші шляхи отримання інформації теж мають право на існування, до того ж вони більш прогресивніші і значно якісніші. Ними можна і треба користуватися доповнюючи один одним. Чим хоче послуговуватися кожна людина вирішувати має право самостійно. Кожен може вивчити шрифт Брайля чи отримати ази комп'ютерної грамотності. Залежить це від різних чинників: стану здоров'я, здібностей, наполегливості та особистих потреб кожного, від наявності необхідного фахівця, якісного програмного та технічного забезпечення, фінансових статків, бо держава, на жаль, цим не переймається. Якщо хтось не вивчив цей шрифт, то це не трагедія і не перешкода до успіху, але спробувати треба. Важливіше вміти користуватися комп'ютером. Це значно спрощує шлях до успіху.

Побачити світ через дотик

Існує багато способів застосування технології шрифту Брайля. Зокрема автомобільна компанія Ford створила інтелектуальне смартвікно, за допомогою

якого люди із вадами зору зможуть візуалізувати пейзажі, що пропливають повз них, через дотик.

Пристрій, який отримав назву Feel The View, має кнопку, натиснувши яку, користувач робить панорамний знімок. Потім фото, тільки монохромне, проєктується на скло. Кожному відтінку сірого відповідає вібрація певної інтенсивності. Саме так незряча людина може "відчути" контури гір.

Також у 2008 році дизайнер Чю Лі з китайського підрозділу компанії Samsung розробив перший у світі фотоапарат для сліпих. На Touch Sight є гнучкий тактильний дисплей Брайля, що відображає графічну інформацію у рельєфно-точковому вигляді.

Фотокамера дуже проста у використанні завдяки функції, яка записує сигнальний звук при фотографуванні. Звукові маркери допомагають людям з обмеженим зором переглядати, сортувати і обмінюватися фотографіями.



Значення цього дня

У грудні 2019 року у Києві неподалік станції метро "Дарниця" встановили єдину в Україні статую незрячій людині. Артоб'єкт зображає людину із заплющеними очима та палицею у руці, яка ніби йде тактильною доріжкою.

Майже через 200 років шрифт Брайля використовується у всьому світі для читання книг, а також для полегшення роботи людей з порушеннями зору. Від кнопок на ліфтах до предметів першої необхідності, таких як шампунь, пакети з ліками і банкомати - шрифт Брайля використовується у всьому суспільстві для спілкування з тими, хто може його читати.

РОЗДІЛ 2. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ, ЗАВДАННЯ, МЕТОДИКИ ТА ТЕСТУВАННЯ

Лабораторне заняття №1

Тема: Методи та види арт-терапії

Мета заняття: навчити використовувати різні методи та види арт-терапії у відповідності до потреб пацієнта

Завдання:

1. Повторити матеріал лекції «Зміст окупаційної терапії». Вміти приймати участь у дискусії.
2. Вивчити теоретичний матеріал стосовно теми лабораторного заняття №1 «Методи та види арт-терапії». Вміти відповідати на питання.
3. Підготувати та вміти провести один із видів арт-терапії.

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Арт-терапія це лікування мистецтвом. Методи арт-терапії допомагають на відповідному рівні виявити, вивести з підсвідомості проблему, перевести її в поле свідомості, в фізичний світ, матеріалізувати на папері, піску. В арт-терапевтичній роботі може приймати участь практично кожна людина, не залежно від віку. Це не вимагає наявності у нього здібностей до творчості.

Арт-терапія одночасно розвиває та підвищує самооцінку дитини з інвалідністю. Відповідну терапію застосовують в корекції тривожності, агресивності, гіперактивності, гіпоактивності, та інших проблемах.

Головне гасло - «Арт-терапія розвиває творчі можливості. Під час занять людина може відкрити в собі невідомі раніше таланти».

Види арт-терапії, які відповідають традиційним видам мистецтв – глинотерапія, казкотерапія, пісочна терапія, фототерапія тощо.

Крім того, кожний із цих видів мистецтва має безліч арт-терапевтичних технік, які застосовуються для вирішення внутрішніх і міжособистісних конфліктів.

На практичних корекційних заняттях з малювання з дітьми з інвалідністю використовують цікаві техніки.

Техніка малювання на вологому папері – “Fluid art”- це напрямок в мистецтві, зокрема в арт-терапії. «Fluid art» – захоплююча техніка малювання. На вологому папері поступово наносять фарби різного кольору при цьому змішуючи їх в одну композицію. Створення картин у цій техніці зачаровують абстрактним узорами фарб, різнокольоровими плямами, бризками – кожен бачить в картині щось своє, що робить універсальний зразок сучасного мистецтва. Кожна картина – неповторна, її неможливо скопіювати або відтворити заново. Fluid art – запорука унікальності та ексклюзивності. Дана техніка розвиває у дітей перш за все фантазію, творче мислення, зорово-рухову координацію дуже корисна для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату – вони вчаться контролювати свої рухи, розвивають моторику рук.

Кола́ж – технічний прийом в образотворчому мистецтві, який ґрунтується на введенні у твір різних за фактурою та кольором предметів: шматків газет, афіш, шпалер тощо. При виготовленні колажу у дитини не виникає напруги, пов’язаної з відсутністю художніх здібностей, саме тому він дозволяє кожному учаснику процесу одержати успішний результат. Дану техніку більш широко представляють на практичних заняттях з дітьми, які мають діагноз дитячий церебральний параліч.

Арт-терапія є дієвим способом соціальної адаптації. Саме діти з інвалідністю, найчастіше дуже сильно соціально дезадаптовані. Їм не вистачає спілкування. Арт-терапія дає їм впевненість більш активно і самостійно брати участь в житті суспільства. В арт-терапії не потрібно говорити (що не всім під силу), в основному використовуються засоби невербального спілкування. Це дуже важливо для людей, яким складно висловити свої думки в словах.

Отже, для корекції психофізичних порушень необхідні нові не традиційні методи та моделі психолого-педагогічної допомоги. І саме арт-терапія є одним із таких методів, який використовує фарби, олівці, пісок, глину, пластилін, папір та

інший матеріал як засіб мобілізації інтелектуальних, емоційних, рухових, мовленнєвих та інших функціональних можливостей організму дитини з інвалідністю.

Арт-терапія – це різновид психо-корекційної та психотерапевтичної допомоги, що заснований на використанні образотворчого мистецтва з метою поліпшення психоемоційного стану людини. Також цей метод може застосовуватися в діагностиці психічних станів і особливостей психіки особистості загалом. Дослівно «арт-терапія» перекладається як «лікування мистецтвом». Метою цього терапевтичного впливу є гармонізація і приведення в норму психічного стану окремого індивіда або групи засобами продуктивного самовираження.

Сучасна арт-терапія включає такі види: ізотерапію (лікувальний вплив засобів образотворчого мистецтва – ліплення, малювання, декоративно-прикладного мистецтва); бібліотерапію (лікувальний вплив читання); імаготерапію (через образ, театралізацію); музикотерапію (через сприйняття музики); вокалотерапію (лікування співами); кінезітерапію (лікувальний вплив рухів – танцювально-рухова терапія, корекційна ритміка) та ін. Можливості арт-терапії останнім часом все ширше використовуються в соціально-педагогічній роботі з дітьми з особливими потребами з корекційною та реабілітаційною метою.

Розрізняють три форми арт-терапії:

- активну (клієнт сам створює продукти творчості – малюнки, скульптури, музичні твори, казки та ін.);
- пасивну (клієнт використовує художні твори, створені іншими людьми: розглядає малюнки, читає книги, прослуховує музичні твори тощо);
- змішану (клієнт використовує твори мистецтва для створення власних продуктів творчості).

Однак найбільш розповсюдженими є два основні варіанти арттерапевтичної роботи – індивідуальна і групова форми арт-терапії. Кожна з них, у свою чергу, має певні різновиди.

Ерготерапевтом можуть застосовуватись **різні методики малювання, а саме:**

- вільне малювання, яке базується на індивідуальному виборі теми малювання або ж на власному баченні малюнка на задану тему;
- комунікативне малювання. Це групова робота, де група розбивається на пари і, за допомогою невербального спілкування, робить спільний малюнок на одному аркуші паперу;
- спільне малювання. Групова робота, у якій декілька учасників спільно малюють на задану тему, а після закінчення створення малюнка обговорюють внесок кожного члена команди.

З метою посилення корекційної дії таку роботу можна **доповнити наступними видами діяльності:** ліплення із глини, пластиліну, хліба; плетіння з волокнистих матеріалів; аплікації; створення колажів із підручних матеріалів; оргамі та ін.

Арт-терапія може також здійснюватися за допомогою такого різновиду як ігротерапія. **Ігротерапія** – це застосування гри, яке впливає на розвиток особистості, сприяє створенню близьких стосунків між учасниками групи, допомагає зняти стрес та напруженість, підвищує самооцінку, та дозволяє повірити в себе адже в різних ситуаціях спілкування, ігрова ситуація дає змогу знизити психологічну напругу людей використовуючи роль іншої особистості».

Лялькотерапія як різновид терапії в основному застосовується для роботи з дітьми з інвалідністю та заснована на ідентифікації дитини зі своїм улюбленим персонажем із мультфільму, казки з використанням іграшки. Деякі науковці вважають, що лялькотерапія це один із методів арт-терапії. Його суть терапії полягає в тому щоб в діях використовується саме лялька як основний об'єкт взаємодії.

Виділяють такі **форми музикотерапії**: музично-рухові ігри та вправи; психічна і соматична релаксація за допомогою музики; спів; сприйняття музики; дихальні вправи; пантоніма.

Арт-терапія є надзвичайно продуктивним способом взаємодії з людьми з особливими потребами, адже вони допомагають налагодити тісний контакт з клієнтом та вибудувувати взаємодію у системі «людина – людина», у групі.

Лабораторне заняття №2

Тема: Ерготерапія засобами арт-терапії

Мета заняття: вміти провести заняття за даним видом арт-терапії у відповідності до потреб пацієнта

Завдання:

1. Підготувати детальний опис одного з видів арт-терапії.
2. Вміти провести заняття за даним видом арт-терапії з одним умовним пацієнтом. Для цього принести на заняття матеріал (сировину) для проведення арт-терапії у розрахунку на одного пацієнта.

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Фототерапія вважається одним з новітніх напрямків розвитку арттерапії на сучасному етапі, незважаючи на досить тривалий період існування самого мистецтва фотографії.

Фототерапія — це своєрідний засіб самовираження, самопізнання, соціалізації та емоційно-чуттєвого виховання людини. Фототерапія передбачає роботу з готовим матеріалом, або створення оригінальних авторських знімків.

Таким чином, основним змістом фототерапії є створення та/або сприймання фотографічних образів, яке доповнюється обговоренням та різними видами творчої діяльності (образотворча діяльність, рух та танці, драматизація, художній опис тощо).

На занятті експерт використовує сімейні фотографії, минулих років – оскільки зображені події хоча й залишились у минулому, але підсвідомо вони продовжують впливати на дитину. Фотографії допомагають учасникам занять пригадати минуле, зануритись, проаналізувати, усвідомити помилки, побачити образи.

Розрізняють три основні форми організації фототерапевтичної діяльності:

- індивідуальну;
- індивідуально-групову;
- групову.

Саме «технізоване» мистецтво фотографії багатогранне (інтегрує в собі різні види творчої діяльності).

Фотографію можна розглядати як гру:

- вибір-гра з реальністю та її візуальним відображенням; комбінування;
- створення сюрреальності тощо.

Фотографія це:

- самопрезентація людини — представлення себе у певному образі реальній або уявній аудиторії; своєрідний міні-спектакль;
- інструмент для дослідження тілесного образу «Я».

Окремий цілющий ефект роботи з фотографією — нарративний, або описовий: супроводження показу фото певною розповіддю.

Користь фототерапії для психологічного здоров'я людини

В першу чергу цей метод арт-терапії застосовується в роботі з підлітками з відхиленнями в поведінці для додання ініціативності та можливості відчувати себе самостійним.

-  розвиває творчі здібності,
-  розширює кругозір,
-  допомагає помічати те, що відбувається навколо, жити «тут і зараз»,
-  руйнує шаблонне мислення,
-  підвищує впевненість у собі,

- ✚ дозволяє зрозуміти свій внутрішній світ,
- ✚ усуває тривожні думки, страхи, депресивні стани,
- ✚ знімає нервову напругу, допомагає відволіктися,
- ✚ покращує стосунки з близькими.

Психолого-педагогічні функції фотографії (за А. І. Копитіним):

- фокусування/актуалізації (оживлення спогадів та повторне їх переживання людиною);
- стимулювання (при роботі з фотографією відбувається активізація різних сенсорних систем — зір, кінстетика, тактильна чутливість тощо);
- організація (інтегрування) (координація різних сенсорних систем, поява різних асоціації);
- об'єктивація (здатність фотографії робити видимими переживання та особистісні прояви людини, що відображаються у зовнішності та вчинках);
- відображення динаміки зовнішніх та внутрішніх змін
- (якщо маємо достатню кількість знімків для ретроспективного аналізу);
- смислоутворююча (здатність фотографії допомогти людині побачити смисл вчинків та переживань);
- деконструювання (звільнення людини від неправильних, «сконструйованих» значень та формування нової системи значень);
- рефреймінга та реорганізація (використання фотоколажа та фотомонтажу);
- утримування (контейнірування) (фотографія здатна «утримувати» почуття від їх підсвідомого відреагування у реальності; ідея сублимації);
- експресивно-катарсична (емоційне очищення, звільнення від важких переживань);
- захисна (забезпечує дистанціювання від травматичних переживань, певний ступень контролю над ними, саме людина може визначити момент, у який знімки можуть бути показані).

Розвиток візуального та понятійного мислення, пам'яті, уваги, дрібної моторики

Фотографування пов'язане з вибором об'єктів, ракурсів та моментів зйомки, тому є фактором розвивального впливу на дитину. Найбільш значущим воно є для дітей з обмеженими пізнавальними можливостями або неврологічними порушеннями.

- Техніка «Схожі предмети»: фіксується на плівку внутрішня або зовнішня схожість предметів; пояснення дитиною свого вибору та створення композицій.
- Техніка «Система послідовного порядку»: фотографування предметів, що мають певні відмінності за якоюсь якістю: об'єм, розмір тощо.
- Техніка «Горизонтальне та вертикальне»: фотографування декількох предметів, що розташовані вертикально або горизонтально, пояснення дитиною свого вибору.
- Техніка «Ближче-подалі», «Вище-нижче», «Справа — зліва»: по аналогії з попередньою технікою.
- Техніки фотоколажів: «Предметні композиції», «Дім, сад, магазин», «Карта району або міста».

Фоторепортаж

1. Учаснику потрібно виконати невелику роботу, а саме зробити кілька фотографій на певну тему. Необхідно, щоб в результаті вийшла фотохроніка подій, заданого темою.

2. Потім знімки потрібно розташувати в хронологічному порядку на аркуші паперу, а також придумати назву і рамку для кожного знімка.

Після цього учасник показує свій фоторепортаж.

Якщо робота відбувається в групі, то фоторепортажі можна обговорювати в мікрогрупах. Звіт не обов'язково повинен зніматися на фотокамеру, він може бути і мобільним.

Метафоричний автопортрет

1. Учасникам необхідно провести серію асоціативних знімків (за принципом гри в асоціації).
2. Після цього гравець кладе свою справжню фотографію по центру аркуша паперу. Асоціативні знімки розташовуються навколо цього фотознімку.
3. Під час групового обговорення учасники розподіляються по парах, щоб висловити, що вони відчують. Після цього вони змінюються метафоричними автопортретами.

Можливий ще один варіант групової роботи, коли підлітки просто викладають коло з асоціативних знімків, без свого фото в центрі. Учасникам потрібно визначити, кому належить цей метафоричний автопортрет, а потім в центр кола покласти фото цієї людини.

Галерея образів

Необхідні складові: грим, маски, елементи костюмів, магнітофон, аудіозаписи, арт-матеріали тощо.

1. Спочатку, учаснику потрібно придумати собі роль, яку йому хотілося б зіграти.
2. Потім, потрібно втілити в життя бажаний образ. Для цього і потрібні грим, костюми, маски тощо.
3. Далі, потрібно зіграти роль: міміка, танець, драматизація і так далі. Якщо «гравець» один, то фотографувати його буде психолог або помічник. Якщо робота відбувається в групі, учасники розподіляються по парах і створюють взаємні фотосесії в ролі. Потрібно зробити як мінімум 3 фотографії по темі.
4. І на завершення, відбувається обговорення отриманих знімків в групі.

Фотомарафон

Потрібно плівка і фотокамера, в ході роботи.

1. Одному учаснику (або групі гравців) протягом 7 днів (90 хв для групи) робити фотографії на задану тему.

2. Потім, для кожної фотографії потрібно придумати назву, розглянути і обговорити. Якщо бере участь група підлітків, то їм треба розбитися по парам обмінятися знімками. Кожному потрібно зрозуміти, що хотів сказати роботою його напарник.

3. У завершенні марафону проводиться тематична виставка.

Творчість завжди було потужним інструментом самопізнання і саморозвитку. Фототерапія може використовуватися у вирішенні широкого спектру проблем, таких як кризові стани, втрати, травми, у консультуванні підлітків, дітей і т. д. Творіть, будьте уважними, помічати прекрасне навколо і вкладайте в кожную свою фотографію частинку себе.

Арт-терапія через пластилін

Арт-терапія — це вид психотерапії та психологічної корекції, заснований на мистецтві та творчості.

Пластиліноterapia – це м'який і глибокий метод роботи зі своєю особистістю. Цей тренінг для тих, кому набридли негативні емоції, і хто хоче повернути собі спокій. Техніка може з успіхом застосовуватися для профілактики і подолання «синдрому професійного вигорання», який добре знайомий фахівцям соціальних професій.

Мета: навчитися новому способу зняття напруги, стресу, втоми; «Виплеснути» негативну енергію безпечним способом і перетворити її в позитивну; гармонізувати емоційний стан; глибше зрозуміти себе; відчути прилив творчих сил.

Ще одна перевага пластилінового захоплення – розвиток логічного мислення і творчих здібностей. Причому відкрити в собі нові таланти можуть не тільки діти, але й дорослі.

Буквально півгодини занять ліпленням з дитиною дають дорослій людині прекрасну можливість відпочити, відволіктися від щоденних проблем та стресів, не обмежувати свою фантазію.

Ліплення – один з методів розвитку дрібної моторики дитини. Що насправді важливо, адже здатність вправно володіти ручками стимулює мозкову та психічну активність, вдосконалює увагу, мислення, уяву, пам'ять, відчуття та сприймання.

Ліплення діє як арт-терапія, корекція та реабілітація (особливо для дітей з вадами). Як терапія вона допомагає звільнитися від негативних емоцій, адже діти часто перенавантажені через заняття, спілкування. Це вільне ліплення, коли просто мнеш пластилін чи глину руками, аби просто розслабитися. Здатність вправно володіти ручками стимулює мозкову та психічну активність, вдосконалює мислення, уяву, пам'ять та сприймання.

Рідко, яка дитина не любить пластилін або тісто для ліплення, адже з його допомогою можна зробити багато цікавих іграшок і не біда, що вони не дуже досконалі. Радість дитини полягає в тому, що вона являється автором даного шедевру і більше ні в кого такого не має.

За допомогою пластиліну чи солоного тіста дитина самовиражається не тільки творчо, а й розвиває гнучкість і рухливість своїх пальців, що в свою чергу сприяє поліпшенню мовлення дитини.

Під час роботи над картиною поліпшуються всі психічні процеси, виробляється посидючість, терпіння, проявляється зацікавленість. Це виробляє звичку завершувати почате до кінця. Дошкільнятам це дає можливість послідовно і поетапно зробити картину — для дитини вона стає твором мистецтва, який вона цінує. Заняття також сприяють розширенню кругозору, надбанню певних трудових умінь і навичок, які тісно переплетені між собою. Особливе місце відводиться роботі з кольором. Заняття пластиліновим живописом дозволяють розвивати у дітей творче мислення, уяву, сприйняття прекрасного через призму власних емоцій.

Як відомо, кольорова терапія підсвідомо заспокоює, робить життя більш яскравим, цікавим. Пластиліновий живопис дає впевненість у своїх силах. Коли ми малюємо, змінити що-небудь на полотні майже неможливо, а тут — навпаки.

Тому те, що завжди є можливість змінити деталь — це спосіб впоратися з власним страхом перш за все. У процесі занять вирішується ряд завдань і дій: розвиток координації та узгодження рухів обох рук, регулюється сила м'язових зусиль, пальці стають гнучкими і пластичними, що має важливе значення для підготовки руки до оволодіння письмом.

Користь від такої терапії переоцінити складно. Але навіть заспокійливий ефект, поява корисних звичок і впевненість у своїх силах — далеко не всі позитивні ефекти від ліплення пластиліном.

Лабораторне заняття №3

Тема: Розвиток дрібної моторики

Мета заняття: навчити використовувати різні методи та засоби розвитку дрібної моторики у відповідності до потреб пацієнта

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Розвиток дрібної моторики». Вміти відповідати на питання.
2. Підготувати детальний опис одного з видів розвитку дрібної моторики.
3. Вміти провести заняття за даним видом дрібної моторики з одним умовним пацієнтом. Для цього принести на заняття матеріал (сировину) для проведення заняття з розвитку дрібної моторики у розрахунку на одного пацієнта.

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Дрібна моторика - це вміння людини здійснювати осмислені і спрямовані рухи пальцями рук або ніг. Дитина удосконалює дрібну моторику пальців у міру дорослішання - але опановує нею вже з народження. Під час рухів у дистальних відділах кінцівок відбувається стимуляція мозку і малюків навчають цьому природному - але такого необхідного процесу: впевнено володіти власними руками, щоб досягати маленьких і великих цілей.

Проста моторика означає захоплення, утримання предмета і подальшу роботу з ним (їсти, одягатися). *Тонка і складна моторика* має на увазі письмо, малювання, виконання скрупульозної роботи (вирізання фігурок, створення аплікацій, оригамі, в'язання, ліплення). Коли людина виконує якийсь рух, вона залучає одночасно нервові імпульси, м'язи пальців рук, кістково-суглобний та зоровий апарат.

Розвиток моторики пальців допомагає дитині оволодіти необхідними побутовими навичками - а також підготуватися до школи. Малюк який впевнено володіє руками не буде відволікатися на те, як краще взяти письмове приладдя, щоб не упустити - а тому зможе більше концентрувати увагу на навчальному процесі.

Дрібна моторика – відчутний результат

Вчені виявили прямий зв'язок між моторикою та мовленнєвою функцією. Спостереження довели: коли розвивають моторику, розвивається й мова. Моторний та мовний центри мозку розташовані в близькому сусідстві, достатньому для взаємодії.

Дитина з розвиненою дрібною моторикою рук отримує якості, що допомагають в побуті та навчанні:

- вправні рухи;
- миттєва реакція та увага;
- чисте та зв'язне мовлення;
- вільне читання;
- рівний та чіткий почерк;
- логічне (математичне) та художньо-образне (творче) мислення.

Маленька дитина – створіння пластичне. Це означає, що у неї збережене те, що втрачене більшістю дорослих: здатність не просто стрімко розвиватися – але й змінюватися під впливом цього розвитку. Тому в майбутньому, якщо паралельно з розвитком дрібною моторики рук прищеплювати дитині любов до творчості та навчати самостійно мислити – з маленької людини виросте

розумна особистість з естетичним смаком та тонким сприйняттям навколишнього світу.

Людина з рухливими пальцями сама по собі виглядає емоційніше та приваблює цікавість. Але без участі названих факторів розвиток моторики не здатний виховати гострий розум та обдаровану особистість.

З часом моторика рук стане чимось більшим, ніж вмінням писати літери та тримати ложку. Стане тим фундаментом, на основі якого тато з мамою та викладачі продовжать розвиток маленької людини.

Вік для розвитку дрібної моторики

Прості вправи для поліпшення рухливості і вправності пальців рекомендується виконувати з 7-8 місяців. Заняття з викладачем в профільному центрі починають після 2 років.

Удосконалювати мистецтво спритності рук рекомендується як в дошкільні роки - так і в старших класах школи. Відома думка, згідно якого заняття з розвитку дрібної моторики потрібні молодим людям до 20-21 років. Адже в цей період припиняється ріст і остаточно формується скелет (невипадково в західних країнах віком повноліття вважається не 18, а 21 рік). А також тим, що в 20 років юнаки та дівчата ще навчаються - але вже не в школі, а в інституті або університеті.

Особливості розвитку моторики у дошкільнят

Щоб розвиток дрібної моторики руки відбувалося повноцінно, підбір занять виконується з урахуванням віку дитини. Вік розкриває потенціал, з якого виходять при виборі вправ - і диктує потреби, які потрібно враховуються для досягнення розвиваючої мети.

Розвиток дрібної моторики у дітей 2 років відбувається на прикладі простих занять та ігор за типом «хлопки в долоньки». Дворічний малюк працює тільки долонею, пальці мало беруть участь в захопленні.

Дрібна моторика у дітей 2-3 років розвивається за допомогою ігор з пальчиками («Сорока-ворона»), що виконується дорослими масажним впливом.

Розвиток дрібної моторики у дітей 3-4 років проводиться за участю пальців, коли відбувається захоплення і маніпулювання річчю. Пазли, конструктори і виготовлення паперових фігурок будуть до речі.

У 4-5 років дитина вчиться шнурувати взуття, застібати гудзики. Тому вправи орієнтовані на копітку роботу, що виконується пальцями. Вправи також спрямовані на розроблення рухливості кисті та обертання зап'ястям.

У 5-6 років дитина комбінує моторику з кінетичними навичками. Маленька людина вчиться відчувати себе в просторі.

Дрібна моторика для дітей 6-7 років - серйозний етап підготовки й до освіти, й до самостійності. Бо попереду у дошкільника - перший клас і шкільне життя. Тому допомога дбайливих батьків вже не буде постійною.

Розвивається образне мислення, виразна мова, здатність рахувати. Вправи із залученням невеликих предметів спрямовані на розроблення фаланг пальців. Крім виконання спеціальних вправ, дитині шести-семи років корисно ліпити, малювати, збирати конструктор і навчатися грі на гітарі чи фортепіано. А також допомагати мамі з хатньою роботою.

Робота з дорослими дублює роботу з дітьми тільки на вищому рівні у відповідності до статі, віку, потреб пацієнта та функціонального стану.

Рівень розвитку дрібної моторики руки – один з показників інтелектуальної готовності до шкільного навчання.

Вчені довели, що розвиток дрібної моторики і розвиток мови дуже тісно пов'язані:

✓ Дрібна моторика безпосередньо впливає на координацію, спритність рук, на почерк, який сформується в подальшому, на швидкість реакції дитини.

✓ За особливостями розвитку дрібної моторики дитини в подальшому судять про готовність до навчання в шкільному закладі.

✓ Якщо з моторикою все в порядку, то дитина підготовлена до навчання письму, вміє логічно мислити і міркувати, має хорошу пам'ять, концентрацію, увагу та уяву, зв'язне мовлення.

Тому на етапі підготовки дітей до школи серйозну увагу потрібно приділяти розвитку дрібної моторики рук.

Розвитку дрібної моторики рук у дітей 6 – 7 років сприяє малювання, гра на музичних інструментах, робота з пластиліном і дрібним конструктором.

Але найбільший ефект виходить в результаті проведення спеціальних занять, в результаті їх виконання кисті рук і пальці стануть сильнішими гнучкими і рухливими.

Розрізняють 3 види завдань для розвитку дрібної моторики рук:

☞ вправи з дрібними предметами;

☞ графічні завдання;

☞ пальчикові ігри.

Робота з розвитку дрібної моторики повинна починатися задовго до школи. Батьки, які приділяють певну увагу вправам, іграм, різноманітним завданням на розвиток дрібної моторики та координації рухів руки вирішують одночасно декілька проблем: по-перше, впливають на загальний інтелектуальний розвиток дитини, по-друге, покращують розвиток мовлення малюка, по-третє, готують його до оволодіння навичок письма.

Тренування рухів пальців рук дітей покращує не тільки рухові можливості дитини, а й розвиток психічних і мовних навичок. У свою чергу, формування рухів руки тісно пов'язано з розвитком рухового аналізатора і зорового сприймання, різних видів чутливості, просторового орієнтування, координації рухів та ін..

«Пальчикові ігри» - це інсценування яких-небудь римованих розповідей, казок з допомогою пальчиків. Багато ігор потребують участі обох рук, що дає можливість дітям орієнтуватися в поняттях «праворуч», «ліворуч», «вгору», «вниз» і т. п. На початку та в кінці гри необхідно включати вправи на розслаблення, щоб зняти зайве напруження у м'язах. Це може бути погладжування від кінців пальців до долоні, легке порушування, помахування руками.

Важливою частиною роботи з розвитку дрібної моторики є пальчикова гімнастика. Ці ігри дуже емоційні, їх можна проводити повертаючись з дитячого садка, сидячи в черзі до лікаря, у транспорті та, звичайно, вдома. Вони дуже захоплюючі і сприяють розвитку мовлення та творчої діяльності. «Пальчикові ігри» начебто відтворюють реальність навколишнього світу – предмети, явища, людей, їх діяльність, явища природи. В ході «пальчикових ігор» діти, повторюючи рухи дорослих активізують моторику рук та мовлення.

Моя сім'я

Цей пальчик – мій дідусь, Цей пальчик – моя бабуся,
Цей пальчик – мій татусь, А оцей - моя матуся,
Ну, а цей маленький – я, Ось уся моя сім'я.

(Почергове згинання пальчиків починаючи з великого)

Хованки

Пальці в хованки всі грались
Ось так, ось так,
В кулачки всі заховались,
Ось так, ось так.

(Ритмічно згинати та розгинати пальці, покрутити кулачком)

Зайці

Скаче зайчик перший
Під високою сосною,
а під другою сосною,
скаче зайчик другий.

(Вказівний і середній пальці правої руки підняті вгору, всі інші випрямлені і з'єднані. Долонею правої руки тримати вертикально вгору. Пальці широко розставлені. І так само іншою рукою)

Соління капусти

Ми капусту порубали, Свіжу моркву натирали,
Ми капусту посолили, з неї соку надушили.

(Різкі рухи прямими кистями рук, пальці з'єднані, долоні прямі. Почергові рухи рук до себе і від себе. Пальці стиснуті в кулаки. Кінчики пальців обох рук зібрані разом, імітуємо посипання сіллю. Інтенсивно стискаємо пальці обох рук в кулаки).

Замок

На дверях замок вісить, ми його відкриєм вмить,
Постукали, покрутили і легесенько відкрили

(Ритмічні швидкі з'єднання пальців обох рук в замок. Пальці зціплені в замок, руки тягнуться в різні сторони. Рухи зціпленими пальцями від себе, до себе. Пальці зціплені біля долонею постукують один одного. Пальці розціплюються, долоні в сторони).

Задрімав мізинчик трішки,

Безіменний — стриб у ліжко,

А середній там лежить,

Вказівний давно вже спить.

Вранці всі вони схопились враз —

В дитсадочок бігти час.

(По черзі загинаємо пальчики до долоні. Потім великим пальцем торкаємося всіх інших — „будимо”. Розкриваємо всі пальці „враз”).

На роботу

Старший встав — не лінувався.

Вказівний за ним піднявся —

Розбудив сусід його.

Той — свого, а той свого.

Встали вчасно всі брати —

На роботу треба йти.

(Стиснути пальчики в кулачок. По черзі розгинати їх, починаючи з великого. А зі словами: „Встали вчасно всі...” широко розставити пальці).

Перебирайте пальчики на ніжках чи ручках дитини від найменшого.

Лабораторне заняття №4

Тема. Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел)

Мета заняття: навчити користуватися шкалою Бартела з метою виявлення рівня активності пацієнта у повсякденному житті

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел)». Вміти відповідати на питання.
2. Підібрати умовного пацієнта з діагнозом порушення діяльності серцево-судинної системи або нервової системи та визначити у нього рівень активності у повсякденному житті за шкалою Бартел згідно табл. 1 (написати діагноз та бали за кожну активність):
 - в розширеному ліжковому режимі;
 - у палатному руховому режимі;
 - у загальному руховому режимі.
3. Написати короткий **план ерготерапевтичного втручання** для покращення стану умовного пацієнта, який би включав складові активності за шкалою Бартел у палатному режимі.
4. Заповнити таблицю 2 та зробити короткий опис змін в індексі активності умовного пацієнта. Написати висновок згідно загальної суми балів на початку лікування та реабілітації та при виписці.

Таблиця 1

Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел)

ПРИЙОМ ЇЖІ
0 - повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)
5 - частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб і т.д., при цьому приймає їжу самостійно

10 - не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)

ПРИЙОМ ВАННИ

0 - залежний від оточуючих

5 – незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги

ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА

(чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лиця)

0- потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни

5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лиця, зачісуванні, чищенні зубів, голінні

ОДЯГАННЯ

0 – залежний від оточуючих

5 - частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу

10 - не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибирати і надягати будь-який одяг

КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ

0 - нетримання калу(або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає)

5 - випадкові інциденти неутримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок

10 - повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги

КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ

0 – нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може

5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години)

10 - повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)

КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ

(переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)

0 - повністю залежний від допомоги оточуючих

5- потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно

10 - не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)

ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)

0 - переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб

5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку

10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи), або потрібний догляд, вербальна допомога

15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)

ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ

(переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)
<p>0- не здатний до переміщення або долає менше 45м</p> <p>5 – здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг</p> <p>10 - може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м</p> <p>15 – не залежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самостійно більше 45 м</p>
ПОДОЛАННЯ СХОДІВ
<p>0 - не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою</p> <p>5 - потрібна фізична підтримка (наприклад . щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка</p> <p>10 - незалежний</p>

Таблиця 2

Оцінка пацієнта за індексом Бартел

ВИД ДІЯЛЬНОСТІ	Оцінка до початку лікування та реабілітації	Оцінка при виписці на домашню програму реабілітації
Прийом їжі		
Прийом ванни		
Персональна гігієна		
Одягання		

Контроль дефекації		
Контроль сечовипускання		
Користування туалетом		
Переміщення (з ліжка на крісло і назад)		
Здатність до пересування по рівній площині		
Подолання сходів		

Оцінку проводив (ПІБ) _____

Інструкції

1. При оцінці за шкалою слід реєструвати те, що хворий дійсно робить, а не те, що він міг би зробити.
2. Основна мета використання шкали є встановлення ступеню незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, хоча б навіть і мінімальної, і з будь-якої причини.
3. Під потребою в нагляді слід розуміти, що хворого не можна вважати *незалежним*.
4. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних, або друзів, медперсоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження і здоровий глузд, однак, необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає.
5. Зазвичай важлива оцінка здатності хворого в попередні 24-48 годин, але буває доцільною і оцінка за більш тривалий період часу.
6. Середні категорії оцінок означають, що «частка» хворого в здійсненні оцінювальної активності перевищує 50%.
7. Допускається застосування додаткових заходів для досягнення незалежності.

Сумарна оцінка:

45-50 балів – відповідає тяжкій інвалідності і залежності від сторонньої допомоги,

50-75 балів – свідчить про помірну інвалідність,

75-100 балів – відповідає мінімальному обмеженню або відновленню втрачених неврологічних функцій.

Разом з тим, навіть максимальна оцінка не свідчить, що хворий може проживати самостійно – стан здоров'я все-таки може перешкоджати приготуванню їжі, регулярному відвідуванню магазину для придбання їжі, і т.п.

Лабораторне заняття №5

Тема. Канадська оцінка виконання діяльності (COPM) в умовах клієнто-орієнтованої практики ерготерапії

Мета заняття: навчитися здійснювати оцінку виконання діяльності пацієнта в сферах діяльності самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Канадська оцінка виконання діяльності (COPM) в умовах клієнто-орієнтованої практики ерготерапії». Вміти відповідати на питання.
2. Згідно діагнозу (вибрати згідно списку в журналі академічної групи) здійснити оцінку виконання діяльності пацієнта (COPM) в сферах діяльності самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля в умовах практики ерготерапевта. Для цього заповнити таблицю 1 та згідно умовно підібраних балів зробити планування ерготерапевтичного втручання в сферах діяльності самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля.

3. Результати первинної та повторної оцінок виконання та задоволеності діяльністю внести в реєстраційну форму СОРМ в таблиці 2.
4. Написати висновок про зміни в виконанні та зміни в задоволеності пацієнта/клієнта після втручання, порівнявши загальні бали на початку та після втручання.

Умовний пацієнт.

Ішемічний інсульт:

- 49 р. жіноча стать, професія – бухгалтер, хоббі – вивчення дизайну квартир, працює;
- 57 р. жіноча стать, професія – швея, хоббі – перегляд кінофільмів, працює;
- 65 р. жіноча стать, хоббі – приготування кондитерських виробів, пенсійного віку;
- 73 р. жіноча стать, хоббі – садівництво, пенсійного віку;
- 75 р. жіноча стать, хоббі – спілкування з сусідами, догляд за правнуком, пенсійного віку;
- 45 р. чоловіча стать, професія – вчитель англійської мови, хоббі – гірський туризм, працює;
- 55 р. чоловіча стать, професія – електрик, хоббі – рибалка, працює;
- 64 р. чоловіча стать, професія – охоронець, хоббі – виготовлення столярних виробів, працює);
- 72 р. чоловіча стать, хоббі – читання книжок на історичну тематику, пенсійного віку);
- 67 р. чоловіча стать, хоббі – догляд за домашніми тваринами (кіт, черепаха, акваріумні рибки), перегляд телепередач, пенсійного віку)

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Для того, щоб сформулювати мету ерготерапевтичного втручання, необхідно спільно з клієнтом чітко визначити його проблеми. Тобто провести оцінку його діяльності, а саме самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля.

Діяльність в ерготерапії оцінюється у трьох основних аспектах: активність у повсякденному житті, яка складається з персональної та інструментальної діяльності; продуктивної діяльності; відпочинку і дозвілля.

Персональна активність охоплює всі види діяльності, що стосуються пересування та догляду за собою: приймання їжі, відвідування туалету з контролюванням сечового міхура та кишечника; переміщення; одягання; особиста гігієна (прийом ванни, душа, гоління, причісування, макіяж, догляд за нігтями); догляд за допоміжними пристосуваннями; сексуальна активність; сон/відпочинок; спілкування.

Інструментальна активність або самообслуговування включає види діяльності, які необхідні у повсякденному житті (приготування їжі; прибирання; покупки; турбота про інших людей; виховання дітей; турбота про домашніх тварин; використання комунікативних пристосувань; користування транспортними засобами; управління фінансами; підтримання здоров'я; ведення домашнього господарства; турбота про безпеку).

Продуктивна діяльність охоплює роботу оплачувану; домашні обов'язки; отримання освіти; робота волонтерська.

Відпочинок і дозвілля включає можливість вибору відпочинку, захоплень, гри; можливість виконувати необхідні дії під час відпочинку, гри.

Клієнт-орієнтований підхід в ерготерапії забезпечується Канадською оцінкою виконання діяльності (Canadian Occupational Performance Measure – COPM), яка створена Міністерством охорони здоров'я Канади спільно з Канадською Асоціацією окупаційних терапевтів (CAOT).

Канадська оцінка виконання діяльності – це стандартизована, індивідуальна система оцінки, розроблена для визначення змін у сприйнятті пацієнтом/клієнтом виконання ним діяльності по закінченні певних періодів часу. Вона повинна застосовуватись на початку ерготерапевтичної роботи з пацієнтом/клієнтом, а потім повторюватись через певні періоди часу, які визначаються спільно пацієнтом/клієнтом та ерготерапевтом.

Канадська оцінка виконання діяльності :

- розглядає такі сфери виконання діяльності як **самообслуговування, продуктивну діяльність, дозвілля;**
- залучає клієнта з самого початку процесу ерготерапії;
- враховує ролі та рольові очікування клієнта;
- розглядає важливість сфер діяльності для клієнта; фокусується на зовнішньому середовищі клієнта;
- враховує задоволеність клієнта існуючим рівнем виконання діяльності;
- оцінює проблеми самостійно визначені клієнтом;
- вимірює зміни, що відбулися в сприйнятті клієнтом виконання своєї діяльності, після проходження курсу ерготерапії.

Самообслуговування включає: персональний догляд, функціональну мобільність, участь у житті суспільства.

Продуктивна діяльність передбачає: наявність оплачуваної або неоплачуваної роботи, ведення домашнього господарства, освіта, волонтерська діяльність.

Дозвілля включає: спокійний відпочинок, активна рекреація, соціалізація, гра.

Процес (СОРМ) складається з 4-х кроків

Крок 1. Всі проблеми, про які згадує клієнт необхідно записати у відповідні розділи реєстраційної форми, де вони названі: Крок 1А (самообслуговування),

Крок 1Б (продуктивна діяльність), Крок 1В (дозвілля).

Важливість									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Зовсім не важливо					надзвичайно важливо				

В кінці Кроку 1 в ерготерапевта мають бути чіткі уявлення про види діяльності, важливі для клієнта та які його турбують.

Крок 2. Коли визначені проблеми, клієнта просять оцінити види діяльності з точки зору їх *важливості в його житті* за 10-ти бальною системою.

Реєстраційна форма COPM

Таблиця 1

Крок 1	Крок 2
Визначення проблеми у виконанні діяльності	Оцінка важливості
Крок 1А. Самообслуговування: догляд за собою (одягання, прийом ванни, особиста гігієна, прийом їжі...)	Важливість 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Функціональна мобільність: пересаджування, переміщення всередині будинку і поза домом, активність у соціальному середовищі; (транспорт, покупки, гроші)	Важливість 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Крок 1Б. Продуктивна діяльність Оплачувана/неоплачувана робота (волонтерська) Ведення домашнього господарства:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(прибирання, прання, приготування їжі) Гра/навчання (навички гри/домашні завдання)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Крок 1В. Дозвілля «Спокійні» захоплення (хоббі, ремесла, читання) Активний відпочинок (спорт, прогулянки, подорожі) Соціальне спілкування (візити, листування, розмови по телефону, вечірки)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Крок 3. Визначення та підрахунок балів – первинна оцінка Вибрати з клієнтом 5 найбільш важливих для нього проблем і записати збоку. За 10-ти бальною системою попросить оцінити кожен «активність» з точки зору її здатність виконання, а потім за 10-ти бальною системою – задоволеність виконанням цієї діяльності.	Виконання 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Не виконую Цілком добре Задоволеність 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Не задоволений Дуже задоволений
Планування та реалізація ерготерапевтичного втручання	
Крок 4. Повторна оцінка	Виконання 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Не виконую Цілком добре Задоволеність 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Не задоволений Дуже задоволений

Крок 3. Здатність виконати важливу для пацієнта/клієнта діяльність

Використовуючи отриману інформацію, слід попросити клієнта визначити **5 найважливіших для нього проблем**.

Для кожної з цих проблем за 10-та бальною шкалою клієнт повинен визначити самостійну оцінку його **здатності виконати дану діяльність** в цей момент. Після цього він повинен оцінити **задоволеність виконанням** цієї діяльності

SORM розроблена як система оцінки ефективності, тому бали використовуються при повторній оцінці. Це індивідуальна система оцінки, тому бали пацієнта/клієнта порівнюються з його ж попередніми балами.

Доведено, що зміна на 2 і більше балів при використанні SORM є клінічно значущими.

На етапі наступному за кроком 3 відбувається планування і реалізація ерготерапевтичного втручання.

Крок 4. Повторна оцінка

Після ерготерапевтичного втручання проводиться повторна оцінка.

Результати первинної та повторної оцінок виконання та задоволеності своєю діяльністю вносяться ерготерапевтом в реєстраційну форму SORM (таблиця 2).

Процес SORM повторюється настільки часто, наскільки це необхідно клієнту.

У випадку досягнення бажаного рівня діяльності, клієнт та ерготерапевт можуть продовжити процес за рахунок визначення нових проблем діяльності, або вони можуть прийняти рішення про завершення втручання.

Після проведення повторної оцінки спільно з клієнтом визначаються проблеми, які залишилися або знову з'явилися у виконанні діяльності.

Таблиця 2

**Реєстраційна форма СОРМ
з результатами повторної оцінки**

Проблеми в активності	Первинна оцінка		Повторна оцінка	
	виконання	задоволеність	виконання	задоволеність
1				
2				
3				
4				
5				
Всього кількість проблем (С)	Сума виконання А1	Сума задоволеності В1	Сума виконання А2	Сума задоволеності В2
Підрахунок балів				
Загальний бал	А1/С	В1/С	А2/С	В2/С
Зміни в виконанні	А2/С- А1/С			
Зміни в задоволеності	В2/С-В1/С			

Висновок. Загальний бал при первинній оцінці виконання і задоволеності; загальний бал при повторній оцінці виконання і задоволеності; зміни в виконанні; зміни в задоволеності пацієнта/клієнта.

1. Майкова Т.В., Афанасьєв С.М., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: підручник. Дніпро: Журфонд, 2009. С.13-26.
2. Клочкова Е.В., Мальцев С.Б. Использование «Канадской оценки выполнения деятельности (СОРМ)» для оценки потребностей клиента: методическое пособие. Душанбе, 2010. – 38 с.

Лабораторне заняття №6

Тема. Ерготерапія осіб із аутизмом

Мета заняття: навчити користуватися опитувальником «Активності у повсякденному житті» з метою виявлення рівня активності пацієнта у повсякденному житті

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапія осіб із аутизмом». Вміти відповідати на питання.
2. Знати та вміти користуватися універсальним опитувальником «Активності у повсякденному житті» («Activities of Daily Living») (ADL, англ.).

Короткий виклад теоретичного матеріалу

1. Аутизм і його характеристики

Аутизм (розлади аутистичного спектру (РАС)) – це стан, який виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вродженим та всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування. За оцінками ВООЗ, 1 дитина із 160 має будь-який із розладів аутистичного спектру. Американська асоціація Autism Speaks відзначає 1 випадок аутизму на 88 дітей. Загалом у світі таких осіб нараховується понад 2 мільйони. Розлади аутистичного спектру починаються у дитинстві, проте зберігаються у підлітковому і дорослому віці. У більшості випадків ці стани проявляються у перші 5 років життя. Діагностувати ризик розвитку аутизму можна вже в 1,5 річному віці дитини за допомогою спеціального скринінгового тесту.

Люди з аутизмом можуть бути надзвичайно обдарованими, проте їм потрібно набагато більше часу, щоб навчитися чомусь дуже простому. Рівні розумової діяльності у людей з РАС варіюють в надзвичайно широких межах – від важкого порушення функцій до чудових невербальних когнітивних навичок. Такі діти проявляють здібності – іноді просто геніальні – до малювання, музики,

конструювання, математики тощо. При цьому інші сфери життя не будуть цікавити дитину. Аутизм у чотири рази частіше вражає хлопчиків, ніж дівчаток.

Немає науково обґрунтованих даних щодо зв'язку між вакциною проти кору, коклюшу та краснухи і розвитком аутистичних розладів у дітей, оскільки ураження мозку відбувається ще на етапі внутрішньоутробного розвитку плода.

До 6 років мозок дитини активно засвоює інформацію. І якщо намагатися розвивати «дитину дощу» до цього віку зусиллями психологів, арт-терапевтів, логопедів, то з часом таку дитину можна адаптувати до соціального життя.

На що потрібно звернути увагу в роботі з дитиною з аутизмом

- **Порушення мови**

Частина дітей не розмовляють зовсім, інші відстають від своїх однолітків у мовному розвитку. У віці до 12 місяців не агукають, не виявляють активно радості при наближенні мами або когось із близьких; видають одні й ті ж звуки, в 2 роки у них вкрай бідний словниковий запас (близько 15 слів), до 3 років вони майже не здатні комбінувати слова. Такі діти часто повторюють почуті десь слова і фрази, придумують власні слова (неологізми) і не користуються мовою для спілкування.

- **Можлива відсутність емоційного контакту з людьми**

В першу чергу – з батьками. Деякі малюки не дивляться людям в очі, не тягнуться до батьків на руки, не посміхаються, часто чинять опір спробам взяти їх на руки, приголубити. Не всі, але часто діти не відрізняють батьків від інших людей, не помічають, що до них хтось звертається.

- **Усамітнення**

Дитина з аутизмом відчуває сильний дискомфорт серед інших людей, а з часом – тривогу. Вони не завжди грають з однолітками, не розуміють емоцій інших людей і тому віддають перевагу усамітненню, яке захищає їх від сильних переживань з приводу складнощів спілкування.

- **Напади агресії**

Будь-яка невдача може викликати у дитини спалах гніву, спровокувати істерику, фізичну атаку. Агресія у дітей-аутистів може бути спрямована на інших і на самих себе, останнє зафіксовано у 30% хворих.

- **Слабкий інтерес до іграшок**

Наприклад, дитина не катає машинку, а годинами крутить її колесо. Інший варіант – прихильність тільки до однієї іграшки або її частини, до одних і тих же дрібних предметів.

- **Стереотипність поведінки, страх змін**

Діти-аутисти схильні здійснювати одні й ті ж дії протягом довгого часу: повторювати одне і те ж слово, бігати по колу, розгойдуватися з боку в бік, дивитися на обертові об'єкти, вертїти щось тощо.

Поведінка дорослих «людей дощу»

Розлади аутистичного спектру можуть істотно обмежити здатність людини здійснювати повсякденну діяльність і брати участь в житті суспільства. Ці розлади часто негативно впливають на освітні і соціальні досягнення людини. Деякі аутисти здатні жити самостійно і продуктивно, інші страждають важкими порушеннями і потребують довічного догляду та підтримки.

Дорослі «люди дощу»:

- Часто говорять про себе в третій особі, не використовують звернень і особових займенників.
- При розмові не дивляться в обличчя співрозмовнику, або зовсім відвертаються від нього.
- Мають неемоційну мову, яка нагадує автовідповідач, складається з коротких речень або повторень однотипних фраз чи слів.
- Можуть перервати розмову і піти, оскільки втратили інтерес до розмови.
- Можуть без причини і недоречно сміятися.

- Часто не мають навичок самообслуговування (аутист може не вмиватися, не їсти, не переодягатися). Якщо ж вони це роблять, то доводять все до крайньої педантичності, створюють певні ритуали в своїх діях.
- Повторюють рухи (махи руками, хитання головою, піднімання плечей тощо).
- Можуть страждати від незрозумілих нападів паніки, гніву, злості.
- Інколи виконують агресивні дії, спрямовані проти самого себе.
- Мають високу сенсорну чутливість: напади паніки через різкі і гучні звуки, яскраве світло тощо.

Аутисти часто наражаються на стигму і дискримінацію, вони можуть бути несправедливо обділені увагою як у сфері медичного обслуговування, так і в сфері освіти, в можливостях брати участь в житті місцевих громад. Тому їм дуже потрібна наша підтримка і розуміння. Аутизм неможливо вилікувати, проте з часом можна адаптувати таку людину до соціального життя.

2. «Activities of Daily Living» (ADL)

Вперше термін «Activities of Daily Living» (ADL, англ.) ввів Deaver в 1945р. Різними перекладачами перекладається по-різному: як «активності повсякденному житті», як «функції повсякденної життєдіяльності», як «повсякденна активність».

В основі методів вимірювання порушень лежить оцінка незалежності індивідуума від сторонньої допомоги в повсякденному житті. При цьому аналізуються не всі щоденні дії, а лише найбільш значущі, представницькі, найбільш загальні з рутинних дій людини. Уявлення про те, які функції відносити до базових, можуть кілька розходитися.

Тести, що вимірюють порушення умовно можна поділити на чотири групи:

1) вимірюють незалежність хворого в повсякденному житті, або, відповідно до дослівного перекладу з англійської, що вимірюють «активності повсякденному житті» (Activities of Daily Living, англ., Або ADL), під якими зазвичай розуміють елементарне тілесне самообслуговування;

2) вимірюють, крім тілесного самообслуговування, ще й можливість користування предметами побуту, що необхідно для проживання в звичайних умовах (або розширені активності повсякденному житті);

3) вимірюють локально ті функції, розлад яких призводить до порушення життєдіяльності, наприклад, ходьбу, функцію кисті;

4) поєднують вимір повсякденної активності та рольових обмежень.

Шкал ADL існує безліч, за деякими даними - понад 200, однак далеко не всі з них досліджені щодо валідності і надійності.

Найбільшого поширення в ерготерапії отримали:

- Індекс активної повсякденної Життєдіяльності Бартел,
- Індекс активної повсякденної Життєдіяльності Катц,
- Нотингемський десятипунктний Індекс активної повсякденної Життєдіяльності.

Одним із тестів, які можна використовувати для визначення активності у повсякденному житті осіб з аутизмом є «Опитувальник активності у повсякденному житті». Для об'єктивності опитування найчастіше відповіді на 25 запитань про труднощі у життєдіяльності дає людина, яка перебуває тривалий час з особою з аутизмом і знає його діяльність – родичі, близькі. Особи, які не знають досконало звички аутиста і не проживають з ним, можуть помилятися у відповідях, тому що на перший погляд ці пацієнти можуть себе поводити нестандартно в присутності незнайомих людей.

Універсальний тест, що застосовується в ерготерапії для оцінки діяльності пацієнта/клієнта

ОПИТУВАЛЬНИК АКТИВНОСТІ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ (Activities of Daily Living)

Відповіді на питання може давати пацієнт/клієнт, родич, знайомий, соціальний працівник, які близько знають пацієнта/клієнта.

Чиє в людини труднощі, щоб:

1. Справлятися з повсякденними справами?

2. Піклуватися про себе?
3. Приймати ліки без стороннього спостереження?
4. Дотримуватися особистої гігієни?
5. Пам'ятати про важливі дати або події?
6. Зосередитись під час читання?
7. Описати побачене або почуте?
8. Брати участь у бесіді?
9. Користуватися телефоном?
10. Прийняти повідомлення від когось?
11. Не заблукати під час прогулянки?
12. Здійснювати покупки?
13. Готувати їжу?
14. Правильно відрахувати гроші?
15. Самому залагоджувати свої фінансові справи?
16. Відповісти на питання, як пройти кудись?
17. Користуватись домашніми приладами?
18. Знаходити дорогу в незнайомому місці?
19. Самостійно користуватись транспортом?
20. Активно займатись справами у вільний час?
21. Продовжити справу після короткої перерви?
22. Здійснювати дві справи одночасно?
23. Долати незвичні ситуації?
24. Не створювати небезпечних ситуацій під час занять повсякденними справами?
25. Виконувати завдання під тиском певних обставин?

Відповіді на питання оцінюються за такими балами:

1 – ніколи, 2 - іноді, 3 – часто, 4 – завжди, 0 – не підходить, не відомо. Плюсують всі бали крім відповідей «не підходить...». Сума ділиться на кількість питань.

Інтерпретація: 1 – відсутність труднощів у процесі виконання активностей у повсякденному житті, 4 – максимальні труднощі в процесі повсякденного функціонування клієнта.

Ерготерапевтичне втручання

Щоб робота з аутичною дитиною виявилась ефективнішою, бажано починати її з розвитку психічних процесів, особливо відчуттів і цілісного сприйняття. Значну увагу при цьому слід приділити розвитку тактильного, зорово-тактильного, кінестетичного сприйняття. В іграх «Чарівний мішечок», «Угадай предмет» тощо описані конкретні прийоми роботи. Якщо у дитини низька мотивація до занять, то спершу дорослий може використовувати такий прийом: брати руку малюка та спрямовувати її, наприклад, обводити пальчиком геометричні фігури, контури об'ємних і намальованих предметів, при цьому чітко та неодноразово повторюючи їхні назви. Корисно запропонувати дітям складати головоломки (на дотик, із заплющеними очима), мозаїки, «рамки Монтесорі». Якщо цілісне сприйняття у дитини достатньо розвинуте, можна проводити заняття з розвитку інших психічних функцій (увага, пам'ять, уява), залежно від її інтелектуального потенціалу.

Розвиток зорово-моторної координації також необхідний у роботі з аутичними дітьми. Корисні заняття перед дзеркалом, коли дитина разом із дорослим дивиться на своє відображення та повторює за ним назви частин тіла. Тому корисно розмістити у груповій кімнаті кілька дзеркал на рівні очей дитини. Час від часу дорослий може привертати увагу малюка до його відображення. Аутичні діти люблять малювати на своєму тілі. Це допомагає їм усвідомити власне тіло, його частини та сприяє розвитку тактильних відчуттів. Тут допоможе така вправа: поклавши дитину на великий аркуш паперу, дорослий обводить контур його тіла, а потім разом, називаючи вголос частини тіла та предмети одягу, вони зафарбовують цей контур. Малюючи окрему частину тіла, дорослий або просто називає її, або веде з нею діалог (гра «Розмова з тілом»). Крім цього, корисні такі ігри, як «Фізкультурники», «Покатай ляльку», «Покажи

ніс» тощо. З аутичними дітьми необхідно займатися фізичними вправами, адже це також допомагає їм краще відчувати своє тіло, покращує координацію рухів.

Розвиток навичок самообслуговування

Оскільки для дітей з аутизмом характерне зниження або відсутність мотивації до виконання певних дій (одягання, прибирання речей), важливо встановити з ними довірчі стосунки. Зрозумівши, що дорослі приймають її такою, як вона є, дитина впевниться у власній безпеці, та, можливо, піде на контакт. Дитина з РАС постійно потребує візуальної підтримки, тому при відпрацьовуванні навичок самообслуговування слід використовувати оперативні картки. Так, схему, що позначає потрібну послідовність дій дитини при збиранні на прогулянку, можна намалювати на шафці. Корисні й ігри на кшталт «Малюнки, що розмовляють».

Розвиток мовлення та комунікативних здібностей

Розвиток мовлення здійснюється з урахуванням групи РАС. Так, займаючись із дитиною першої групи, дорослому необхідно особливо чітко промовляти всі слова, при цьому слід звернути увагу на ті з них, які дитина намагається вимовити. Називаючи предмети, треба їх показувати. При роботі з дітьми другої групи слід посилювати мовленнєву активність. Спочатку в мові можна використовувати прості фрази: «Візьми цукерку», — потім поступово додавати нові слова: «Візьми цукерку зі столу», «Візьми цукерку з письмового столу» тощо. Заняття мають відбуватися в атмосфері тепла, довіри. При навчанні читання слід використовувати метод глобального читання. Дитині пропонують не окремі букви, а одразу ціле слово, написане крупно й чітко, підкріплене наочним зображенням. Дітей третьої групи потрібно вчити діалогічного мовлення. На перших етапах дорослий більше слухає дитину, потім починає ставити запитання. Пізніше дитині пропонують продовжити розповідь, казку або історію. При цьому важливо емоційно підтримувати дитину, не переривати її та вислуховувати до кінця. Мовлення дітей четвертої групи, зазвичай, розвивається значно краще, ніж у попередніх. Але робота з ними також потребує уваги

дорослих. Необхідно викликати у дитини впевненість, не піддавати сказане ним постійній критиці. У будь-якому випадку, незалежно від групи аутизму, з дітьми слід говорити якомога більше, а заняття краще проводити у формі гри. Розвиток комунікативних здібностей краще проводити в ігровій формі. Дітям корисно грати в такі ігри, як «Рукавички», «Мінялки іграшок», «Створюємо мультфільми» тощо. Дітям з аутизмом властиві безцільні монотонні рухи, розгойдування. Відвернути їх від стереотипного ритму можна, використовуючи емоційно насичені ритмічні ігри й танцювальні рухи. Малювання фарбами (пензликами, штампами й особливо пальцями) допомагає зняти зайве м'язове напруження. Для цього корисна також робота з піском, глиною, пшоном, водою. Також активно сприяють розвитку дітей з аутизмом сенсорні ігри.

Види сенсорних ігор:

Ігри з кольором

Малювання фарбами на папері, камінчиках, склі. Це дозволить задіяти не лише зорові відчуття, але й тактильні. Розфарбувати воду і таким чином вивчати кольори. А щоб було ефектніше, додати трохи мила чи шампуню і отримати кольорову піну.

Ігри з водою

Вода дуже позитивно впливає на емоційний стан, допомагає розслабитись. Варіантів для ігор є безліч: переливання води по різних посудинах, створення фонтану, поставивши руку під струмінь води, ігри з лійками та інші. А якщо задіяти стіл-ванну і підключити фантазію, то ванна «перетвориться» на озеро, море та й навіть океан.

Ігри з крупами та іншими природними матеріалами

Такі ігри чудово розвивають дрібну моторику рук, що допоможе розвитку мови. Створення сенсорних коробок, де будуть задіяні не лише природні матеріали, а й улюблені іграшки дитини. Це можуть бути невеличкі машинки, фігурки з конструктора. Вирізання аплікацій, малювання на манці, піску. Під час заняття з сипучими матеріалами буде зручно використати спеціальний стіл з

підсвіткою, який точно зацікавить дитину і скоротить ваш час на прибирання. А можна скористатись і простою картонною коробкою чи мискою.

Ігри з світлом і тінями

Використовуючи лампу, ліхтарик чи свічку створимо справжній театр тіней на стіні. За допомогою дзеркала пограємось з сонячними зайчиками. А дзеркальна сфера точно приємно вразить.

Рольові ігри

Такі ігри добре розвивають соціальні навички. Граючись, дитина не тільки уявляє себе в іншому образі, а й приміряє на себе інші відчуття та емоції. У грі можна зробити те, що страшно в реальному світі. Так, копіювання лікаря, продавця, вчителя дозволить адаптуватись до певної ситуації в соціумі. А також допоможе здружитись з іншими дітками, відтворюючи разом, наприклад, казку. Тут в пригоді стане Магнітна дошка та декілька магнітів звірят.

Стрибки, кидання м'яча, біг, плескіт в долоні. Це все спрямовано на розтяжку, відчуття рівноваги, зміцнення м'язів. Проста зарядка стане цікавішою і веселішою, якщо її робити на сенсорній доріжці. Також можна використовувати різноманітні тренажери, про які згадувалось раніше. Під час рухливих ігор потрібно регулювати фізичне навантаження та контролювати зовнішні ознаки втоми. Якщо ігри будуть супроводжувати ритмічними віршиками чи дитячими піснями, дітям буде веселіше та цікавіше.

Що важливо при виборі ігор для дітей з аутизмом?

Спеціалісти рекомендують, щоб ігри для дітей були простими і доступними, вони не мають викликати у них напруження і відштовхування. Бажано, щоб це було щось знайоме, з чим вже грались раніше. Розпочати треба з найелементарніших ігор і переходити до складніших. Діти з різними особливостями будуть по різному сприймати ту чи іншу гру. Тому під час заняття потрібно індивідуально підходити до кожної дитини, допомагати, підтримувати, підказувати, повторювати по декілька разів, якщо це буде потрібно.

Лабораторне заняття №7

Тема. Методика розвитку фізичних та/або розумово-емоційних якостей дітей з аутизмом

Мета заняття: навчити дітей з аутизмом самообслуговуванню

Завдання:

1. Знати методи корекції аутизму
2. Вміти формувати навички побутової незалежності та самообслуговування осіб з аутизмом.

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Навички самообслуговування у дітей з аутизмом

У зв'язку з особливостями симптоматики цього захворювання розвиток навичок самообслуговування у дітей з аутизмом дуже уповільнений, і в деяких випадках подібні навички можуть бути зовсім відсутніми. Все залежить від глибини захворювання і співвідношення симптоматики з групою хвороби. Існує чотири групи дітей з аутизмом, де перша – найбільш важка, з повною відсутністю навичок самообслуговування і четверта – найбільш сприятлива і піддається корекції. Відсутність самообслуговування у дитини – найбільш гостра тема для батьків, адже саме вони своїми зусиллями компенсують відсутність цієї навички. АВА терапія – найдієвіший метод корекції аутизму. Більш відома назва терапії – поведінкова, адже її основні принципи базуються на засадах поведінкового аналізу. АВА терапія має на увазі безпосередній взаємозв'язок поведінки з навколишнім середовищем. Метод АВА для роботи з дітьми з аутизмом вперше був використаний доктором Іваром Ловаасом в 1963 році. Вчений був представником Каліфорнійського університету. В основі методу лежить ідея про те, що будь-яка поведінка тягне за собою деякі наслідки, і якщо дитині наслідки подобаються, вона буде цю поведінку повторювати, а якщо не подобаються, то не буде. В рамках навчальної програми з методики АВА дитина завжди «ведеться» спеціалістом. Для кожної дитини складається індивідуальний план

поетапного розвитку. Плюсом такого методу виступає те, що дитина може освоювати одночасно дві-три не пов'язаних між собою навички. Батьки виступають головними направляючими всієї програми, створеної для дитини, адже в подальшому вони повинні виховувати дитину на основі поведінкових принципів навчання.

Перелік ерготерапевтичних проблем та питань пов'язаних з поведінкою дітей аутизмом

- Можливі проблеми, пов'язані з розвитком навичок самообслуговування.
- Перелік необхідних навичок самообслуговування для дитини з аутизмом.
- Методи впливу на розвиток навичок самообслуговування у дітей з аутизмом.
- Методичні рекомендації для розвитку кожної з необхідних навичок самообслуговування.
- Розвиток навичок самообслуговування у дітей з першою групою аутизму.
- Стимулюючий матеріал, необхідний для реалізації методів розвитку навичок самообслуговування.

Можливі проблеми, пов'язані з розвитком навичок самообслуговування

Найчастіше, аутизм провокує не тільки відсутність навичок самообслуговування, а й повне небажання і байдужість малюка до придбання цих навичок. Можуть зустрічатися такі особливості: дитина може не реагувати на мокроту, і не скаржитись на те, що забруднила штани, дитина не одягається самостійно і може так і залишитися сидіти зі спущеними штанами, поки хтось їх не підтягне. Так само буває у разі, коли необхідно роздягнутися – дитина може сидіти в куртці до тих пір, поки її хтось з неї не сктне. Дитина може чинити опір, коли їй необхідно почистити зуби і не підпускати нікого, що б їй їх почистили. Подібна ситуація відбувається і з миттям волосся. Також дитина може зовсім не намагатися їсти самостійно, або робити це тільки певними приладами і тільки з певною їжею. У деяких випадках діти навіть відмовляються ходити пішки, вимагаючи, щоб їх возили в колясці, як раніше. Також діти з аутистичним спектром можуть тривалий час відмовлятися від горщика і не проситися в туалет.

Наприклад, типовою поведінкою може бути: істерики і капризи під час прогулянки, коли батьки виводять дитину гуляти пішки, дитина може їсти виключно виделкою і тільки їжу жовтого кольору.

Можливий вкрай протилежний варіант – дитина не реагує на такий сильний стимул, як бажання піти в туалет. Вона не проситися і не звертає увагу, коли намочила штани. Такі особливості, виражені в відсутності навичок самообслуговування, обумовлені загальними симптомами аутизму.

Найчастіше у дітей бувають проблеми з розвитком моторики – через це їм складно впоратися з процесом одягання, роздягання і зав'язування шнурків. Але дрібна моторика, одна з тих навичок, яка відмінно піддається корекції і через деякий час дрібна моторика може стати сильною стороною дитини.

Також подібна поведінка може виникати, коли в зв'язку з віком, у дитини формуються новоутворення, наприклад, самостійне ходіння. Дитині з аутизмом дуже складно повністю відмовитися від її колишнього середовища пересування, тому, навіть коли малюк навчиться ходити він буде прагнути назад у коляску. Також це пов'язано з наявністю страхів у дітей з аутистичним спектром, так як візок є для них безпечним, перевіреним середовищем, а навколишній світ зовсім незнайомий і лякає. Відсутність абстрактного мислення, неточності сприйняття і особливості чутливості відображаються на поведінці дитини і розвитку її навичок самообслуговування.

Серед дітей з аутизмом зустрічаються гіпочутливі діти – на яких не діють навіть найсильніші подразники, і гіперчутливі – які дуже болісно реагують на різні гучні звуки, яскраві спалахи і т.д. Гіпочутлива дитина не буде реагувати на мокроту і проситися в туалет, а гіперчутлива – не зможе самостійно їсти, так як буде постійно боятися забруднитися.

Для батьків дуже важливо дотримуватися балансу у процесі розвитку навичок самообслуговування у дитини з аутизмом. Вони повинні допомагати дитині тоді, коли це дійсно потрібно, але не робити те, що вона може робити сама. В одній з наукових книг про виховання дитини з аутизмом, а саме

«Діагностика і лікування аутизму», Д. Н. Ісаєв писав: «Ваша допомога дитині максимальна, якщо Ваше ставлення до неї гнучке. Це означає, що Ви допомагаєте їй тоді, коли вона потребує Вашої допомоги, а Ваша допомога не більше і не менше того, що потрібно в даний момент дитині. Ваша допомога не повинна підміняти активність дитини. Буде дуже добре, якщо Ви вимагатимете від неї те, що вона знає і в достатній мірі вміє робити. Ваше знання дитини дає Вам можливість визначити, що дитина робить добре, що вона тільки починає освоювати, а що не вміє зовсім. У першому випадку в залежності від ситуації Ви можете похвалити, у другому – допомогти, в третьому – уникнути непосильних для дитини, а тому – травматичних для неї, вимог. Добре, якщо Ви приймаєте до уваги не тільки те, чого Ви хочете, щоб досягла дитина, а й існуючі зараз труднощі.

Мірою успішності Вашої роботи буде, в першу чергу, не наближення до ідеалу, а подолання існуючих труднощів. Це забезпечить найкращу підтримку дитині з Вашого боку. Вона потребує заохочення, зразків правильної поведінки. Ваше засудження вводить дитину в розгубленість, тоді як тепло і ласкава підтримка – допомагає їй».

Перелік необхідних навичок самообслуговування для дитини з аутизмом

Для того, щоб процес розвитку навичок самообслуговування у дитини з аутизмом був успішний необхідно чітко визначити з якими навичками її слід знайомити:

- Навчити дитину самостійно користуватися всіма столовими приборами;
- Навчити дитину самостійно тримати чашку та пити, тримаючи її однією рукою;
- Навчити дитину користуватися серветками і мити руки перед і після їжі;
- Навчити дитину користуватися горщиком;
- Навчити дитину самостійно підтягувати штани;
- Навчити дитину вдягати светри і штани;
- Навчити дитину роздягатися і переодягатися;

- Навчити дитину проситися на горщик;
- Навчити застібати взуття, зав'язувати шнурки і після знімати взуття.

Однією з причин проблем з розвитком навичок самообслуговування у дітей з аутизмом є те, що у них відсутні навички наслідування і імітації дій дорослих. Тому однією з найважливіших цілей є те, що необхідно навчити дитину повторювати дії дорослих.

Користуючись основними принципами розвитку Л. С. Виготського, можна сказати, що структури кожного з рівня навичок з моменту народження і до кінця життя спочатку повинні перейти з внутрішнього розуміння в зовнішні прояви, а потім бути засвоєні і автоматизовані, створюючи базу для подальшого успішного розвитку загалом. При цьому стимулом – засобом для засвоєння структур кожного рівня, є абсолютно різні (специфічні для кожного рівня) способи впливу, які присвоюються дитиною як індивідуальні психотехнічні прийоми і, таким чином, закріплюють певний механізм поведінки (що відповідає одному з рівнів регуляції).

Ми можемо говорити про те, що чутлива сфера людини, так само, як і когнітивна, проходить шлях культурного розвитку, соціалізації. З цієї точки зору робота по організації поведінки дитини – це перш за все формування структур кожного з рівнів чутливої регуляції і налагодження взаємодії між ними. Необхідні чутливі структури формуються завдяки відпрацюванню відповідних стереотипів поведінки.

Займаючись з дитиною з аутизмом Ви повинні чітко визначити план своїх дій, діяти поетапно і не поспішати. Не можна квапити дитину і перенавантажувати, це може призвести до негативізму з її боку і втрати вже наявних навичок. Дуже важливо не тиснути на дитину і спостерігати за її реакцією на стимули, стежити за її настроєм. Також дуже важливо спілкуватися з дитиною та пояснювати їй сенс всіх виконаних дій. Коли Ви склали план розвитку дитини і ввели його в план дня, попередьте про це дитину. Запитайте про її настрій, але не дозволяйте відхилитися від плану корекції. Пам'ятайте, що

для більшої результативності необхідно упиратися на вже наявні навички дитини і, виходячи з цього, починати заняття. Опрацюйте те, що дається дитині, похваліть її – це стане позитивною мотивацією і запорукою гарного настрою дитини.

Методи впливу на розвиток навичок самообслуговування у дітей з аутизмом

Методика «Хайскоуп» – ця програма найбільш відома в зарубіжних країнах. Її основна ідея полягає в тому, що з малих років слід прищеплювати дитині самостійність і відповідальність за її дії. Адаптація «Хайскоуп» для занять в домашніх умовах із дітьми з проблемами в розвитку отримала назву «М'який старт». Скелетом методу виступає схвалення прагнення дитини до незалежності. Згідно з цим методом батьки повинні надати дитині можливість самостійного вибору, організовуючи світ навколо неї таким чином, щоб вона не була абсолютно залежною від батьків. Батьки створюють сприятливе середовище для розвитку, таким чином виходить, що метод базується на створенні необхідного розвиваючого середовища для дитини і передбачає право вибору за ним.

Приступаючи до розвитку дитини за програмою «Хайскоуп», дорослі повинні забезпечити дитину особистими предметами самообслуговування, ідентичними предметами дорослої людини: особистим посудом, ганчірочкою, інструментами, навіть особистим пілососом, щіткою для одягу і взуття і т. д. Ця система вимагає великої уваги до діяльності дитини і практично повної самовіддачі дорослого. Ця програма повинна реалізовуватися родиною, а не тільки на спеціальних заняттях в розвиваючому центрі.

Для виконання завдань дитині доведеться оперувати з предметами – перекладати, накладати, виймати, пересипати, перебирати пальцями і т.д. Тому дитину до початку роботи за програмою потрібно навчити розуміння і здійснення простих дій: візьми, поклади, натисни, стоп, підніми, дай руку і т.д. Дорослий починає постійно своїм прикладом показувати, що і як треба робити. При цьому дорослий короткими повторюваними фразами коментує.

Застосовуючи цей метод рекомендують дотримуватися відповідного плану:

1. Пропонувати дітям для ігор та занять безліч різноманітних матеріалів для експериментування, використовуючи в основному побутові предмети.
2. Надавати їм вільний вибір занять.
3. Розмовляти з ними і дозволяти їм розмовляти під час гри.
4. Пропонувати допомогу і підтримку у вирішенні проблем, але не давати вказівок і не вирішувати проблеми за дітей.

Відносно такого методу розвитку дитини з аутизмом, автор класифікації по градації груп аутизму, О. С. Нікольська писала: «Помічено, що досить часто батьки аутичних дітей доглядають за ними мовчки, мало тримають їх на руках, рідко з ними грають. Справа тут навіть не в особливій стриманості батьків; швидше за все, це відбувається тому, що дитина недостатньо їм відповідає. Дійсно, неможливо говорити «в порожнечу», дуже важко грати з дитиною, не отримуючи від неї явного емоційного відгуку. У той же час, як ми вже говорили, важливо пам'ятати, що саме така дитина найбільше потребує тактильного контакту, ласки, наших словесних коментарів, і вірити, що через деякий час вона теж почне відгукуватися, заражатися нашими реакціями, і тоді ситуація стане більш нормальною: сама дитина зможе емоційно підтримувати нас у взаємодії. Коментар при цьому, як правило, не містить нічого особливого – найпростіші, звичайні слова, рухи, дії найкраще передають наші почуття. Головне – це намагатися проживати разом з дитиною, докладно, зі смаком, всі деталі, подробиці її життя.

Коли мати говорить зі звичайним немовлям, радіючи з того, як воно прокидається, вмивається, реагує на цокання годинника, дивиться у вікно або в дзеркало, перебирає іграшки, слова й інтонації приходять самі. Однак аутична дитина потребує таких ритмічно організованих, емоційно насичених коментарів не тільки в дитячому, а й в значно більш пізньому віці.

АВА терапія («Applied Behavior Analysis» або «Behavior Modification»)

– відома в Україні як «Поведінкова модифікація». На сьогоднішній день АВА терапія найбільш результативна методика в контексті корекції аутизму. Вона ідеально підходить для того, щоб прищепити дитині необхідні навички самообслуговування. Ця методика не передбачає ініціативності дитини, вона абсолютно протилежна попередньому методу. Головною особливістю АВА терапії є те, що дорослий досить жорстко керує діяльністю дитини, аж до 10 жорстких заходів. В рамках навчальної програми за цією методикою дитина – завжди ведена її свобода й ініціативність обмежені вибором батьків. При всій строгості навчальної програми за методикою АВА, варто зауважити, що тільки вона підходить для важких форм аутизму. Батьки, які використовують АВА терапію не чекають, коли дитина захоче навчитися загнувати кришки баночок. У дитини немає вибору – його рукою показують рухи і закріплюють рухи до тих пір, поки дитина самостійно не зможе виконати навик. При цьому закріпленою навичка вважається тільки тоді, коли дитина зможе виконувати цю дію без помилок в не менше ніж 80% ситуацій. В рамках методики АВА дитині можна і навіть потрібно насильно показати, як робиться тау чи інша дія. Плюсом цієї методики є те, що не потрібно використовувати додаткові пристосування і дитина вчиться маніпулювати загальнодоступними побутовими предметами. Методика АВА, хоча і дає неймовірно високі результати навіть у випадках з важкими дітьми, вимагає від батьків міцних нервів, так як по ходу занять доведеться переступати через негативізм та істерики дитини.

За методикою АВА спочатку вчать дитину виконувати окремі дії – потерти моркву на тертці, пилюсосити підлогу, скласти брудний посуд в раковину, а в міру нарощування процедур, які може вільно виконати дитина, окремі дії зв'язуються в повну картину. Відомі випадки, коли діти з синдромом Дауна або аутизмом, навчившись корисних домашніх навичок, практично повністю знімали з батьків турботи по дому, що дуже полегшувало життя та покращувало емоційний настрій в сім'ї. Проте слід відштовхуватися від індивідуальних

особливостей дитини, але не упиратися на стереотипи в її поведінці. Ліблінг М.М. висловлювала таку думку, щодо системи навчального виховання дітей з аутизмом: «Починаючи з 70-х років фахівці все більше схиляються до того, що головне лікування дитини з аутизмом – це лікування навчанням. Нам хотілося б, проте, уточнити це формулювання. Справа в тому, що таку дитину недостатньо просто вчити: ми знаємо, що навіть успішне накопичення нею знань і вироблення навичок самі по собі не вирішують її проблем. Розвиток дитини з аутизмом не просто затриманий, він спотворений: порушена система змістів, що підтримують активність дитини, що спрямовують і організовують його відносини зі світом. Саме тому їй і важко застосовувати в реальному житті наявні у неї знання і вміння. Таким чином, мова скоріше повинна йти про лікувальне виховання, завданням якого є, перш за все, розвиток осмисленого взаємодії дитини з навколишнім світом».

Система TEACCH – це інноваційна система, в основі якої лежить чітке планування і навчання дитини побутовим навичкам в звичній і незмінній для неї обстановці. При повному дотриманні методики, дитина вільно обслуговує себе в своєму будинку, так як знає, наприклад, де лежать ложки, ганчірки, тарілки. Але варто переставити тарілки і каструлі місцями або, що часто буває, потрапити дитині в незвичайну обстановку – вона вже губиться. Наприклад, дитина, чудово витираючи калюжку в будинку, не може це зробити у бабусі в гостях або в кабінеті психолога. Але для дітей, у яких зорове сприйняття превалює, а в зв'язку з особливостями формування психіки ініціативність відсутня, ми можемо взяти з цієї системи дуже розумну ідею розкладу дня за картками. Відзначимо, що ця система дуже зручна для немовленнєвих дітей. Отже, необхідно завести ілюстрований розклад, що показує, як організований день дитини, чим вона повинна займатися зараз і в найближчому майбутньому. Розклад дня малюка або дитини на ранній стадії корекції покриває тільки кілька годин, для віку 6-7 років – вже півдня. Візьміть дошку або лист картону, заламініуйте, і закріплюйте на ньому за допомогою скотча малюнки предметів, фотографії – будь-які картинки,

які підходять по ситуації. Розклад має «читатися» зліва направо і зверху вниз. Кожна дія і ситуація отримує своє кодове зображення. Скачайте з Інтернету або ж використовуйте різні малюнки з графічних редакторів. Наприклад, для позначення прийому їжі, використовуйте схематичний малюнок тарілки, для сну – ліжка, для купання – води, що ллється з душу, для миття рук – руки з милом. Там, де символічні зображення підібрати не можна, візьміть фотографії або картинки з журналів. Для приходу бабусі в гості – фотографію бабусі в дверях, а для походу до лікаря — фотографія лікаря. Для опису життя дитини 3-4 років, як правило, вистачає 30 карток. Якщо відбувається щось несподіване, використовуйте знак оклику як символ зміни початкових планів. Для дітей з розвиненим інтелектом в 7-8 років картинки почніть підписувати словами, а по ходу прибирайте картинки, залишаючи тільки написи. Ближче до підліткового віку всі малюнки вже повинні бути замінені словами. Протягом дня звертайтеся до розкладу разом з дитиною. Коли дитина закінчує якесь заняття, знімайте з дошки відповідний малюнок. Початок і кінець якихось важливих справ позначайте яскравими сенсорними діями. Наприклад, початок уроку позначте появою в кімнаті спеціального стільця, який використовується тільки для занять. Нехай початок купання позначається дзвінком дзвіночка, а укладання в ліжку знаменується появою в ліжку ведмедика.

Відносно такого планування Микольська О.С. писала: «Світ організовується для них як набір окремих, певним чином освоєних ситуацій; навик, вироблений в одній із них, залишається жорстко прив'язаним до її конкретних умов, тому, переходячи з однієї ситуації в іншу, дитина часто не може перенести свої знання і вміння. Зрозуміло, що в цих умовах важко розвиваються її уявлення і про власне минуле і майбутнє, і про причинно-наслідкові зв'язки в тому, що відбувається навколо, а також можливість активно прогнозувати розвиток подій і планувати власні дії.

Як і спеціальні заняття, все сімейне життя повинно сприяти дитині в розвитку її відносин зі світом. Близькі можуть допомагати їй підвищити

активність, розширити досвід взаємодії з середовищем, створити більш детальну, і в той же час, більш повну і зв'язну картину світу. Все це і створить ґрунт для перенесення в повсякденне життя нового, більш складного досвіду організації взаємодії, який дитина вперше отримує на спеціальних заняттях. Упорядковане, передбачуване життя допомагає організувати поведінку дитини, уникати труднощів в переключенні з одного заняття на інше, можливих імпульсивних дій, виникнення страху, агресії, самоагресії. Спочатку режим дня повинен спиратися на чітку організацію дитини в просторі. Якщо для кожної домашньої справи існує цілком визначене, звичне місце, то саме переміщення дитини дозволить їй легше переключитися на наступне заняття. Несподіванка, новизна можуть вводитися в його життя тільки поступово, на основі вже сформованої, детально осмисленої картини світу, в якій для дитини вже існує минуле і майбутнє».

***Методичні рекомендації для розвитку необхідних навичок
самообслуговування***

Вчимо дитину мити руки

В першу чергу у дитини повинна закріпитися позитивна мотивація. Діти з аутизмом дуже люблять воду, тому в якості позитивної мотивації доцільно використовувати ігри у воді. Наприклад, спробувати зловити руками рибку – коли дитина буде рухати руками у воді буде відбуватися стимуляція розвитку дрібної моторики і тактильна стимуляція. Це залишиться у неї в пам'яті, як щось приємне. Потім можна використовувати переливання води, а пізніше ввести в гру мило. Наприклад, гра «Злови мило». У деяких випадках, щоб зацікавити дитину і сконцентрувати її увагу рекомендують фарбувати воду в різні кольори. Гра з кольоровою водою дарує дитині позитивні асоціації і після таких ігор вона не буде чинити супротив процедурі миття рук. Після того, як ви домоглися позитивного ставлення дитини до необхідної процедури проведіть інструктаж. Повторити потрібно багато разів, коротко і точно – не вживайте метафори або двозначні вирази. Потім можна взяти руки дитини і продемонструвати їй як

треба мити ручки. А після – поступово відпускати, супроводжуючи процедуру виключно повторенням інструктажу. Необхідно включити цю навичку в режим дня дитини.

Вчимо дитину вдягати штани

Для початку рекомендують взяти штанці на резинці, так як вони легше надягаються і не мають додаткових застібок. У цій ситуації важливо виробити у дитини навик імітації. Перш ніж просити дитину надягати штани самостійно, ви можете попросити її потренуватися на ляльках або іграшках. Коли дитина засвоїть рухи, які для цього необхідно зробити, переходите на навчання цьому навичку, безпосередньо на ній. У деяких випадках рекомендують використовувати сенсорні іграшки з резинками і зав'язками, для того, щоб дитина могла звикнути до таких предметів і навчився ними управлятися і маніпулювати. Потім слід виробити у дитини ланцюжок дій для виконання цієї задачі. Повторювати ланцюжок потрібно в середньому 5 разів, для відпрацювання автоматизації досвіду. Для того, щоб у дитини була позитивна мотивація – треба зацікавити її, використовувати ігри зі шнурівками і сенсорними мішечками, також можна придумати заохочення.

Вчимо дитину застібати черевики

Для навчання цьому виду діяльності рекомендують використовувати різні тактильні тренажери. Це можуть бути тренажери з липучками, шнурівкою, змійками. Дитина повинна відчувати всі можливі варіанти бар'єрів і вивчити їх. Це підготовчий етап. Проводячи його в контексті гри, ви можете виробити в дитини позитивну мотивацію і зацікавленість у цьому навичку. Дуже важливо давати їй послідовну вербальну установку – інструктаж. А також продемонструвати на власному прикладі правильне виконання дії. У деяких випадках корисно використовувати методи АВА терапії і керуючи рухами рук дитини продемонструвати їй правильний варіант виконання необхідної дії. Дуже важливо ввести такі заняття в режим дня дитини і довести виконання дії до автоматизації, в такому випадку дитина набуває нову навичку.

Вчимо дитину витирати рот серветкою

Для реалізації розвитку цієї навички рекомендують використовувати ігрове навчання. Ви повинні вибудувати для дитини послідовний алгоритм дії, в ході якого буде зрозуміло для чого, чому і як вона повинна витирати рот серветкою. Рекомендують використовувати наступні ігри: імітація чаювання, імітація приготування їжі, імітація обіду. При цьому повинен бути детальний опис процесу. Показуйте на своєму прикладі, як потрібно робити це правильно, які повинні бути рухи і який результат. Використовуйте дзеркала – дитина повинна бачити, як вона виглядає до того, як витерла рот серветкою і після. Поясніть їй в чому різниця, використовуючи короткі, чіткі, однозначні висловлювання. Не забувайте хвалити дитину за її успіхи, це теж служить своєю мотивацією. Пам'ятайте, що навик потрібно довести до автоматизму, а імітаційні ігри повинні передувати тим моментам, після яких потрібно зробити цю дію.

Розвиток навичок самообслуговування у дітей з першою групою аутизму

Як вже було вище описано діти з першою групою аутизму найбільш складно піддаються корекції, а розвиток навичок самообслуговування більш делікатний і тривалий процес. Батьки повинні розуміти, що в основі успішної корекції лежить їх наполегливість і завзятість. Потрібно бути готовими до того, що це займе не мало часу і потребуватиме вагомому вкладенню зусиль. В першу чергу слід орієнтувати дитину на спроби імітації поведінки дорослого, для цього слід дотримуватися наступних рекомендацій:

- Пояснюйте дитині необхідну інформацію тільки тоді, коли бачите, що вона орієнтована на вас і у вас є контакт, іншими словами — коли дитина звертає на Вас увагу.
- Все що ви пояснюєте має звучати повільно, чітко, і ясно, тими словами, які дитина розуміє і на які реагує. Вам доведеться повторювати інформацію багато разів перш ніж дитина її засвоїть.

- Якщо ви щось просите, то вказівка дана дитині повинно бути короткою, простою і зрозумілою.
- Якщо Ви просите дитину вчинити будь-яку дію, ви завжди повинні демонструвати, те що Ви у неї просите. Наприклад, якщо ви просите дитину підняти одну з іграшок, промовляючи це, Ви повинні підняти одну з іграшок. Дії повинні бути наочними.
- Виконуйте всі побутові справи дитини з нею на пару, іншими словами, застібаючи їй курточку, беріть її ручки і підтримуючи своїми покажіть, що Ви застібаєте її разом.
- Хваліть дитину і заохочуйте виконані нею дії.
- Коли Ви помітите, що дитина вільно виконує дії разом з Вами, поступово відпускайте її ручки, щоб вона навчалася виконувати дію самостійно, не забувайте підбадьорювати його.

Не кричіть на дитину і не застосовуйте силу — дуже важливо дати зрозуміти дитині з аутизмом, що світ навколо не такий поганий і ворожий і що є ті, хто здатний її підтримати.

Для того, щоб навчити дитину з глибокої формою аутизму самостійно харчуватися рекомендують прислухатися до наступних рекомендацій:

- В першу чергу необхідно привчити дитину їсти виключно за столом. Для цього щодня саджайте дитину на одне і теж місце і обов'язково самі сідаєте поруч, щоб дитина могла звикнути до місця.
- Для того, щоб дитина навчилася їсти за столом, вона не буде їсти поза столом. Не потрібно годувати її в ліжку або пригощати солодощами під час гри, тоді вона просто не буде розуміти потреби і призначення обіднього столу. Давайте їжу виключно за столом, навіть якщо це не обід, покличете дитину до столу і покладіть солодощі на стіл.
- Пам'ятайте, для того, щоб дитина пообідала, вона повинна хотіти їсти. Тому складіть розклад всіх прийомів їжі, позитивно позначається складання розкладу разом з дитиною, прислухайтесь до її бажання. Суворо дотримуйтеся розкладу.

- Існує ризик того, що дитина буде кидатися їжею за столом і використовувати предмети не за призначенням. Для цього рекомендують використовувати вправу по утриманню предметів в руці дитини. Коли малюк візьме ложку в руки, візьміть його ручку з ложкою і утримуйте декілька секунд, щоб він звик, після почніть його так годувати, поки не побачите, що він готовий їсти самостійно. Тоді відпустіть його руку.
- У деяких випадках рекомендують проводити вправи, що імітують процес набирання їжі ложкою.

Для того, щоб навчити дитину мити руки рекомендують використовувати наступні дії:

- Необхідно чітко розмежувати процес миття рук для дитини, а саме виділити основні етапи і пояснити їх їй: підняти рукава, щоб їх не замочити, відкрити кран, взяти мило, намити руки, змити мило, вимкнути кран, витерти руки, опустити рукави.
- Рекомендують починати навчання цьому навичку з останнього етапу, а саме з витирання рук і поступово доходити до першого.
- Також рекомендується проговорити всі дії у віршованій формі, так вони краще запам'ятовуються.

Для того, щоб навчити дитину чистити зуби Ви можете використовувати наступні рекомендації:

- Дуже важливо, щоб дитині подобалася її зубна щітка, вона повинна бути м'яка і приємна на дотик.
- Спочатку почніть демонструвати йому всі дії без зубної пасти.
- Виконуйте рух, тримаючи руку дитини і коментуючи детально їх суть і послідовність.
- Проробляйте процедуру пояснюючи навіть найменші деталі.
- Робіть так близько трьох місяці, щодня.
- Коли побачите, що дитина сприяє процедурі, дозвольте їй робити її самостійно, прибравши руку, але продовжуйте давати словесні вказівки.

Для того, щоб привчити дитину з першою групою аутизму до горщика прямуєте згідно з наступними рекомендаціями:

- Відмовтеся від памперсів в домашній обстановці.
- Привчіть ходити в туалет під час певних моментів, наприклад, перед сном або після пробудження.
- Поспостерігайте, як часто дитина ходить в туалет, і складіть приблизний графік «за пів години до» і в цей час водить її в туалет. Спостерігати потрібно не менше ніж три тижні, не менше – це дуже важливо.
- Для початку, не потрібно змушувати дитину сидіти на горщику довго – вона повинна сидіти трохи менше, ніж взагалі може всидіти на одному місці.
- Важливо, щоб після туалету дитина не вставала самостійно, а тоді, коли її просив дорослий.
- Придумайте будь-які заохочення і не забувайте хвалити дитину за її успіхи.

Лабораторне заняття №8

Тема. Ерготерапія при церебральному паралічі

Мета заняття: навчити користуватися методичними прийомами, які покращать умови життя й адаптацію осіб з церебральним паралічем до побутових умов

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапія при церебральному паралічі». Вміти відповідати на питання.
2. Знати та вміти користуватися методичними прийомами, які покращать адаптацію осіб з церебральним паралічем до побутових умов.
3. Продумати засоби соціалізації та адаптації до повсякденного життя осіб з церебральним паралічем.

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація включає заходи, спрямовані на забезпечення можливості досягнення особам з інвалідністю соціальної інтеграції, повернення або максимального наближення до повноцінного суспільного життя. При цьому підкреслюється спрямованість усіх реабілітаційних заходів на особистість хворого, адже процес реабілітації не обмежується вузьким колом відновлення окремих психічних і фізичних функцій. Це визначає необхідність вивчення й урахування особливостей особистості, соціального середовища й соціальної позиції особи з інвалідністю, а не тільки його фізичних можливостей. Кінцевою метою реабілітації осіб з інвалідністю є, за визначенням ВООЗ, їх соціальна інтеграція.

З точки зору життєвої ситуації, для осіб із церебральним паралічем (ЦП) найбільш характерна відстороненість від життя суспільства та незадоволеність своїм станом, що пов'язано перш за все з самотністю, з наявністю проблеми пристосування до свого становища й необхідністю подолання психологічного дискомфорту.

З досліджень, проведених інститутом експертизи працездатності й організації праці інвалідів, випливає, що більше третини опитаних осіб з інвалідністю вважає, що здорові ставляться до них зневажливо, як до людей «другого гатунку». Дуже яскраво виражений зв'язок важкості захворювання з рівнем суб'єктивного сприйняття зневажливого ставлення оточуючих. Більше того, особи з інвалідністю, які мають важкі рухові порушення, частіше висловлюють одне з головних бажань людини – бажання мати можливість рівноправної участі в житті суспільства, що є свідченням того, що в багатьох з них існує нереалізована потреба в соціальній інтеграції, і вони в повній мірі відчують її. Хоча саме ця категорія осіб з інвалідністю має найбільшу соціальну підтримку, не враховуючи дотацій і пільг.

Церебральний параліч – це органічне непрогресуюче ураження мозку, яке виникає в період внутріутробного розвитку, у період пологів або в період

новонародженості та супроводжується різними руховими порушеннями: парезами, плегіями, насильницькими рухами, порушенням координації. Крім того, у 60-80 % дітей спостерігаються порушення психіки та мови.

Наукова група ВООЗ (1980 р.) дала таке визначення хвороби: **церебральні паралічі** – це група психомовних і моторних непрогресуючих синдромів, які є наслідком пошкодження мозку в період внутріутробного розвитку, інтранатальному та ранньому постнатальному періодах.

Клінічна картина рухових, психічних та мовних розладів настільки різноманітна, що до нинішнього часу не існує єдиної класифікації ЦП. Як правило, виділяються такі форми даного захворювання:

1. **Подвійна геміплегія.** Це найважча форма ЦП. Плегія – це палітичне знерухомлення (параліч). Через тяжке ураження мозку, яке відбувається ще в період внутріутробного розвитку, виявляються важко порушеними всі найважливіші людські функції: рухові, психічні, мовні. Психічний розвиток таких осіб знаходиться, зазвичай, на рівні олігофренії в ступені імбецильності або ідіотії.

2. **Спастична диплегія.** Ця форма захворювання притаманна понад 50 % осіб з інвалідністю із ЦП. За характером рухових порушень спастична диплегія є тетраплегією (тобто уражені руки та ноги), але ноги уражуються більшою мірою. У таких дітей у 70 % випадків спостерігаються мовні порушення у формі дизартрії, в 60-80 % – розумові. У залежності від міри вираженості рухових порушень розрізняють важкий, середній та легкий ступені ураження.

Діти з важким ступенем самотійно не пересуваються або пересуваються з допомогою. У 70-80 % дітей спостерігаються мовні порушення, психічний розвиток затриманий у 50-60 % та у 25-35 % спостерігається олігофренія.

Діти з середнім ступенем ураження пересуваються самотійно, хоч і з дефектною поставою. Мовні порушення спостерігаються у 65-75 % дітей, затримка психічного розвитку – у 45-55 %, у 15-25 % виявлено олігофренію.

Діти з легким ступенем ураження самостійно пересуваються, але хода їх залишається дещо дефектною. Мовні порушення спостерігаються у 40-50 % дітей, затримка психічного розвитку – у 20-30 %, олігофренія – у 5 %.

3. **Гіперкінез** спостерігається у 20-25 % усіх осіб з інвалідністю із вказаною патологією та характеризується наявністю насильницьких рухів, різноманітних за видами; найчастіше зустрічається подвійний атетоз (повільні тонічні скорочення м'язів рук, ніг, дистальних ділянок кінцівок), хореоатетоз (комбінація хорей - швидкі рухи і атетоза – повільних судомних рухів), хореїчний гіперкінез (мимовільні насильницькі нерегулярні рухи, що відбуваються у швидкому темпі, визначається числом залучених м'язів обличчя, тулуба, кінцівок). Порушення мовної функції спостерігається у 90 % хворих. Затримка психічного розвитку – у 50 %, порушення слуху – у 25-30 %. Розрізняють три ступеня важкості: важкий, середній та легкий.

4. **Геміпаретична форма**. Ця форма характеризується ураженням однойменних руки та ноги. Більше виражений парез верхніх кінцівок, нерідко спостерігається затримка психічного розвитку або олігофренія, а також розлади мовної функції, судомні напади. Розрізняють важкий, середній та легкий ступені ураження.

5. **Атонічно-астатична форма** ЦП характеризується поєднанням патологічних тонічних рефлексів з низьким тонусом м'язів та розладом координації. У 60-70 % дітей спостерігаються мовні розлади і затримка психічного розвитку.

За даними більшості авторів, які займалися вивченням ДЦП, розлади інтелекту зустрічаються досить часто. Клінічна картина інтелектуальних розладів у осіб із ЦП доповнюється характерними особливостями розвитку особистості. Так, наприклад, у підлітковому віці часто формуються довготривалі реактивні стани, пов'язані з переживаннями через свій фізичний дефект. Ці реактивні стани виявляються в негативізмі або депресії.

Перебіг ЦП при всіх його формах підрозділяється на ранню, початкову резидуальну та пізню резидуальну стадії. Пізня резидуальна стадія вважається найважчою та мало перспективною щодо відновлення та розвитку рухових, психічних та мовних функцій. У пізній резидуальній стадії деформації кінцівок зазвичай стійкі, фіксовані, пов'язані з вторинними змінами в суглобних сумках та втратою сухожиллями еластичності. Лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні та ортопедичні заходи часто виявляються недостатньо ефективними.

При наявності рухових розладів у осіб із ЦП, використовують **різні методики відновлення**: терапевтичні вправи, медичні процедури, фізіотерапію, медикаментозне лікування, лікування музикою, релаксацію, психопедагогічну корекцію тощо.

Робляться спроби на основі певних тестів визначити придатність тих чи інших груп осіб з інвалідністю до змагальної діяльності. Так, наприклад, у Бельгії застосовується шкала оцінки рухових можливостей осіб з порушенням інтелекту. Тестування проводиться за чотирма параметрами:

стрибки в довжину з місця,
біг на 25 м,
баскетбольний кидок,
вправи на статичну рівновагу.

У результаті обстежувані поділяються на три категорії: не здатні до змагальної діяльності; відносно здатні до такої діяльності; здатні до неї.

При цьому враховується можливість переходу з однієї категорії до іншої за умови постійних ефективних занять яким-небудь видом спорту.

Шляхи вирішення цієї проблеми мають два основні напрямки. З одного боку, модифікуються, адаптуються (наприклад, на основі змін правил) традиційні види спорту. Зокрема, у США з 1989 року успішно реалізується програма «Челенджер» – популяризація серед осіб з інвалідністю бейсболу з

дещо видозміненими правилами. З іншого – робляться спроби розробити нові форми фізкультурно-спортивної активності інвалідів.

Тренування м'язів при ЦП

Пропріоцепція – сприйняття інформації про скорочення чи розтягнення м'язів, а також про положення різних частин тіла одна відносно одної.

Ідеї, як забезпечити дитину фізичною працею, що допоможе тренувати м'язи і працювати з пропріоцепцією. Проте втілювати в життя ці рекомендації потрібно враховуючи вагу дитини та можливості її м'язів на момент виконання завдань.

Запропонувати дитині переносити об'єкти для своєрідного “заземлення”, надання відчуття ваги предметів. Це можна реалізувати у такий спосіб:

- вдягнути на плечі рюкзак, завантажений книгами під час виконання завдання;
- допомогти донести покупки з продуктового магазину або перенести пакети від машини до кухні, винести сміття;
- працювати в саду – принести відерце води чи чорнозему або горщики з розсадою квітів, тощо.

Практикувати вправи на штовхання та притягування (підтягування) об'єктів, наприклад, запропонуйте малюку:

- погратися з дитячою машинкою чи візочком, попередньо завантаженими предметами (іграшки, книги, каміння, тощо);
- помити підлогу шваброю;
- разом працювати з ручною газонокосаркою;
- влаштувати перетягування канату.

Ефективними є вправи, що містять підстрибування. Їх можна реалізувати через ідеї:

- влаштувати перегони у мішках (короткими стрибками на зігнутих ніжках - прострибати певну дистанцію);
- пострибати на батуті;
- робити зарядку з елементами стрибків.

Помічними стануть також способи альтернативного навчання:

- дозволити дитині виконувати завдання, лежачи або сидячи на підлозі (у зручний для неї спосіб);
- використовувати вертикальні поверхні для письма чи малювання (мольберт, копіювальна панель “Далі” від Сенсорії)

Спробувати використовувати обтяжені вироби у такий спосіб:

- покласти обтяжені іграшки на коліна чи плечі дитини під час навчання;
- здійснювати масаж з елементами тиснення;
- використовувати обтяжену ковдру під час сну або обтяжені накладки для ніг під час виконання задач.

Дуже важливо спостерігати за дитиною та її реакцією під час виконання запропонованих вправ і аналізувати, що саме її заспокоює, стимулює або викликає негативні емоції. Кожна дитина унікальна, тому й усі реакції є індивідуальними. Розуміння уподобань малюка допоможе обрати найефективнішу стратегію для гармонійного розвитку.

Ерготерапія рук ставить мету:

- зниження спастички й зміцнення пальців;
- формування пінцетного захвата;
- розвиток можливості тримати ложку та інші предмети.

У яких повсякденних завданнях можна розвивати незалежність дитини?

- **Тонкі рухові навички:** координація дрібних м’язів руки (зазвичай, у координації з очима). Щоб дитина могла тримати, досліджувати та маніпулювати іграшками чи предметами, такими як: олівець, ложка, зубна щітка. Тонкі рухові навички використовуються в таких видах діяльності, як письмо, шнурування, годування та використання ножиць.
- **Готовність до навчання та школи:** ці заходи, як правило, є очікуваними вимогами під час відвідування дитячого навчального закладу. Наприклад:

малювання зображень, вирізання, поведінка дитини на робочому місці, виконання завдання, виконання інструкцій та завдань.

- **Навички самообслуговування:** маніпуляція ножем та виделкою для самостійного харчування, одягання (шнурування, заціпання гудзиків), самостійне використання ванної кімнати (особиста гігієна та туалет).
- **Навички гри:** це ті, які використовуються в повсякденній грі, такі як: різання, розмальовування та відгадування головоломки, а також творчі, соціальні та комунікативні вимоги.



Іноді для досягнення результату потрібно адаптувати оточення під конкретну дитину. Наприклад, дитина з ЦП не може тримати ложку, сила його захоплення не дозволяє це зробити. Ерготерапевт може порадишити зробити товстішу ручку. Здавалося б, дрібниця, але дитина зможе самостійно їсти, і це дуже важливо для неї.

Трапляється, що батьки виконують ті дії замість дитини, які вона фізично в змозі виконати. Це відбувається через страх, наприклад: батьки бояться, що дитина може втратити рівновагу, під час самостійного виконання особистої гігієни. У такому випадку фахівець пропонує встановити поручні, щоби дитина могла однією рукою спиратися на них і сама себе обслуговувати. Психологічно для неї дуже важливо, що вона могла сама про себе подбати.

Фахівець може рекомендувати конкретному пацієнту допоміжні технічні засоби реабілітації: ортези, візки, ходунки, ролатори, вертикалізатори і т. ін. Наприклад, ми часто стикаємося зі словами батьків «дитина не працює руками». Насправді ж, ми бачимо, що положення в якому, зазвичай, працюють із дитиною батьки — неправильне та не зручне для неї. Треба пояснити це, садити дитину у відповідне положення, внаслідок чого дитині не потрібно концентруватися на контролі власного тіла, відтак обсяг функцій зростає.

Тестування при ЦП проводиться згідно основ **Міжнародної класифікації функціонування, неповносправності та здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)**.

Ця класифікація описує параметри функціонування, неповносправності та здоров'я людини у 3 основних вимірах:

- 1) структура тіла,
- 2) функції тіла,
- 3) активності та участь (можливість виконання завдань та участь в суспільному житті).

Інструменти, спрямовані на оцінку «**Структури Тіла**» доволі рідко застосовуються в клінічних дослідженнях. Хоча більшість дітей мають результати комп'ютерної томографії чи МРТ мозку для підтвердження діагнозу ЦП. В деяких дослідженнях, застосовується функціональна МРТ, яка дає можливість оцінити діяльність мозку під час виконання певних завдань. Дуже мало зараз відомо як співвідносяться результати МРТ з клінічними параметрами стану пацієнта з ЦП, і як ці дані можна практично застосувати. Є лише декілька досліджень, які вказують на надійність трактування даних функціональної МРТ в деяких популяціях пацієнтів. Зважаючи на високу ціну, та можливість її використання лише в спеціалізованих центрах ця технологія рідко застосовується у оцінці результатів лікування ЦП.

«**Функції тіла**» часто визначаються в дослідженнях ЦП. Лікування ЦП часто спрямоване на зниження **спастики**, і для вивчення часто застосовуються шкали Ашворса і Тардьє. Ці шкали вимірюють опір при пасивному русі кінцівкою. *Шкала Ашворса та модифікована шкала Ашворса* мають недостатню надійність і її достовірність (валідність) не доказана (частково через те, що спастичку взагалі дуже важко кількісно оцінити). Можливо, що *шкала Тардьє* є трохи надійнішою. Не зважаючи на очевидні недоліки цих тестів спастичності, вони широко застосовуються у клінічних та наукових дослідженнях ЦП, через те, що немає кращих інструментів, які можна було би легко застосовувати.

Сила переважно вимірюється за допомогою динамометрії. Існують різні динамометри та методики динамометрії, які можуть виміряти силу, деякі є простішими в застосуванні, деякі є надійнішими. Проведено порівняльне дослідження характеристик різних методик динамометрії. Вимірювання сили часто застосовується в лікуванні та в наукових дослідженнях.

Об'єм рухів можна оцінити за допомогою гоніометрії, застосовуючи ручний гоніометр, який прикладається до кінцівки дитини для вимірювання кутів. Надійність застосування гоніометрії в наукових дослідженнях ЦП коливається, але вона широко застосовується в практичній медицині.

Тест великих моторних функцій (Gross Motor Function Test - GMFM) являє собою ряд завдань пацієнту, виконання яких оцінює фізіотерапевт. Тест має підтверджену надійність та достовірність. На його проведення необхідно коло години, але він дає кількісну оцінку моторного розвитку дитини, і цю оцінку можна спів ставити з розробленими кривими моторного розвитку пацієнта з ЦП.

У системі засобів рекреації та соціальної адаптації людей з інвалідністю важливе місце займають також **рухливі ігри**. Перевага рухливих ігор перед суворо дозованими вправами полягає в тому, що гра завжди пов'язана з ініціативою, фантазією, творчістю, протікає емоційно, стимулює рухову активність. Гра значною мірою сприяє тренуванню природних рухів у

розважальній ненав'язливій формі. У ряді зарубіжних публікацій, присвячених рухливим іграм, відзначається їх ефективність при лікуванні захворювань опорно-рухового апарату і порушень центральної нервової системи.

До нетрадиційних форм такої активності можна віднести **іппотерапію** (від грецького “hippos” – “кінь”) – лікувальну верхову їзду, здавна відому значною терапевтичною ефективністю при лікуванні різних захворювань, у тому числі й церебральних рухових порушень. Спочатку в країнах Скандинавії, а віднедавна у Великобританії, Канаді, Швейцарії, Польщі, Німеччині і Франції іппотерапію почали використовувати в системі комплексної реабілітації осіб з різноманітними порушеннями опорно-рухового апарату.

Незважаючи на зацікавлення фахівців іппотерапією, до цього часу ще не розроблено методик її застосування як засобу соціальної інтеграції та реабілітації інвалідів, особливо інвалідів із ЦП. Практично не вивчено питання про шляхи закріплення досягнутих позитивних зрушень у реабілітації на основі використання іппотерапії.

Велика увага приділяється також проблемам розробки та виготовлення для людей з інвалідністю спеціальних технічних засобів, різних пристосувань.

Програма фізичної терапії при ЦП включає наступне:

- комплекс фізіотерапевтичних процедур;
- лікувальний масаж;
- загартовальні процедури;
- вправи лікувальної гімнастики;
- індивідуальні заняття на тренажерах і з корекційними м'ячами;
- ігрові заняття з елементами логоритміки.

Кінезитерапевтичні засоби:

- 1) спеціальні фізичні вправи цілеспрямованого впливу;
- 2) українські народні рухливі ігри;
- 3) дихальну гімнастику за методикою Б.С. Толкачова.

До змісту занять дихальної гімнастики Б.С. Толкачова входить вивчення основних правил раціонального дихання, спеціальних дихальних вправ, діафрагмального дихання, звукорухових дихальних вправ.

Доведено, що в результаті застосування спеціальних та звукорухових дихальних вправ збільшується резервний обсяг вдиху і резервний обсяг видиху, життєва ємність легень, сила і потужність вдиху і видиху, максимальна вентиляція легень, коефіцієнт використання кисню (А. А. Шнейдер); спостерігається позитивна реакція серцево-судинної системи на систематичне використання дихальних вправ; знижуються величини систолічного об'єму, покращується регуляція серцевого ритму (В. А. Шестаков, В. К. Макаренко); узгоджується функція серцево-судинної і дихальної системи, збільшується їх ефективність, спостерігається більш швидке відновлення після фізичних навантажень (В. А. Макаренко); підвищується фізична працездатність.

Ерготерапевтичне втручання при ЦП

Церебральний параліч – діагноз, який ставиться в основному на основі клінічних проявів, обумовлених патологією певних структур мозку. Ведучими і основними порушеннями при ЦП є рухові розлади координації зі зміною м'язового тону, наявність патологічних синкинезій і синергій, мимовільних рухів, а також порушень пози. Рухові порушення надають несприятливий вплив на формування психічних, мовних і слухових функцій. В останні десятиліття проблема лікування ЦП набула більшої актуальності і соціальної значимості у зв'язку з поширеністю цього захворювання, що приводить до важкої інвалідизації. ЦП – група стабільних порушень розвитку моторики і підтримки пози, що ведуть до рухових дефектів, обумовлених непрогресуючим пошкодженням головного мозку у плода або новонародженої дитини.

Ерготерапевтичне втручання:

- масаж верхніх кінцівок;
- гімнастика пальців рук;
- формування навички відкривання ключом замка;

- застібання і розстібання ґнопок та «блискавки» на одязі;
- зав'язування вузла;
- малювання: прямі лінії, геометричні фігури;
- магнітний лабіринт;
- малювання на магнітній дошці.

У кабінеті сенсорної інтеграції проводять процедури сенсорно-інтегративної терапії, які включають стимуляцію, вестибулярної, тактильної, зорової, пропріоцептивної, нюхової систем, розвиток зорово-моторної координації, розвиток великої і дрібної моторики, розвиток зорової перцепції, стабілізації відчуття рівноваги, перетин середньої лінії тіла.

Застосування мультидисциплінарного підходу в комплексній реабілітації дітей, що мають діагноз ЦП, дозволяє покращити загальний фізичний та психоемоційний стан в динаміці.

Лабораторне заняття №10

Тема. Ерготерапія осіб похилого віку

Мета заняття: навчити користуватися геріатричною шкалою депресії та визначати індекс незалежної активності за характером виконання основних щоденних заходів; користуватися засобами для переміщення

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапія осіб похилого віку». Вміти відповідати на питання.
2. Знати та вміти користуватися геріатричною шкалою депресії; універсальним опитувальником незалежної активності за характером виконання основних щоденних заходів.

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Ерготерапія людей похилого віку – метод активної реабілітації, спрямований на відновлення втрачених рухових функцій та дрібної моторики

верхніх кінцівок, та включає в себе заняття, спрямовані також на тренування координації рухів, пам'яті й уваги, а також роботу з психологічним станом пацієнта, рівнем його пристосованості до самостійного життя у побуті.

Для чого потрібні заняття з ерготерапевтом:

- щоб виконувати осмислені, цінні з точки зору повсякденної діяльності дії, а не тільки механічні, нехай і дуже корисні, рухи;
- відчувати задоволення від самої діяльності та від видимих її результатів;
- налагодити взаємодію та спілкування з оточуючими;
- повірити в себе.

Головна особливість ерготерапії, без якої неможливо досягти успіху – це активна участь хворого. Без зацікавленості пацієнта ерготерапія неможлива. Іншими словами, під керівництвом ерготерапевта пацієнт сам себе заново навчає.

Ерготерапію застосовують у наступних реабілітаційних програмах з особами похилого віку:

- після інсультів;
- після черепно-мозкових травм, що вплинули на швидкість і якість життя;
- для покращення розумових процесів у людей похилого віку;
- після травм і при захворюваннях опорно-рухового апарату;
- при порушеннях периферичної нервової системи;
- при обмеженні рухливості різного походження;
- при атрофуванні м'язів від довгої нерухомості.

Основними завданнями ерготерапії є:

1. Спонування пацієнта до усвідомлених активних дій.
2. Максимально можливе відновлення дрібної моторики, формування навичок самообслуговування.
3. Підвищення інтелекту і зміцнення волі.
4. Відновлення спілкування в соціумі, не дивлячись на обмежені можливості.
5. Формування позитивного сприйняття, підвищення психологічного тону.

Особливості проведення ерготерапії

Ерготерапія допомагає пацієнтові заново навчитися працювати, доглядати за собою у побутовому плані, спілкуватися і розважатися. Щоб допомогти подолати конкретні труднощі, що виникають у пацієнта в процесі виконання звичайних дій, проводиться тестування. Наприклад, написати цифру, намалювати коло або застібнути гудзик. За результатами тестування (за необхідності) пацієнту складається персональна ерготерапевтична програма, яка враховує потреби і можливості хворого.

Підбирається комплекс індивідуальних для кожного хворого вправ, які несуть практичну спрямованість (перекласти предмет, переставити стілець, набрати номер телефону, відкрити кришку, відкрити двері, взяти в руку ложку і т.д.). Потім пацієнт регулярно повторює ці вправи, щоб повторно оволодіти ними.

Також використовуються спеціальні тренажери, які дозволяють імітувати такі дії:

- натискання на кнопку дверного дзвінка;
- роботу з кнопкою вимикача;
- закривання і відкривання клямки;
- дію дверної ручки;
- накидання на скоби і закривання навісного замка;
- вміння вставити вилку в розетку, а потім витягнути;
- зробити гвинтове обертання;
- показати кілька видів шнурівки;
- одночасне вставлення фігур у парні отвори.

Заняття будуються за принципом «від простого до складного». Перехід від найпростіших завдань до більш складних відбувається тільки після остаточного формування попередніх навичок, своєчасно коригується рівень складності завдань, інтенсивність навантажень. На заняттях особлива увага приділяється тому, щоб пацієнт був захоплений процесом.

ГЕРІАТРИЧНА ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ

Виберіть найточніше визначення вашого самопочуття та відчуття за останній тиждень

1. Чи задоволені ви загалом своїм життям?

Так/ ні

2. Чи перестали ви приділяти увагу багатьом своїм інтересам та заняттям?

Так/ ні

3. Чи відчуваєте ви, що ваше життя нічим не сповнене?

Так/ ні

4. Чи часто вам буває нудно?

Так/ ні

5. Чи піднятий у вас настрій більшу частину часу?

Так/ ні

6. Чи боїтеся, що з вами станеться щось погане?

Так/ ні

7. Чи хороший настрій у вас часто?

Так/ні

8. Чи часто ви відчуваєтеся безпорадним?

Так/ ні

9. Чи волієте ви сидіти вдома замість того, щоб вийти кудись і зробити щось нове?

Так/ ні

10. Чи думаєте ви, що симптоми вашого склерозу ніколи не були так яскраво виражені?

Так/ ні

11. Чи вважаєте ви, що це чудово, що ви живі?

Так/ ні

12. Чи вважаєте себе непотрібним у тому стані, в якому ви зараз перебуваєте?

Так/ ні

13. Чи відчуваєте себе бадьорим і енергійним?

Так/ ні

14. Чи вважаєте ви, що ситуація, в якій ви перебуваєте, безнадійна?

Так/ ні

15. Чи вважаєте ви, що більшості людей краще за вас?

Так/ ні

Шкала оцінки: один бал за кожну з наведених нижче відповідей, які співпадають

Розподіл балів: нормальний результат – від 0 до 5 балів; вище 5 балів – підозра на депресію.

1	- ні	9	- так
2	- так	10	- так
3	- так	11	- ні
4	- так	12	- так
5	- ні	13	- ні
6	- так	14	- так
7	- ні	15	- так
8	- так		

ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ НЕЗАЛЕЖНОЇ АКТИВНОСТІ ЗА ХАРАКТЕРОМ ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ ЩОДЕННИХ ЗАХОДІВ

Ім'я, прізвище

Кількість балів (0-14)

Дата народження

Ім'я обстеження

Дата обстеження

Обведіть відповідь, визначте величину індексу (у балах).

КУПАННЯ

Заходить до душу, включає воду, витирається рушником.

1. - не в змозі виконати завдання, потрібно більше одного помічника;
2. - може виконати завдання, потрібно не більше одного помічника;
3. – може виконати завдання самостійно.

ХАРЧУВАННЯ

Їсть із тарілки, п'є з чашки.

1. - не в змозі виконати завдання, потрібно більше одного помічника;
2. - може виконати завдання, потрібно не більше одного помічника;
3. – може виконати завдання самостійно.

ВДЯГАННЯ ТА ЗАЧІСУВАННЯ

Застібає (розстібає) одяг, бере його з шафи, кладе назад у шафу, зачісує волосся, чистить зуби, голиться.

1. - не в змозі виконати завдання, потрібно більше одного помічника;
2. - може виконати завдання, потрібно не більше одного помічника;
3. – може виконати завдання самостійно.

ПЕРЕМІЩЕННЯ

Лягає / встає з ліжка, сідає / встає зі стільця.

1. - не в змозі виконати завдання, потрібно більше одного помічника;
2. - може виконати завдання, потрібно не більше одного помічника;
3. – може виконати завдання самостійно.

ХОДЬБА

1. - не в змозі виконати завдання, потрібно більше одного помічника;
2. - може виконати завдання, потрібно не більше одного помічника;
3. – може виконати завдання самостійно.

РЕГУЛЯЦІЯ ФУНКЦІЙ СЕЧОВОГО МІХУРА І КИШКІВНИКА

1. - не в змозі регулювати функції сечового міхура та кишківника;
2. - часткове нетримання, змушений носити підкладку або паперові труси;
3. - рідкісні випадки нетримання, можливе використання підкладки.

МІНІ-ТЕСТ СТАТУСУ РОЗУМОВИХ ЗДІБНОСТЕЙ

Запитання та завдання

Результат відповідей (у балах) Кількість балів за правильну відповідь

ОРІЄНТАЦІЯ 1.

Що таке: рік? *1 бал*

пора року? *1 бал*

число? *1 бал*

день тижня? *1 бал*

місяць? *1 бал*

2. У якій ми живемо:

країні? *1 бал*

області? *1 бал*

місті? *1 бал*

лікарні? *1 бал*

поверсі? *1 бал*

ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

3. Назвіть три предмети, відводячи одну секунду для кожної назви.

Потім попросіть пацієнта повторити всі три назви.

Оцініть кожну правильну відповідь в один бал. Повторюйте відповіді до тих пір, поки пацієнт не запам'ятає всі три слова. *3 бали*

УВАГА ТА ОБРАХУВАННЯ

4. Попросіть пацієнта порахувати із цифрою 7.

Оцініть кожну правильну відповідь в один бал.

Через п'ять відповідей перейдіть до іншого виду завдання: скажіть слово «земля» за буквами у зворотному порядку *5 балів*

ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

5. Попросіть пацієнта перерахувати предмети, названі в пункті 3. Оцініть кожну правильну відповідь в один бал *3 бали*

МОВНІ ЗДІБНОСТІ

6. Покажіть олівець та годинник. Попросіть пацієнта назвати ці предмети **2 бали**

7. Попросіть пацієнта повторити: «Не вимовляти якщо, ні і то» **1 бал**

8. Попросіть пацієнта виконати три команди у наступній черговості: «Візьміть папір праворуч. Складіть його вдвічі. Покладіть папір на підлогу» **1 бал**

9. Попросіть пацієнта прочитати та виконати команду «ЗАКРИЙТЕ ОЧІ» (команду напишіть великими літерами) **2 бали**

10. Попросіть пацієнта написати будь-яку пропозицію (у реченні має бути підмет і присудок, воно має мати сенс).

При оцінюванні не беріть до уваги помилки правопису. **1 бал**

11. Попросіть пацієнта перемалювати геометричну фігуру. Оцініть виконання у два бали, якщо відображені всі сторони та кути і якщо фігура перетину є чотирикутником **2 бали**

Сума балів максимальна 30

При оцінці результату при загальній кількості очок **23 бали і нижче** міні-тест розумових здібностей має такі показники: точність - 78,0%, систематичність - 82,0%, хибний позитивний показник - 39,4%, хибний негативний показник – 4,7%. Дані показники є мірою вимірювання міні-тесту розумових здібностей для найбільш точного діагностування деменції у пацієнтів без виражених симптомів.

Можна використовувати додатково тест:

СТАТУС РОЗУМОВНИХ ЗДАТНОСТЕЙ

1. "Поінформованість". Від випробуваного потрібно правильно доповнити пропозицію, вибравши одну відповідь з п'яти запропонованих варіантів.

Початкові букви імені та по батькові називаються ...

- а) вензель; б) ініціали; в) автограф; г) індекс; д) анаграма.

2. "Поінформованість". Потрібно підібрати до даного слова синонім з чотирьох варіантів.

Аргумент - ...

- а) довід; б) згоду; в) спір; г) фраза.
3. "Аналогії". Слід визначити характер логіко-функціонального зв'язку між парою понять, а потім до третього слова підібрати таке, аби логіко-функціональне відношення між ними було аналогічним використаному в парі.
4. **Числівник:** кількість = дієслово ...
- а) йти; б) дію; в) причастя; г) частина мови; д) відмінювати.
5. "Класифікації". З п'яти слів слід знайти одне, яке не підходить до решти:
- а) паралель; б) карта; в) меридіан; г) екватор; д) полюс.
- 6.. "Узагальнення". Випробуваному потрібно для пари слів підібрати узагальнюючі слова, визначивши, що між ними спільного:
серце - артерія.
7. "Просторові уявлення". Потрібно визначити, з якого поєднання частин можна зібрати задану геометричну фігуру.
- Показники тесту піддаються кількісно-якісній обробці ерготерапевтом. При цьому можливі як індивідуальний, так і груповий аналіз разом з пацієнтом.

Лабораторне заняття №11

Тема. Ерготерапія при інсульті

Мета заняття: навчити користуватися методичними прийомами, які покращать адаптацію осіб після інсульту

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапія при інсульті». Вміти відповідати на питання.
2. Знати та вміти користуватися методичними прийомами, які покращать адаптацію осіб після інсульту.
3. Продумати засоби соціалізації та адаптації до повсякденного життя осіб після інсульту

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Ранні симптоми інсульту

- Відчуття раптового оніміння або слабкості м'язів обличчя, верхньої чи нижньої кінцівки, найчастіше з одного боку тіла
- Раптове збентеження, проблема з розумінням мови чи мовленням
- Раптове погіршення зору на одне або обидва ока
- Раптові проблеми з ходьбою, запаморочення, втрата рівноваги або координації
- Раптовий сильний головний біль без відомої причини

Наслідки ураження головного мозку:

- Фізичні
- Сенсорні
- Когнітивні
- Виконавчі дисфункції
- Мовленнєві
- Поведінкові
- Емоційні
- Соціальні.

Ерготерапевти забезпечують цілісний підхід у наданні допомоги пацієнтам для досягнення найбільшого рівня функціонування та незалежності після перенесеного інсульту. Там де відновлення неможливе фахівці застосовують компенсаторну методику.

Після перенесеного інсульту ерготерапевти працюють над покращенням, відновленням або компенсацією рухового контролю та функцій верхньої кінцівки, над можливість пацієнтів бути якнайбільш самостійними у самообслуговуванні та побуті і дають рекомендації щодо облаштування помешкання. Також вони допомагають пацієнту та навчають його стратегій управління та покращення когнітивних функцій, які погіршилися внаслідок інсульту.

Ерготерапевти в першу чергу визначають як впливає перенесення інсульту на повсякденну діяльність людини, включаючи дозвілля, роботу, домашні справи, після чого розробляють програму для вирішення проблем, які виникають та для розвитку необхідних навичок, які потребує особа для здійснення діяльності та участі .

Основна роль ерготерапевта при роботі з пацієнтами після перенесеного інсульту полягає у збільшенні самостійності та спрямована на покращення активності повсякденного життя та інструментальної активності повсякденного життя. Це залежить від рухових здібностей (наприклад, рівноваги, сили, спритності), когнітивних (увага, пізнання, пам'ять, орієнтація) та перцептивних, включаючи сенсорні, здібностей (вміння проникати у внутрішній світ співрозмовника, психологічна спостережливність).

Активність повсякденного життя – це ті навички, які необхідні для здійснення основних фізіологічних потреб людини. ***Складається із таких категорій:***

- одягання (здатність підібрати одяг та одягнутися),
- особиста гігієна (прийом душу, догляд за ротовою порожниною, нігтями та волоссям),
- переміщення тіла (переміщення з одного положення в інше та здатність ходити),
- прийом їжі,
- контроль дефекації та сечовипускання,
- сексуальна активність,
- комунікація,
- користування допоміжними засобами.

Інструментальна активність повсякденного життя – це діяльність, яка вимагає більш складних навичок мислення та дозволяє людині самостійно жити у громаді. Сюди входять: приготування їжі, прибирання та обслуговування дому, догляд за дітьми та домашніми улюбленцями, користування громадським

транспорт, керування автомобілем, управління фінансами (оплата рахунків, купівля товарів), менеджмент здоров'я, релігійна активність

У своїй діяльності фахівці ерготерапії при реабілітації осіб з когнітивними порушеннями використовують два методи: корекції та адаптації (компенсаторний або функціональний).

Корекційний підхід зосереджений на відновленні порушених когнітивних функцій, тоді як **адаптаційний підхід** фокусується на компенсації обмежень, які викликані порушеннями у повсякденній діяльності.

Сила м'язів

Сила стискання рук (HGS) в осіб після інсульту

Сила стискання рукою – це показник загальної сили стискання у тих, хто пережив інсульт. Цей показник складається з 1 функціонального завдання. Це завдання передбачає, що пацієнт стискає динамометр, а потім отримує результати вимірювання сили стискання. Потім цю дію повторюють ще 1 раз, і найкращий з двох результатів фіксується в якості оцінки. Доведено, що цей показник є досить надійним під час тестування / повторного тестування та обґрунтованим (Heldner et al. 2015).

Пришвидшення відновлення після інсульту

Існує кілька способів пришвидшити відновлення моторних функцій за сприяння реабілітації:

Діяльність

- Повторювана практика
- Діяльність, спрямована на виконання певного завдання
- Індукована обмеженнями рухова терапія
- Віртуальна реальність
- Телереабілітація

Психічна стимуляція

- Терапія «дія – спостереження»
- Дзеркальна терапія

- Психічна терапія

Стимуляція мозку

- Пряма стимуляція кори
- Повторювана транскраніальна магнітна стимуляція (rTMS) (10 Гц – висока частота)
- Транскраніальна стимуляція постійним струмом (tDCS) (анод)

Медикаментозна стимуляція

- Фармакотерапія

Пришвидшення або полегшення відновлення при геміплегічній формі ураження кінцівки

- Повторювана практика
- Силове тренування
- Рухова терапія, індукована обмеженнями
- Функціональна електрична стимуляція (FES)
- Роботизована
- Сенсорна стимуляція (EMG / сенсорний біологічний зворотний зв'язок, TENS, акупунктура)

Заохочувальне перенесення з неушкодженої кінцівки

- Рухова терапія, індукована обмеженнями
- Білатеральна активна терапія
- Дзеркальна терапія

Основні принципи реабілітації верхньої кінцівки

Пришвидшена або більш інтенсивна терапія у верхній кінцівці

Роль інтенсивності терапії. Реабілітація після інсульту збільшує моторну реорганізацію, тоді як відсутність реабілітації зменшує її; більш інтенсивне моторне тренування тварин у подальшому збільшує реорганізацію. Більша інтенсивність терапії у клінічних умовах покращує результати; такі дані

повідомлялися стосовно РТ, ОТ, терапії для лікування афазії, тренування на біговій доріжці та функціонування верхньої кінцівки в обраних пацієнтів (наприклад, СІМТ).

Кількість повторень для верхньої кінцівки

Жодне дослідження систематично не визначало критичного порогу інтенсивності реабілітації, необхідного для отримання позитивного результату (MacLellan et al, 2011). Дослідження на тваринах демонструють необхідність сотні повторень (250-300 за сеанс). Випробування EXCITE передбачало 196 годин терапії для одного пацієнта. Якщо поріг не досягнуто, спостерігався менший ступінь відновлення ураженої руки.

Силові тренування

Силові тренування передбачають поступові активні вправи на подолання опору. Силові тренування можуть покращити моторну функцію та збільшити діапазон рухів, але не точність та координованість рухів чи зменшити спастичність. Література дає неоднозначні дані щодо силових тренувань та функціональної сили для покращення ADL та м'язової сили.

Рухова терапія, індукована обмеженням (СІМТ)

Дві ключові особливості СІМТ – обмеження задіювання неураженої кисті / руки та направлення зусиль на розробляння / застосування ураженої кисті / руки (Fritz et al. 2005). Ключові особливості СІМТ – обмеження задіювання неураженої кисті / руки та направлення зусиль на розробляння / застосування ураженої кисті / руки. СІМТ призначена для подолання засвоєного незастосування шляхом сприяння реорганізації кори (Taub et al. 1999). Для застосування СІМТ кандидати мають відповідати наступним вимогам: це пацієнти, які можуть активно розгинати зап'ястя щонайменше на 20 градусів та активно розгинати пальці на 10 градусів, з мінімальними сенсорною або когнітивною недостатністю.

a) Традиційна СІМТ: Двотижнева програма тренувань із 6-годинним інтенсивним тренуванням верхніх кінцівок із обмеженням застосування ураженої руки протягом принаймні 90% годин неспанья.

b) Модифікована СІМТ: часто є менш інтенсивною, ніж традиційна СІМТ, із змінною інтенсивністю, часом обмеження та тривалістю програми. Оптимальні терміни лікування залишаються невизначеними. Хоча є дані про те, що пацієнти, які проходять лікування у гострій фазі інсульту, можуть продемонструвати кращі результати (Taub & Morris 2001), є також дані про те, що ця терапія насправді може виявитися шкідливою (випробування VECTORS, Dromerick et al. 2009).

Рухова терапія, індукована обмеженнями, у гострій / підгострій фазі може бути корисною для поліпшення спастичності та м'язової сили, але не моторної функції. Література дає неоднозначні дані щодо покращення рівня ADL та точності та координованості рухів. Модифікована рухова терапія, індукована обмеженнями, у гострій / підгострій фазі корисна для поліпшення моторної функції, а не допоможе для поліпшення ADL, точності та координованості рухів, спастичності, пропріорецепції або м'язової сили.

Рухова терапія, індукована обмеженнями, може бути корисною для покращення моторної функції, ADL та сили м'язів у хронічній фазі після інсульту. Модифікована рухова терапія, індукована обмеженнями, може бути корисною для покращення моторної функції та ADL у хронічній фазі після інсульту.

Запуск моторної системи

Терапія «дія – спостереження» для осіб після інсульту

Терапія «дія – спостереження» – це форма терапії, за допомогою якої моторна задача виконується індивідом, який спостерігає за дзеркальним відображенням іншої людини, яка виконує те саме завдання. Дана терапія призначена для підвищення збудливості кори в первинній моторній корі шляхом

активації об'єктів образів про дії через дзеркальну нейронну систему (Kim & Kim, 2015). Попри те, що результати терапії «дія – спостереження» оцінювали переважно у здорових добровольців, дослідження оцінювали його переваги в перенавчанні рухів після інсульту. Терапія «дія – спостереження» може бути корисною для покращення точності та координованості рухів та спастичності, але не сили м'язів. Доказовість неоднозначна, коли йдеться про покращення моторної функції та ADL.

Дзеркальна терапія для осіб після інсульту

Дзеркальна терапія – це форма візуальних образів, коли дзеркало використовується для передачі візуальних стимулів у мозок шляхом спостереження за незміненою частиною тіла, коли та здійснює серію рухів. Дзеркало розміщується в середній сагітальній площині відносно пацієнта, відображаючи рухи сторони, неуразеної парезом, так, ніби це була уражена сторона. Премоторна кора важлива для нейропластичності та реагує на візуальний зворотний зв'язок. Дзеркальна терапія може покращити моторну функцію, пропріорецепцію точності та координованості рухів та зменшити наслідки інсульту, але в літературі даються неоднозначні дані щодо покращення рівня ADL, спастичності та сили м'язів.

Тренування обох рук

При тренуванні обох рук пацієнти виконують однакові дії одночасно обома верхніми кінцівками. Практикуючи рухи обома руками, можна активувати інтактну півкулю, щоб полегшити активацію пошкодженої півкулі через нейронні мережі, зв'язані мозолистим тілом (Morris et al. 2008; Summers et al. 2007). Тренування обох рук можуть покращити моторну функцію, але не м'язову силу. Література дає неоднозначні дані щодо тренування обох рук для покращення точності та координованості рухів та ADL.

Ерготерапевтичні підходи, які використовують для тренування уваги:

1. Підхід відновлення – базується на системному тренуванні уваги пацієнтом.

Принципи втручання, які застосовуються при використанні підходу відновлення:

- потрібно визначити тип порушення на яке страждає пацієнт та зосередитися на ньому;
- потрібно бути готовим до зміни формату терапії, яка застосовується (часто змінювати завдання, середовище, положення);
- для підвищення мотивації можна використовувати заохочення та винагороди;
- повинна бути достатня кількість повторень;
- чергування видів занять: хобі, самообслуговування, вправи:
- вправи повинні застосовуватися в ієрархічному порядку (від простого до складнішого).
- тренування увага на початку проходить у тихому та спокійному середовищі;
- завдання з папером та олівцем: додавання рядка, чисел; завдання з лабіринтом; завдання з викреслюванням;
- використання коротких вказівок та повідомлень.

2. Адаптаційний підхід застосовує:

Компенсацію – залучення механізмів компенсації (наприклад, з допомогою внутрішнього голосу, пацієнт спочатку вчить речення, а потім використовуючи їх, готується до зосередження). Ерготерапевт дає вказівку пацієнтові говорити голосно про те, що він робить, а потім напівголосно.

- Консультування та підтримка сім'ї та пацієнта:
 - потрібно надати інформацію про порушення уваги;
 - надати поради як регулювати та справлятися із цими порушеннями.

- Підтримка середовища:
 - обмеження чинників, які відволікають (внутрішні: голод, спрага, втома; зовнішні: порядок, температура в кімнаті, спокій);
 - потрібно працювати в темпі, який є зручним для пацієнта;
 - чергувати важкі завдання та легкі;
 - робити перерви;
 - потрібно проводити заняття тоді, коли пацієнт краще зосереджується.
- Адаптація середовища:
 - використання допоміжних засобів (наприклад, збільшення тексту чи підкреслення речень).

Ситуаційна задача

Пацієнтка – 56 років, інсульт. Професія – шкільний повар, хобі – випічка. У пацієнтки вираженні моторні порушення та порушення пам'яті. Бажання пацієнтка – мати змогу повернутися до професії.

Ерготерапевтичне заняття повинно бути спрямоване на покращення пам'яті (довгострокової і короткочасної), покращення моторних функцій, зорового-просторового сприйняття.

Вивчення і запам'ятовування послідовності приготування торта.

Роль членів сім'ї в реабілітації після ураження головного мозку

- члени сім'ї дуже часто є вирішальним компонентом для пацієнта, надаючи як довготермінову підтримку, так і додаючи значний внесок у процес реабілітації. Команда повинна розуміти, що члени сім'ї можуть мати особливий вплив та зв'язок із пацієнтом у порівнянні з фахівцями з реабілітації.

- сім'я може надати цінну інформацію про характер та амбіції пацієнта, а також важливу інформацію щодо труднощів у домашніх умовах. Це важливо для початкової оцінки та планування реабілітаційного втручання, щоб полегшити

спілкування з пацієнтом, у якого ураження головного мозку і порушення конгїтивних функцій.

Атаксія – це порушення контролю над довільними м'язовими рухами, що перешкоджає нормальній послїдовності дій, які стають не скоординованими і спричиняють до незграбних довільних рухів. Це може викликати труднощі з ходьбою та рівновагою, координацією рук, мовою та мовленням і рухами очей. Атаксія виникає внаслідок пошкодження частини мозку, яка відповідає за координацію м'язів (мозочок) або їхні зв'язки.

Вправи при моторних порушеннях

Починаючи з пасивної мобілізації (для людини, яка весь час або більшість часу лежить у ліжку), аутомобілізації (самообілізації) до активних вправ з опором (завжди треба пам'ятати про спастичність, яка може допомагати або перешкоджати рухам). Різниця полягає в тому, що для осіб з черепно-мозковими травмами доведеться виконувати усі дії з ***вербальним супроводом***, щоб сприяти підвищенню пластичності мозку (це означає здатність мозку формувати альтернативний шлях).

Окрім того, потрібно додавати вправи для координації верхніх кінцівок, наприклад будівництво з кубиків вежі тощо двома руками, послїдовно кожною рукою.

Диспраксія

Це труднощі з плануванням та виконанням послїдовних дій. Цим вона відрізняється від проблем з координацією рухів. Особа може не мати проблем з фактичним рухом, зазвичай проблема полягає в тому, що вона не може свїдомо об'єднати рухи чи виконати їх планово. Часто такі розлади можна сприймати як небажання пацієнта співпрацювати з фахівцем. Наприклад, особа, яка не може зігнути руку в лікті на прохання, але через кілька хвилин може, дивлячись на годинник на цій же руці, автоматично зігнути руку в лікті.

Ерготерапія спрямована на розділення дій у послідовність активностей з використанням підказок (наприклад, словесні вказівки, нагадування). Кількість підказок в міру практикування зменшується.

Основні сенсорні наслідки після ураження головного мозку: втрата або порушення відчуття (смаку, нюху, слуху, зору, дотику).

Основні конгїтивні наслідки після ураження головного мозку: конгїтивні порушення у зв'язку з черепно-мозковою травмою впливають на розумову діяльність, навчання та пам'ять особи. Різні ділянки мозку відповідають за різну розумову діяльність, тому черепно-мозкова травма може вплинути на деякі з них. Але не обов'язково всі навички, такі як швидкість мислення, пам'ять, сприйняття, концентрація, вирішення проблем і використання мови можуть бути уражені через ураження головного мозку.

Пам'ять. Унаслідок ураження головного мозку пам'ять може бути порушена. Порушення ділянок мозку, від яких це залежить, може призвести до порушення пам'яті – різні типи амнезії. Частина ерготерапевтичних засобів повинні сприяти відновленню пам'яті, усвідомленню труднощів.

Амнезія – часткова або повна відсутність пам'яті.

Посттравматична амнезія виникає відразу після нещасного випадку. Пацієнт не пам'ятає події чи розмови, що відбуваються під час повсякденної діяльності після травми.

Ретроградна амнезія – пацієнти не пам'ятають частину інформації та подій, що відбувалися до черепно-мозкової травми – від кількох хвилин до кількох місяців. Спогади про період задовго до ретроградної амнезії добре зберігаються.

Антероградна амнезія – проблеми з пам'яттю після травми, що викликають більше проблем, ніж втрата пам'яті на спогади, які передували травмі.

Зорово-просторові порушення та порушення сприйняття - вуха й очі можуть працювати добре, але частина мозку, яка сприймає вхідну інформацію з цих джерел, може працювати неправильно. Труднощі з оцінкою відстані, просторового співвідношення і орієнтації в просторі можуть означати, наприклад, що людина може наштотхнутися на меблі, які вона бачила, проте неправильно визначила, де саме вони знаходяться по відношенню до неї.

Одностороннє просторове ігнорування - неглект. Синдром ігнорування також відомий як одностороннє просторове ігнорування. Це поширений стан, що призводить до обмежень повсякденної діяльності після пошкодження мозку, коли пацієнти не можуть помітити предмети з одного боку простору. Цей синдром є найбільш поширеним і тривалим після пошкодження правої півкулі мозку людини, особливо після інсульту. Такі люди з правостороннім ураженням мозку часто не можуть усвідомлювати об'єкти ліворуч, демонструючи нехтування ними (80% осіб з синдромом ігнорування отримали ураження правої півкулі).

Дефіцит може бути настільки глибоким, що пацієнти не помічають великих об'єктів, навіть людей, які знаходяться з їхнього ураженого боку протилежного до пошкодженої півкулі мозку. Вони можуть їсти лише з одного боку тарілки, писати на одній стороні сторінки, голитися чи робити макіяж лише на неуразеній частині свого обличчя (правій). Їхні малюнки можуть не включати розміщення предметів, які знаходяться з ураженого боку. Більшість пацієнтів не підозрюють про наявність у них цього порушення (анозогнозія).

Сприйняття вербальної мови. Пошкодження правої півкулі мозку може призвести до того, що людина дуже конкретно інтерпретує словесну інформацію та сприймає речі буквально. Такі особи можуть мати знижену здатність сприймати гумор чи сарказм і можуть пропускати найтонші нюанси розмови. Цей тип порушень може призвести до того, що особа сприйматиме речі неправильно.

Їм може бути складно зрозуміти вираз наприклад «Я лише на хвилинку», вони можуть це сприйняти буквально та засмутитись, якщо це займе більше хвилини або «Дайте мені п'ять», вони можуть запитати, чого саме вам дати в кількості 5 одиниць.

Порушення мислення та здатності вирішувати проблеми. Змінена здатність вирішення проблем може призвести до того, що людина не зможе використовувати свої вербальні функції, щоб обдумати та вирішити проблему. Наприклад, як дістатись додому, спізнившись на останню маршрутку (автобус). Це може змусити її робити неправильні вчинки. Наприклад, піти додому самотійно в темряві, замість того, щоб зателефонувати додому, щоб хтось з членів сім'ї їх забрав і завіз додому.

Порушення мислення та здатності вирішення проблем також може призвести до того, що особа відчуватиме проблеми на рівні вербальної комунікації. Вона не зможе зрозуміти логіку чужої точки зору і буде непохитною у своїх переконаннях.

Вправи для тренування пам'яті. Черепно-мозкова травма може впливати на розпізнавання, пацієнти можуть помилково впізнавати незнайомих або взагалі не можуть розпізнати знайоме обличчя. Можна їм робити календар з фотографіями родичів та знайомих, щоб разом з ерготерапевтом пригадувати цих осіб.

Найкращими вправами є ситуації з реального життя, такі як приготування їжі, похід до супермаркету тощо. Коли ми щось готуємо, то використовуємо пам'ять. Довгострокову для рецепту, короткострокову – для того, щоб вчасно увімкнути чи вимкнути плиту або духовку. Також треба спланувати дії і самоорганізуватися, а для цього потрібні моторні функції. Таким чином, ця діяльність охоплює більшість частин мозку, що були пошкоджені у зв'язку з порушенням головного мозку.

Те саме стосується походу на ринок (супермаркет). Ця діяльність пов'язана з самоорганізацією, пам'яттю, концентрацією, підрахунком.

Асистивні (допоміжні) засоби/стратегії реабілітації для осіб з проблемами пам'яті. Потрібно знайти найбільш дієвий спосіб нагадування для пацієнта: підказки; записки; будильник; електронний порядок дня; особиста книжка зі схематичними малюнками чи без них тощо.

Великою проблемою є втрата можливості продуктивно використовувати мову, не можуть підібрати відповідні слова для вираження своїх думок. Пацієнти часто розуміють цю проблему та розчаровані з цього приводу. Буває навпаки, вони думають, що знають, що кажуть, але насправді промовляють інші випадкові слова. Лікування обох типів афазії може включати комбінацію терапії і порад.

Емоційні та поведінкові розлади. У кожного, хто переніс ураження головного мозку, можуть залишитися деякі зміни в емоціях, реакціях та поведінці. Їх важче помітити, ніж очевидні проблеми, наприклад ті, що впливають на моторні чи вербальні функції, але вони можуть бути найважчими для пацієнта та рідних. Це хвилювання, вибуховий гнів і роздратованість, імпульсивність, брак компетентності, емоційна лабільність, апатія і зниження мотивації, депресія, тривога, негнучкість і одержимість, егоцентризм, сексуальна дисфункція.

Тест «Підйом та ходьба» на час для осіб після інсульту

Тест «Підйом та ходьба» вимірює час у секундах, за який суб'єкти повинні встати з крісла з підлокітниками (висота сидіння приблизно 46 см), та пройти на відстань 3 метрів і сісти в крісло. У початковому та фінальному положенні, спина повинна повністю контактувати зі спинкою. Процедуру демонструють пацієнтам. Допомога дозволена при необхідності. Необмежені самостійні пацієнти – це ті, хто закінчив тест менш ніж за 10 с.

Ситуаційна задача

Пацієнтка: 65 років, пенсіонерка.

Хоббі: В'язання.

Діагноз: монопарез правої верхньої кінцівки.

Тестування функціональних можливостей верхньої кінцівки

П.І.Б. пацієнта: Петрова Раїса Василівна

П.І.Б. терапевта: Борова Марія Миколаївна

Номер пацієнта: 25

Дата: 02.12.2022

Функціональна здатність (можливість доторкнутись)	Права рука	Ліва рука
Рука/рот	0	2
Рука/лоб	0	2
Рука/верхівка голови	0	2
Рука/шия	1	2
Рука/іпсилатеральне плече	0	1
Рука/контралатеральне плече	1	2
Рука/ іпсилатеральна кишеня	0	2
Рука/контралатеральна кишеня	1	2
Рука/середина сідниць	0	1

Підрахунок: 0 = неможливе виконання, 1 = часткове виконання, 2 = повний рух.

Коментар: Функціонування правої кінцівки різко обмежена у зв'язку з монопарезом. Функціонування лівої кінцівки частково обмежена у зв'язку з віком пацієнтки, та фізіологічними змінами у опорно-руховому апараті.

Ерготерапевтичне втручання

Завданнями комплексного відновного лікування при периферичних парезах є:

- стимуляція регенерації і розгальмовування ділянок нерва, що знаходяться в стані пригнічення;
- поліпшення кровопостачання і трофічних процесів у вогнищі ушкодження з метою профілактики утворень зрощень і рубцевих змін;

- відновлення сили й витривалості паретичних м'язів і зв'язкового апарата; профілактика контрактур і тугорухливості суглоба;
- відновлення працездатності шляхом нормалізації рухових функцій і розвитку компенсаторних пристосувань.

Найчастіше монопарез розвивається внаслідок компресії нерва в області ліктьового суглоба, що виникає в процесі роботи спираючись ліктями об верстат, стіл, і навіть на підлокітники крісла при тривалому сидінні в ньому. Клінічна картина: кисть звисає, відсутня супінація передпліччя, порушується функція міжкісткових м'язів кисті, у зв'язку з чим пальці когтеподібно зігнуті («пазуриста кисть»), пацієнт не може брати й утримувати предмети. Настає швидка атрофія міжкісткових м'язів пальців і м'язів долоні з боку мізинця; відзначається перерозгинання основних фаланг пальців, згинання середніх і нігтьових фаланг; неможливі відведення і приведення пальців.

В комплексі лікувальної гімнастики застосовують наступні вправи у вихідному положенні сидячи за столом:

Здоровою рукою захопити основні фаланги 2-5 пальців так, щоб великий палець розташовувався на стороні долоні, а інші – з тильної сторони ушкодженої руки. Згинати і розгинати основні фаланги. Потім, пересунувши здорову руку, також згинати і розгинати другі фаланги. Окрім виконання спеціальних вправ, для кисті і передпліччя пацієнту рекомендують ліпити фігури з пластиліну, глини, захоплювати і утримувати дрібні предмети.

З появою активних рухів застосовують елементи трудотерапії, ліплення з пластиліну, глини, а також навчання захоплюванню дрібних предметів: сірників, цвяхів, гороху й ін.

Також використовують вправи:

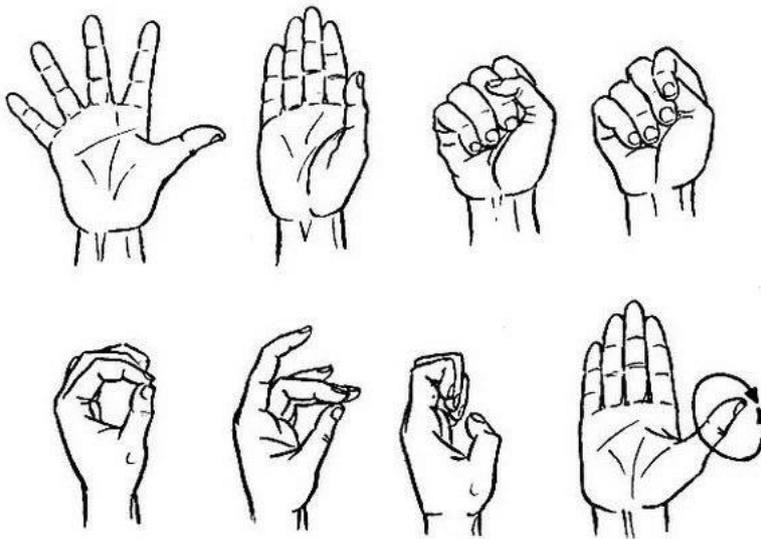
Поставлена на стіл рука зігнута в лікті і спирається на нього, передпліччя перпендикулярне до столу. Опускаючи великий палець униз, вказівний підняти нагору, і навпаки (8-10 разів).

Хват

Вправи для зап'ястя виконуються також зі спортивним інвентарем, в ролі якого можуть виступати м'який гумовий м'ячик або кільце-еспандер.

Візьміть снаряд і стисніть його щосили. Порахуйте до п'яти, відпустіть і повторіть цикл 10-15 разів для кожної руки. Для різноманітності при роботі з м'ячиком можна замінювати стиснення щипками. Тренуйтеся 2-3 рази в тиждень, витримуючи інтервал в 48 годин.

Увага! Виключіть цю вправу при пошкодженні великого пальця.



Терапевтична вправа для пальців

Кінчиком великого пальця по черзі з силою натискаємо на кінчики інших пальців цієї руки. Вправа зміцнює пальці, а також сприятливо діє на весь організм (згідно східній медицині та концепції У-сін, кожен палець пов'язаний з конкретним внутрішнім органом).

Спочатку в максимально швидкому темпі стискаємо і разжимаємо кулаки (при цьому разжимаємо до кінця, до ідеально прямої долоні). Робимо цю вправу (бажано, але не обов'язково на витягнутих руках) до тих пір, поки не з'явиться неприємне відчуття в кистях і передпліччях, після чого розслабляємо кисті і робимо струшування ними протягом декількох хвилин. Вправа добре розробляє також м'язи передпліччя.

Ізометричні вправи

Сенс цих вправ - протиставити одному зусиллю - інше, рівне по силі, але протилежне за напрямом. Найпростіший варіант - зробити упор кулака однієї руки в долоню іншої, після чого максимально напружуємо м'язи рук і максимально посилюємо тиск. Після деякого часу, розслабляємо і струшуємо руки. Зробити потрібно не менше трьох разів. Вправа опрацьовує м'язи рук і плечовий пояс.

Згинання зап'ястя

Зігніть руку в зап'ясті і утримуйте в такому положенні протягом 30 секунд. Лікоть тримайте прямо, не згинаючи.

Згинання зап'ястя сидячи

Дана вправа допоможе вам розвинути згинальні м'язи. Сядьте прямо, спина пряма. Верхню частину руки покладіть на стегно.

Згинання зап'ястя з гантеллю

Верхня частина руки повинна бути розташована рівно на стегні для кращого балансу. Зробіть 3 підходи по 20 разів.

Тренування м'язів між великим та іншими пальцями

Для цього треба вщипнути м'який м'яч і затриматися в такому положенні на 15-30 секунд. Повноцінне тренування складається з 10-15 вправ, які треба робити 2-3 рази в тиждень. Це рух заборонено в тому випадку, якщо ревматичний процес вразив великий палець руки.

Відсунення великого пальця

Покладіть руку на тверду поверхню і максимально відведіть 1 фалангу; повторюйте рух 10-15 разів кожні 2-3 дні.

Згинання першого пальця

Підніміть руку долонею до себе, відведіть 1 фалангу якнайдалі в сторону, потім дотягну до мізинця і зафіксуйте це положення на 30-60 секунд. Повторіть вправу 4-5 разів.

Лабораторне заняття №12

Тема. Ерготерапевтичне тестування дрібної моторики пацієнтів при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи

Мета заняття: навчитися проводити тестування дрібної моторики та знати принципи вибору методів заняття для пацієнта.

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапевтичне тестування дрібної моторики». Вміти відповідати на питання.
2. Знати та вміти користуватися тестами для дослідження дрібної моторики.
3. Знати принципи вибору методів заняття для пацієнта.

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

1. Тестування дрібної моторики пацієнтів

Перед початком реабілітаційних заходів ерготерапевт проводить оцінку порушень життєдіяльності людини. За допомогою спеціальних методик, тестів, тренажерів, що моделюють різні аспекти діяльності людини, виявляються порушення компонентів і складових життєдіяльності людини. На підставі проведеної оцінки фахівець разом з клієнтом визначає цілі, методи і план ерготерапевтичних занять.

Тест 1. Визначення способу захоплення

Тест застосовується для пацієнтів з геміпарезами (слабкість правої чи лівої половини тіла), парапарезами (неврологічний синдром, який уражає дві кінцівки) і призначений для визначення можливості захоплення великих і дрібних предметів. Дрібні предмети для тестування: голка, цвях, ключ, аркуш паперу, бісер, олівець; великі - кубик з гранню 4 см, качалка, книга, сумка з ручкою, ніж, м'ячик діаметром 6 см.

Пацієнту пропонується по черзі здійснити захоплення перелічених предметів, починаючи з більш дрібних, однією рукою, а потім іншою. Захоплення може здійснюватися як з використанням ортеза, так і без нього.

Оцінку результатів проводять за 4-бальною шкалою:

- 4 - правильне захоплення і утримання;
- 3 - правильне захоплення без утримання;
- 2 - неправильне захоплення, але можливе утримання;
- 1 - неправильне захоплення, утримання неможливе;
- 0 - захоплення неможливе.

Тест 2. Визначення здатності до утримання предметів

Тест застосовується для пацієнтів з геміпарезами і верхніми парапарезами в разі, якщо тест щодо визначення способу захоплення дав позитивний результат. Оцінюється спритність рухів, швидкість виконання завдання, кількість операцій. Завдання пацієнт може виконувати як кожною рукою по черзі, так і обома руками. Для цього використовується два набори пристосувань:

1-й набір - для пацієнтів, у яких можливе захоплення дрібних предметів і їх утримання. У нього входять дощечка з отворами, болти, шайби і гайки.

2-й набір - для пацієнтів, у яких можливе захоплення дрібних предметів, але відсутнє їх утримання. У нього входять дощечка з отворами, рахункові палички, ковпачки від фломастерів.

При проведенні тесту з 1-м набором пацієнт повинен за хвилину вставити в отвори дощечки якомога більше болтів, надіти на них шайби і закрутити гайки.

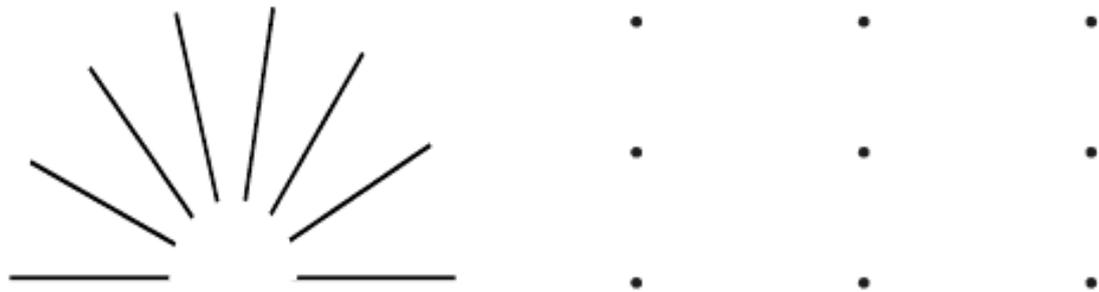
У 2-му випадку за той же час потрібно вставити в дощечку якомога більше рахункових паличок і накрити їх ковпачками від фломастерів.

Тест 3. Точки та промені

Тест призначений для пацієнтів з порушеннями візуального сприйняття (інсульт, черепно-мозкова травма, ДЦП). Існують два варіанти проведення тесту.

Для першого використовується шаблонний бланк з розташованими на ньому під певним кутом 8-ю променями і 8 окремих бланків, на яких зображено по одному променю в тому ж місці, як і на шаблоні. Терапевт пропонує пацієнту шаблонний бланк, а потім по черзі викладає перед ним бланки з поодинокими променями. Завдання пацієнта показати, де на шаблоні розташований пропонований терапевтом промінь.

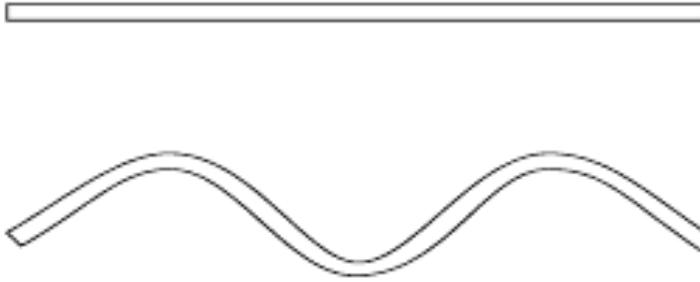
Для другого варіанту тесту використовується шаблонний бланк із зображеними на ньому в певній послідовності 9-ю точками і 9 окремих бланків, на кожному з яких зображено по одній точці в різних місцях у відповідність з шаблонним бланком. Терапевт кладе перед пацієнтом шаблонний бланк, а потім по черзі викладає бланки з окремо розташованими точками. Пацієнту необхідно визначити, де на шаблоні розташована та чи інша точка.



Оценивается количество ошибок, допущенных пациентом.

Тест 4. Ламана лінія

Тест застосовується для виявлення порушень координації рухів верхніх кінцівок (інсульт, черепно-мозкові травми, ДЦП). Пацієнту пропонується бланк, на якому зображені різні види ламаних ліній. Він повинен провести олівцем лінію близько до контуру ламаної. Оцінюється якість виконання завдання.



2. Принципи вибору методів заняття для пацієнта

Для вироблення плану роботи з пацієнтом необхідно також дотримуватися ряду вимог до вибору виду його діяльності. Слід пам'ятати, що заняття повинні бути посильними, значущими для пацієнта, відповідати його інтересам і життєвим ролям.

При виборі занять потрібно керуватися наступними принципами:

- будь-яка діяльність і заняття повинні враховувати стать пацієнтів, частина яких може вважати, що окремі види діяльності виконують особи тільки певної статі. *Наприклад, деякі чоловіки можуть відмовитися брати участь у приготуванні їжі, тому що вважають це "жіночою справою", а іншим це приносить задоволення, вони добре готують, навіть можуть займатися цим професійно.* При складанні плану реабілітаційних заходів ерготерапевтам краще покластися на думку пацієнта в цих питаннях, ніж нав'язувати йому свою точку зору;

- вибір заняття повинен відповідати культурним особливостям середовища пацієнта, людина швидше знайде заняття доречним для себе, якщо воно відображає норми і цінності його культурної групи;

- заняття повинно враховувати вікові особливості пацієнта. Він може відмовитися від тієї діяльності, яку вважає невідповідною йому за віком. *Наприклад, літня людина не стане грати з ляльками, але може зацікавитися будівництвом лялькового будиночка для внучки, тому що це відповідає його ролі дідуся;*

- важливо вибирати заняття, адекватні звичайним, особливо в тих випадках, коли пацієнт перебуває в стінах лікувального закладу. У цьому випадку в завдання ерготерапевтів входить забезпечення для пацієнта можливості підтримувати баланс між діями по догляду за собою, проведенням дозвілля і виконанням продуктивної діяльності в формі, що сприяє його незалежності і автономності;

- при виборі занять необхідно враховувати як сильні, так і слабкі сторони пацієнта, а також характер діяльності. Ерготерапевт повинен вибрати заняття, яке дозволило б максимально використовувати сильні сторони пацієнта і піддавати навантаженню слабкі. Для подолання функціональних порушень потрібно допомогти пацієнтові максимально використовувати його сильні сторони для компенсації слабких, а також адаптувати умови діяльності таким чином, щоб пацієнт міг успішно займатися нею, не дивлячись на обмеження;

- необхідно поступово підвищувати рівень складності занять, для цього слід визначити тривалість їх виконання, інтенсивність фізичних і розумових зусиль, число етапів, складність виконання, кількість людей, з якими пацієнту доводиться контактувати, коло обов'язків, обсяг необхідної допомоги. Важливо, щоб цей процес відповідав реальним умовам життя пацієнта і його прагненням;

- діяльність повинна проходити в обстановці, в якій вона найбільш ймовірно буде здійснюватися пацієнтом. Якщо це лікарняна палата, то її специфіка може не відображати всіх особливостей і вимог природного для пацієнта середовища. *Наприклад, перебуваючи в лікарні, пацієнт може добре справлятися з переміщенням з крісла-коляски на ліжку, а вдома через інші умови це викличе у нього труднощі. У таких випадках рекомендується створення штучної обстановки, найбільш наближеної до реального життя пацієнта.*

Тест функції руки Джебсена-Тейлора

Тест функції руки Джебсена-Тейлора є одним найстаріших та найбільш часто застосовуваних інструментів кількісної оцінки рухової функції кисті.

Розроблений у 1969 році колективом американських дослідників, тест неодноразово витримував перевірку на валідність та надійність.

Цільова група пацієнтів для цього тесту – це люди із захворюваннями нервової та опорно-рухової системи, що мають порушення функції руки.

Тест включає завдання, що оцінюють точну моторику рук і функціональні завдання з вагою та без ваги. Інструмент складається із семи субтестів, які виконуються на час:

- Написання короткого простого речення (24 літери),
- Перевертання карток розміром 7.6×11.7 см,
- Збирання дрібних предметів (монет, скріпок для паперу та металевих кришечок від пляшки) і перенесення їх у контейнер,
- Імітація процесу годування, шляхом збирання квасолин ложкою та перенесення їх у контейнер,
- Складання шашок одна на одну,
- Переставляння великих легких предметів (порожніх бляшаних банок),
- Переставляння великих важких предметів (бляшаних банок вагою 0.453 кг).

Кожне завдання виконується однією рукою, спершу недомінуючою, потім домінуючою. Максимальний час відведений на виконання одного субтесту – 120 секунд. Тест оцінює лише швидкість, але не якість виконання завдань.

Для пацієнтів молодших за 8 років не проводиться субтест “написання речення”.

Бал за субтест дорівнює часу в секундах, необхідному для виконання завдання, максимальний бал за субтест – 120. Загальний бал дорівнює сумі балів за всі субтести і розраховується окремо для кожної руки. Чим нижчий бал – тим краща функція руки у дитини.

Тест для визначення функціонування дрібної моторики у пацієнтів

Тест призначений для пацієнтів з порушеннями візуального сприйняття (інсульт, черепно-мозкова травма, ДЦП).

Обладнання: Аркуш паперу і олівець

Інструкція. Посадіть пацієнта за стіл, покладіть перед ним аркуш паперу й попросіть покласти руки так, щоб на аркуші вірно розмістилися обидві долоні з розведеними пальцями. Після цього обведіть кисті рук пацієнта олівцем. Після цього поясніть суть завдання: « Зараз я буду показувати тобі пальчик на малюнку, а ти будеш піднімати тільки той пальчик, на який я вказую. Інші пальці піднімати не треба.»

Переконавшись, що пацієнт зрозумів починайте з правої руки.

Для того щоб виключити вгадування, вказувати пальці слід у такій послідовності: 5-1-2-4-3 (1 – великий палець, 5 – мізинець). Потім вправа проводиться для лівої руки, потім знову для правої і лівої. Отже, повторюємо вправу для кожної руки двічі.

Під час виконання «належного» руху вказівного пальця можуть виявлятися «неналежні» рухи інших пальців. Це відбувається мимовільно. Зайві рухи інших пальців помічають стрілками (від належного до неналежного пальця)

Ці зайві рухи називаються синкінезіями. Синкінезії є результатом недостатньої диференційованості рухів, коли під час виконання певної дії вельючаються додаткові м'язи, які не потрібні для її виконання.

При оцінюванні результатів:

- 1) підраховують середню з двох проб кількість синкінезій на кожній руці. Для цього рахують кількість стрілочок для кожної руки й ділять отримане число на 2
- 2) отримані результати для кожної руки додають

Оцінка	Середня кількість синкінезій за двома пробами
Диференціація рухової системи розвинена низькому рівні	10 і більше
Диференціація рухової системи розвинена на середньому рівні	5-10
Диференціація рухової системи розвинена на середньому рівні на помірному рівні	5-1
норма	0

Завдання 2

Пацієнтові пропонують намалювати за зразком одним рухом коло діаметром 3-3,5 см. Якщо кисть розвинена слабо, пацієнт схильний її фіксувати на площині й не може впоратися з завданням: малює замість кола овал, або ж коло значно меншого розміру, або ж робить це за кілька прийомів, періодично пересуваючи руку. Показником скутості, фіксованої кисті є переважне малювання пацієнтом дуже дрібних предметів.

Завдання 3

Про розвиненість дрібної моторики пальців можна судити, спостерігаючи за тим, як пацієнт малює або зафарбовує. Якщо він постійно повертає аркуш, не може змінювати напрямок ліній за рахунок тонких рухів пальців і кисті, це означає, що рівень розвиненості дрібної моторики недостатній і потрібне відповідне тренування.

Лабораторне заняття №13

Тема. Методики ерготерапії осіб з інвалідністю при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи

Мета заняття: знати різні методики самоогляду та навчити пацієнта використовувати їх на практиці

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Методики ерготерапії осіб з інвалідністю при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи». Вміти відповідати на питання.
2. Знати методики соціально-побутової адаптації пацієнтів.
3. Знати методики продуктивної діяльності та письму.

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Методики ерготерапії осіб з інвалідністю з порушенням опорно-рухового апарату спрямовані на реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності, тобто з повністю або частково втраченими можливостями здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися і займатися трудовою діяльністю, повноцінно відпочивати.

Мета ерготерапії - досягнення максимальної автономності та незалежності людьми з обмеженими можливостями.

Основним методом є практичне виконання пацієнтами різноманітних занять, пов'язаних з тим чи іншим видом діяльності.

Методики соціально-побутової адаптації пацієнтів із пошкодженнями опорно-рухового апарату та нервової системи

I. Методики самоогляду:

Ці методики застосовуються для пацієнтів з геміпарезами (слабкість правої чи лівої половини тіла), парапарезами (неврологічний синдром, який уражає дві

кінцівки), різними видами атаксії (порушення координації рухів), апраксії (порушення послідовності рухів), гіперкінезами (патологічні, раптові, мимовільні насильницькі рухи в різних групах м'язів).

1. Використання допоміжних засобів в особистій гігієні пацієнта

Мета:

- ознайомити пацієнта з наявними допоміжними засобами;
- підібрати допоміжні засоби, що необхідні конкретному пацієнту;
- навчити пацієнта користуватись підібраними допоміжними засобами.

2. Навчання вдяганню/роздяганню

Мета:

- навчити пацієнта самостійно одягатися/роздягатися. Перед початком занять необхідно визначити положення пацієнта, найбільш сприятливе для одягання/роздягання.

Заняття 1. Надягання джемпера.

Пацієнтів з геміпарезами, верхніми парапарезами вчать одягатися таким чином: в положенні сидячи або стоячи потрібно здоровою рукою вставити хвору руку в рукав, потім просунути голову в горловину і наостанок одягнути джемпер на здорову руку. Інший варіант одягання – хвора рука, здорова рука, пропустити голову, але в цьому випадку буде важко потрапити головою в горловину джемпера. У положенні лежачи навчитися надягати одяг набагато важче.

Заняття 2. Надягання брюк/спідниці.

Для пацієнтів з геміпарезами, верхніми парапарезами, тетрапарезами (рухова дисфункція верхніх і нижніх кінцівок, яка виникає внаслідок різних неврологічних захворювань), нижніми параплегіями (параліч обох нижніх кінцівок) методику одягання визначає вид ураження.

Якщо пацієнт сидить на стільці, він нагинається, щоб вставити ноги в штанини і підняти їх до стегон, потім встає, щоб дотягнути їх до талії.

Якщо пацієнт лежить на спині, він піднімає одну ногу, потім іншу, щоб натягнути штани до стегон, потім піднімає таз, щоб натягнути їх до талії.

Якщо пацієнт не в змозі підняти таз, для надягання одягу необхідно перекочування з боку на бік.

Заняття 3. Роздягання: джемпер, сорочка.

Роздягання сорочки: якщо пацієнт може зробити рух назад плечем, він звільняє з допомогою домінуючої руки плече зі зворотного боку.

Роздягання джемпера: пацієнт захоплює верхній край пуловера з боку спини однієї або двома руками, пропускає в горловину пуловера підборіддя, нагинається і стягує пуловер, пропускаючи голову, а потім звільняючи руки. Для цього потрібна хороша фіксація голови і тулуба. Інший варіант – здорова рука, голова, хвора рука.

Роздягання може здійснюватися в положенні стоячи, сидячи на стільці, сидячи «по-турецьки» на килимі. Для пацієнтів, які не можуть утримувати положення сидячи дуже складно запропонувати певну техніку роздягання, потрібно адаптуватися до їхніх можливостей (при роздяганні буває достатньо володіти обхватом долонею, який повинен бути досить міцним).

Заняття 4. Роздягання: брюки/спідниця.

Застосовується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, нижніми параплегіями. У позиції стоячи пацієнт спускає штани до стегон, потім сідає, щоб звільнити гомілки.

У позиції лежачи він звільняє сідниці, спускає штани по черзі з кожної ноги, потім повністю знімає штани.

Заняття 5. Навчання застібання гудзиків.

Застосовується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, нижніми параплегіями. Навчання застібання - довготривалий і складний процес. Застібання вимагає сильного захоплення великим і вказівним пальцями домінуючої руки. Спочатку пацієнта вчать вставляти гудзики (довгасті дерев'яні, картонні) в отвори, потім - застібати і розстібати гудзики, починаючи з великих, при цьому петлі повинні бути трохи більше необхідного розміру.

Наступний етап - навчання пацієнта застібання власного одягу, покладеного перед ним на столі, потім - застібання одягу на собі. Для навчання краще використовувати одяг з вовни, петлі повинні бути більшими, ніж на його звичайному одязі.

Заняття 6. Навчання взування і шнуруванню.

Застосовується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами. Найбільш оптимальні положення для взування:

- сидячи на стільці, ноги на підлозі, корпус нахилений вперед;
- сидячи на стільці, ноги на підставці, на висоті трохи нижче стільця;
- сидячи на підлозі, коліна зігнуті.

При навчанні шнуруванню необхідно розвивати захоплення великим і вказівним пальцями. Якщо є які-небудь проблеми, то спочатку тренуються на дерев'яному взуття (макеті), використовуючи шнурки різного кольору, щоб було легше запам'ятати механізм шнурування. Шнурки повинні бути з товстим наконечником. Потім використовуються шнурки одного кольору. Пацієнт шнурує взуття, поставлене перед ним на столі п'ятою до нього. Для зав'язування шнурка вузлом необхідно навчити пацієнта схрещувати шнурки, утворюючи коло, пропускаючи один кінець шнурка всередину цього кола.

Заняття 7. Навчання користуванню допоміжними засобами при одяганні/роздяганні.

Застосовується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, при ревматоїдному поліартриті та ампутації однієї з верхніх кінцівок.

Мета: навчання користуванню паличкою з гачком. Проводиться демонстрація одягання одягу за допомогою палички. Спочатку навчають пацієнта правильному захопленню палички, далі, допомагаючи йому, здійснюють захоплення одягу і натягують його. Потім пацієнт намагається виконати цю операцію самостійно.

Методики навчання пацієнтів із пошкодженнями опорно-рухового апарату та нервової системи продуктивній діяльності

Ці методики застосовується для навчання навичкам роботи на кухні пацієнтів, що користуються кріслом-коляскою, пацієнтів з геміпарезами, ревматоїдними поліартритами, парапарезами, а також з незначними розумовими розладами.

1. Робота на кухні

Мета - навчити самостійного приготування їжі, прийому їжі, прибирання.

Заняття 1. Знайомство з кухонним обладнанням (меблі, побутові прилади, посуд).

Пацієнтів, які мають труднощі з пересуванням, необхідно навчити активно пересуватися на кухні, забезпечити безперешкодний доступ до кухонного обладнання.

Заняття 2. Правила безпеки при роботі на кухні.

Проводиться бесіда про те, що при використанні електроприладів потрібні увага і певні знання. Пацієнту слід пам'ятати про наступні правила:

- не торкатися мокрими руками до працюючого електроприладу;
- не тримати довго відкритими увімкнені прилади (холодильник, духовку);

- електрочайник заповнювати водою до заданої позначки, для нагрівання встановлювати на рівну поверхню;
- при використанні ключа для відкривання консервних банок стежити за тим, щоб не поранити руки ріжучої поверхнею;
- при роботі, пов'язаній з водою, для запобігання травматизму стежити за тим, щоб розприскувалося якомога менше води;
- з особливою обережністю переміщати посуд з гарячою водою.

Заняття 3. Навчання користуванню кухонними побутовими приладами.

Проводиться бесіда про призначення побутових приладів: електроплита, холодильник, електрочайник. Демонструють і пояснюють призначення відсіків холодильника, правила його завантаження; відповідність обраного диска нагрівача плити регульованій ручці, вчать правильному використанню консервного ножа. Потім пацієнтові пропонується самостійно виконати ту чи іншу дію.

Заняття 4. Сервірування столу.

Якщо пацієнт пересувається в кріслі-колясці рекомендується використовувати пристосування для переміщення посуду на колінах, при ураженні однієї половини тіла - використовувати для цього столик на коліщатках. Пацієнту пояснюють і показують, як накрити стіл для сніданку, обіду і т.д. Потім пацієнт намагається самостійно виконати необхідні дії.

Заняття 5. Навчання нарізці продуктів (хліб, овочі) з використанням спеціальних пристосувань.

Використовуючи обробну дошку з шипами, демонструють нарізку варених овочів, хліба. Потім пацієнт намагається самостійно виконати ці дії. При

необхідності пацієнт використовує ніж з адаптованою ручкою або з ремінцем для руки.

Заняття 6. Навчання чищенню овочів.

Пояснюють порядок дій:

- миття овочів;
- переміщення овочів на пристосування для їх закріплення;
- чистка варених овочів;
- чистка сирих овочів.

Потім разом з пацієнтом переходять до виконання цих дій.

Заняття 7. Навчання приготування салатів.

Порядок дії:

- вибір потрібних інгредієнтів;
- миття овочів;
- чистка овочів;
- нарізка, подрібнення овочів на тертці;
- заправка салату.

Приготування здійснюється спільно з пацієнтом або групою пацієнтів.

Заняття 8. Підбір і навчання користуванню столовими приладами.

Відповідно до патологій здійснюється підбір столових приладів: насадки для ножів, виделок, ложок, столових приладів з вигнутою ручкою, ремінців для руки з метою полегшення користування столовими приладами, накладних бортиків для тарілки, килимків з нековзкого матеріалу під столові прилади. Протягом декількох занять проводиться робота по навчанню використання столових приладів.

Заняття 9. Навчання приготування гарячих напоїв.

Відповідно до патологій пацієнту рекомендують певну модифікацію чайника (електрочайник, звичайний чайник меншого обсягу).

Порядок дій:

- наповнити чайник водою;

- доставити його до плити зручним способом;
- включити або електрочайник, або плиту;
- приготувати чай, використовуючи пристосування, що полегшує наливання гарячої рідини.

Заняття 10. Миття посуду.

Пацієнта вчать:

- помістити використаний посуд у мийку доступним йому способом;
- очистити посуд від залишків їжі;
- використовувати для миття посуду губку або щітку з вигнутою або потовщеною ручкою;
- прибрати посуд в шафу.

2. Навчання письму.

Методика рекомендується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, ревматоїдному поліартриті.

Мета: навчити пацієнта самостійного письма.

Заняття 1. Підбір технічних засобів для письма.

Відповідно до патологій пацієнтові пропонують наступні пристосування: ремінець для руки, насадки різного діаметра, пристосування для кріплення ручки, стенд для закріплення паперу.

Етапи підготовки до письма:

Заняття 2. Використання трафаретів.

Заняття 3. Використання шаблонів.

Заняття 4. Малювання довільних ліній за допомогою лінійки.

Заняття 5. Малювання довільних фігур.

Заняття 6. Робота з прописами.

Заняття 7. Переписування тексту.

Лабораторне заняття №14

Тема. Реабілітаційний прогноз при травматичному ушкодженні хребта

Мета заняття: знати реабілітаційний прогноз пацієнта та вміти його використовувати в роботі ерготерапевта

Завдання:

1. Знати реабілітаційний прогноз рівня пошкодження C₁-C₇.
2. Знати реабілітаційний прогноз рівня пошкодження Th₁ – Th₆.
3. Знати реабілітаційний прогноз рівня пошкодження Th₆ – Th₁₂.
4. Знати реабілітаційний прогноз рівня пошкодження Th₁₂ – L₄.
5. Знати реабілітаційний прогноз рівня пошкодження L₄.

Короткий виклад теоретичного та практичного матеріалу

Травма спинного мозку – це пошкодження спинного мозку внаслідок зовнішнього механічного впливу, що викликає тимчасові або постійні зміни його функцій: втрату рухової функції та м'язової активності, порушення чутливості або вегетативних функцій в частинах тіла, що інервуються (функціонально обслуговуються) спинним мозком, зазвичай, нижче рівня травми. Травма може виникнути на будь-якому рівні спинного мозку і може викликати *повне пошкодження*, та цілковиту втрату відчуттів і функцій м'язів; або *неповне*, коли ще деякі нервові сигнали здатні пройти повз травмовану ділянку спинного мозку. Залежно від локалізації та тяжкості пошкодження симптоми різняться, від затерпlosti до паралічу та нетримання сечі.

Параліч – відсутність довільних рухів внаслідок ураження мозкових рухових центрів або рухових шляхів центральної чи периферійної нервової системи. При деяких формах паралічу відсутність довільних рухів поєднується з наявністю мимовільних автоматизованих захисних рухів, патологічних співдружних рухів (синкінезій).

Довгострокові результати також варіантні – від повного одужання до постійної тетраплегії (квадриплегії) або параплегії.

Тетраплегія – параліч усіх чотирьох кінцівок. Виникає при пошкодженні верхнього відділу шийної частини спинного мозку або обох півкуль головного мозку (тяжка черепно-мозкова травма).

Параплегія – параліч обох нижніх кінцівок. Спостерігається при компресійних та інфекційних мієлітах і менінгомієлітах, поліомієліті, розсіяному склерозі, травмах і пухлинах спинного мозку, церебральних ураженнях з двосторонніми вогнищами розм'якшення мозку, обумовлених атеросклерозом, артеріїтом та ін. Ускладнення можуть включати атрофію м'язів, пролежні, інфекції та проблеми з диханням через параліч чи парез дихальної мускулатури.

У більшості випадків пошкодження спинного мозку є наслідком фізичної травми, наприклад, автомобільної аварії, вогнепального поранення, падіння або спортивної травми, але воно може бути й наслідком немеханічних причин, таких як зараження, недостатнє кровопостачання та пухлини. Трохи більше половини травм припадають на шийний відділ хребта, тоді як 15 % – на кожен з відділів, а саме: грудний, межу між грудним та поперековим, та окремо поперековий відділ хребта. Діагностика, як правило, ґрунтується на неврологічному обстеженні та медичній візуалізації. У багатьох випадках травми спинного мозку потребують тривалої фізичної реабілітації та ерготерапії, особливо у випадках, коли внаслідок пошкоджень різко знижується якість життя й неможлива звична щоденна активність.

Відповідно до рівня ураження травми поділяють на

- шийні (C1 — C8),
- грудні (T1 — T12),
- поперекові (L1 — L5),^[13]
- та крижові (S1 — S5).

Рівнем травми вважають найнижчий рівень повного відчуття та довільної м'язової активності. Параплегія (параліч ніг) виникає при грудних, поперекових або крижових травмах, а тетраплегія — при пошкодженні шийного відділу.

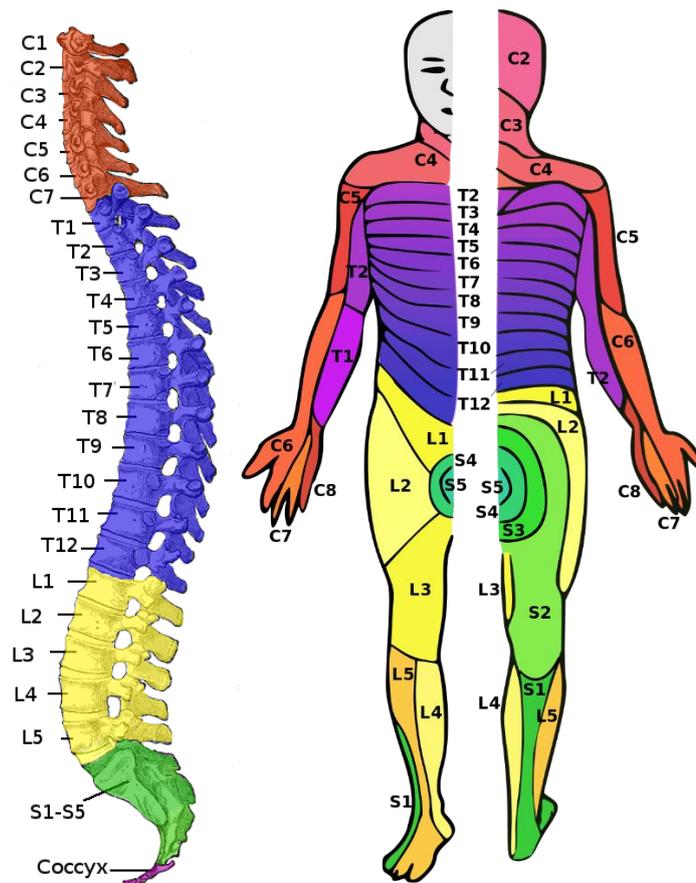


Рис.1. Наслідки травми залежать від рівня ураження, що відповідає сегментам хребта (ліворуч)

Реабілітаційний прогноз є визначенням рівня максимально можливого покращення фізичних функцій пацієнта і часу, необхідного для досягнення цього рівня. На думку фахівців, визначення реабілітаційного прогнозу при пошкодженні спинного мозку є одним з важливих завдань для побудови індивідуальної програми фізичної реабілітації. Доведено, що при відсутності медичних ускладнень важливим фактором визначення можливого покращення фізичної функції (мобільності) пацієнта є м'язова сила. Вважається, що м'язову силу краще визначати за допомогою мануального м'язового тестування (ММТ) за основними групами м'язів та їх неврологічного рівня. Це є зручним тому, що ці рівні є чітко визначені, і дають можливість оцінити потенційні можливості

пацієнта. Отже, залежно від рівня іннервації ключового м'язу або групи м'язів, можна окреслити результати (прогноз) реабілітації.

Рівень пошкодження С1 – С7. Травми спинного мозку на шийному рівні призводять до повної або часткової тетраплегії. Залежно від конкретного місця розташування та тяжкості травми обмежена функція може зберігатися. Також при травмах шийного відділу відзначаємо сповільнення серцевого ритму, проблеми з терморегуляцією та порушення функції дихання. Якщо травма на шийі досить висока й задіює дихальну мускулатуру, людина не може дихати без допомоги ендотрахеальної трубки та апаратної вентиляції. Функції після повного ураження шийного відділу хребта: С1 – С4 – повний параліч кінцівок; С5 – параліч зап'ястя, рук, трицепсів; С6 – параліч згиначів зап'ястя, трицепсів, верхніх кінцівок. С7 – деяка слабкість м'язів рук, утруднення хапання й розслаблення.

Рівень пошкодження Т1 – Т6. Цей рівень пошкодження характеризується повністю збереженою іннервацією верхніх кінцівок включаючи м'язи кисті. Пацієнти, зазвичай, мають добру м'язову силу та фізичну здатність до захвату та відпускання кистю предметів, що є важливим при ході на милицях. У положенні стоячи пацієнт потребує стабілізації тулуба, оскільки м'язи спини та черевного пресу є паралізованими. Стабілізація тулуба може бути здійснена за рахунок збереженої сили м'язів верхніх кінцівок. Збільшений резерв дихання у порівнянні з пошкодженням С₁ – С₈, за рахунок збереження іннервації деяких міжреберних м'язів. Виконання фізичних вправ на ліжку/маті пацієнти з таким пошкодженням виконують самостійно після отриманих інструкцій спеціаліста. Переміщення з ліжка на візок і навпаки теж виконують самостійно, іноді можуть потребувати незначної допомоги фізичного терапевта або ерготерапевта. Самообслуговування є самостійним. Перехід з положення лежачи або сидячи у вертикальне положення є залежним і потребує допомоги сторонньої людини.

Аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що хода може бути самостійною із больовими відчуттями, але лише при використанні ортезів. Це

пояснюється тим що утримання тіла у вертикальному положенні потребує великих зусиль та допомоги. Хо́да, у цьому випадку, не може бути визначена як функціональна, але утримання положення стоячи та хо́да є рекомендованими. Пацієнти швидко адаптуються до візка та можуть самостійно його розмістити коло ліжка для здійснення переміщення.

Робота руками у положенні сидячи рекомендована для даного контингенту пацієнтів. Більшість пацієнтів може керувати автотранспортом за допомогою ручного керування, та переміщувати візок з/до машини.

Рівень пошкодження Th₆ – Th₁₂. Пацієнти з цим рівнем пошкодження мають більший рівень мобільності ніж при пошкодженні Th₁ – Th₆, за рахунок більшої сили верхніх кінцівок та м'язів грудного відділу хребта. Утримання рівноваги здійснюється за допомогою краще скоординованих рухів. Ці пацієнти за рахунок сили м'язів рук та м'язів грудного відділу можуть себе добре фіксувати при поворотах тулуба та підніманні вантажу (візок, милиці, ортези). Лікарі стверджують, що в таких пацієнтів збільшений респіраторний резерв, що збільшує їх загальну витривалість.

При даній травмі спостерігається повна незалежність у мобільності та самообслуговуванні та при одяганні зовнішнього корсету. Пацієнти можуть за допомогою брусів перевести себе з положення лежачи у положення стоячи. Переміщення на/з візка виконують легко, використовуючи силу м'язів грудного відділу, у таких випадках пацієнт не потребує помічника. Розміщення візка коло ліжка не складає труднощів, як у попередньому випадку.

Використовуючи зовнішній утримуючий корсет та ортези, пацієнт може зайняти положення стоячи, та утримувати його за допомогою рук тривалий період часу. Такі пацієнти можуть здійснювати хо́ду на короткі дистанції, тримаючись руками і виконуючи коливальну фазу ногою. Ця хо́дба є більш впевненою та надійною. На жаль ця хо́да є обмеженою, повільною та призводить до швидкого стомлення внаслідок утримання тіла у вертикальному положенні. Тому тільки ті пацієнти які мають достатню силу м'язів плечового поясу та

хорошу рівновагу і координацію у положенні стоячи, можуть використовувати ходу як функціональну на рівній поверхні чи у межах дому.

Допомога асистента, паралельні чи дерев'яні бруси рекомендовані при переході з положення сидячи у положення стоячи. Якщо хода по рівній поверхні не виконується – необхідною процедурою є положення стоячи щонайменше одну годину на добу. Зазвичай, пацієнти відчувають більший комфорт у положенні стоячи ніж сидячи, оскільки є можливість зробити крок. Для цього використовують спеціальне обладнання яке дозволяє виконувати адаптовану ходу.

Хода по сходах та долання бордюрів можлива для більшості пацієнтів, це можливо виконати за наявності перил та низьких сходів. Пацієнти не можуть вийти та зійти стандартними сходами з перилам, а також не можуть подолати стандартний бордюр. Громадський транспорт є для цього непридатний. Ці пацієнти можуть вільно керувати автотранспортом з ручним керуванням за рахунок доброго балансу, та переміщувати візок з/до машини без надмірних зусиль. Робота повинна бути все ще у положенні сидячи, з можливістю зайняти положення стоячи.

Рівень пошкодження Th₁₂ – L₄. Пацієнти з пошкодженням на рівні Th₁₂ мають повну іннервацію прямого та косоного м'язів живота, поперечного м'язу живота та всіх м'язів грудного відділу. Спостерігається слабкість м'язів нижніх кінцівок та попереку. Такі пацієнти не мають іннервації основних стабілізуючих м'язів для забезпечення нормального руху стегна при ході – квадратного м'язу попереку та нижньої частини м'язу розгинача тулуба. Ці м'язи можуть компенсуватись другорядними стабілізаторами тулуба, включаючи внутрішні та зовнішні косі м'язи живота та найширший м'яз спини. Завдяки цим м'язам пацієнт може бути незалежним при самообслуговуванні, користуванні візком та ходити.

Пацієнт може використовувати ортези KAFO (knee – ankle – foot orthoses) для ходи. Чотирьох або двох точкова хода може бути виконана за допомогою

другорядних м'язів, що фіксують тулуб. Такі пацієнти можуть ходити вільно по помірно нерівних поверхнях у приміщенні та на вулиці. Також вони можуть долати бордюри як догори так і до низу, використовуючи коливальну фазу ногою як при ході.

Ротацію тазу пацієнти можуть використати для подолання стандартних сходів (8 дюймів) з перилами, це у них виходить досить легко. При посадці до автобуса цього кроку може бути недостатньо, тому ця процедура потребує допомоги зі сторони. Використання громадського транспорту створює великі незручності, тому використання власного авто у таких випадках є більш практичним.

Для пацієнтів з таким пошкодженням робота поза житлом є рекомендована, вони не потребують супроводжуючих, часто не потребують візка протягом денної ходи. Але для зручностей пересування (переїзд до роботи, довгі відстані) використання візка є рекомендованим.

Рівень пошкодження L4. Пацієнти з пошкодженням L4 крім функції клубово-поперекового м'язу та м'язу нижньої частини розгинача тулуба, мають функцію чотириголового м'язу стегна та основних м'язів згинання стегна. Добра стабілізація тулуба за рахунок цих м'язів відсутня, тому що м'язи гомілки та стопи все ще залишаються паретичними. Ці фактори вказують на потребу використання ортезів для ходи. Розгинання гомілки стабілізується чотириголовим м'язом стегна, тому ортез повинен бути не високий. У даному випадку рекомендовано використовувати ортез AFO (ankle – foot orthoses) який забезпечує тільки фіксацію стопи. Цей ортез є практичним тому, що він запобігає опаданню та спотиканню стопи під час коливальної фази ноги, і забезпечує розгинання стопи до 15 градусів. Хода, у даному випадку без участі м'язів задньої поверхні стегна та триголового м'язу гомілки, може викликати деформацію стопи. Внаслідок слабкості великого сідничного м'язу та м'язів задньої поверхні стегна може з'явитись “кляцання” у кульшовому суглобі та рекурвація у колінному суглобі.

Пацієнт з таким типом ходи може бути повністю незалежним не використовуючи палиці або милиці. Але довготривала хода без додаткових засобів пересування може прискорити виникнення деформації у хребті та суглобах нижніх кінцівок, тому рекомендовано використовувати пару милиць чи палиць при ході з метою профілактики. Мінімізація надмірних коливань тазу через правильну ходу, зменшує поперековий лордоз та рекурвацію у колінних суглобах (складна патологія опорно-рухового апарату, що характеризується надмірним розгинанням суглобів з їх деформацією. Таке зменшення деформуючої сили може попередити віддалений розвиток надмірного поперекового лордозу чи травматичного артриту коліна.

Спостереження показали, що пацієнти з таким пошкодженням є повністю незалежні у самообслуговуванні та ході. Їм важко піднятися з підлоги через слабкість великих сідничних м'язів та м'язів задньої поверхні стегна. Для завершення піднімання з підлоги пацієнта великих зусиль не прикладає, оскільки збережена іннервація чотириголового м'язу стегна. Піднімання з підлоги буде легшим якщо використати милиці, палиці або перила. Палиця, яка має підтримку на передпліччі має перевагу перед звичайною дерев'яною, оскільки дерев'яна палиця не забезпечує стабільність верхніх кінцівок. Використання візка може бути все ще зручним вдома та на роботі. Вибір роботи все ще є обмеженим. Пацієнти, зазвичай, не зможуть знаходитись у положенні стоячи довгий період часу, їм необхідно постійно змінювати положення або використовувати візок.

На думку фахівців, реабілітаційний прогноз при пошкодженні хребта та спинного мозку на грудному та поперековому рівні, є необхідним компонентом при складанні індивідуальної програми фізичної терапії та ерготерапії.

Ускладнення травм спинного мозку включають набряк легенів, дихальну недостатність, нейрогенний шок та параліч нижче місця пошкодження.

В довгостроковій перспективі втрата м'язової функції може мати додаткові наслідки, включаючи атрофію м'яза. Нерухомість може призвести до пролежнів, що вимагає запобіжних заходів, таких як додаткова подушка та повороти в ліжку

кожні дві години (у гострих умовах) для зняття тиску. В довгостроковій перспективі люди в інвалідних візках повинні періодично змінюватися для зменшення тиску на тканини. Іншим ускладненням є больові симптоми, такі як ноцицептивний біль (що вказує на потенційне або фактичне пошкодження тканин) та невропатичний біль, коли уражені нерви передають помилкові больові сигнали за відсутності шкідливих подразників. Спастичність, неконтрольоване напруження м'язів нижче рівня травми, виникає у 65–78 % в пізньому періоді. Це є наслідком браку гальмівної імпульсації з мозку, яка гасить реакцію м'язів на розтягуючі рефлексії. Це лікується фармакологічно та за допомогою лікувальної фізкультури. Спастичність збільшує ризик контрактур (механічного вкорочення м'язів, сухожил'я або зв'язок, які є наслідком недостатнього використання кінцівки); цю проблему можна запобігти, рухаючи кінцівками активно чи навіть пасивно в повному діапазоні руху кілька разів на день. Ще однією проблемою, яка може бути викликана недостатньою рухливістю, є остеопороз. Втрата щільності кісткової тканини, яка, як вважають, відбувається через погіршення помпової функції ослаблених або паралізованих м'язів, може збільшити ризик переломів. І навпаки, недостатньо зрозумілим явищем є переростання кісткової тканини в області м'яких тканин, що називається гетеротопічним окостенінням. Це відбувається нижче рівня травми, можливо внаслідок запалення, й трапляється в клінічно значущій мірі у 27 % людей.

Ерготерапія хворих із травматичними ушкодженнями хребта

Аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що на сьогоднішній день достатньо глибоко вивчені питання патоморфологічних змін при спинальній травмі; ґрунтовно висвітлюються питання патогенезу та клінічного перебігу цієї патології, діагностики та лікування травматичного ураження спинного мозку, а також сучасних методів хірургічного лікування. У вітчизняній науково-методичній літературі ґрунтовно висвітлені питання використання фізичних вправ з метою відновлення функціональних можливостей патетичних м'язів та

тренування фізичних якостей. Переважна більшість дослідників схиляються до думки, що найефективнішим засобом відновлення втрачених функцій паралізованих м'язів при спинномозковій травмі є вправи силової спрямованості. Доведено, що частково деінеровані м'язи хворого з наслідками травми хребта і спинного мозку реагують на виконання вправ з доланням опору, як м'язи здорової людини. Це проявляється у збільшенні м'язової маси і покращенні показників сили м'язів.

Проте недостатньо описано питання дозування навантажень та тривалість відпочинку під час силового тренування уражених м'язів, виконання дихальних вправ, пасивних рухів та інших рухових дій. Недостатньо висвітлені питання формування нових соціально-побутових навичок в осіб із хребетно-спинномозковою травмою.

Перед реабілітацією хворих з травмами хребта стоять наступні основні задачі:

- максимально зберегти і підтримувати функціональний стан всіх органів і систем травмованого організму;
- оптимізувати місцеві умови для повного анатомічного відновлення структури і форми, а також функції переламаних хребців;
- надати цілющу дію на психо-емоційну сферу;
- попередити можливий розвиток загальних і місцевих ускладнень;
- в максимально короткі терміни відновити рухову активність, стереотип рухового навантаження людини і її працездатність.

Важливою особливістю використання відновного лікування є застосування його з перших днів лікування, а не в порядку «долікування» після декількох місяців іммобілізації. ***Принцип раннього застосування терапевтичних вправ*** при лікуванні хворого дозволяє добитися відновлення анатомічної цілісності пошкодженої структури хребта і опорно-рухової функції з меншою витратою часу і сил.

Другий важливий принцип при призначенні терапевтичних вправ – це принцип відповідності сил і засобів і підбору вправ загальному стану хворого і перебігу процесів регенерації, що використовуються. Разом з тим, вважається недостатньо обґрунтованою стандартизація методики лікувальної гімнастики «за періодами» без вказівки локалізації дії, напрямку рухів, їх дозування, темпу, оскільки це заважає індивідуалізації в підборі фізичних вправ.

Таким чином, *третій важливий принцип* - це принцип індивідуального підходу до призначення лікувальної гімнастики конкретному хворому.

Наступним важливим принципом є виконання терапевтичних вправ без болю, який супроводжується напруженням м'язів, що призводить до зниження ефективності ерготерапії. Найбільш раціональним є багаторазове (3-4 рази) повторення протягом дня терапевтичних вправ. Кожна процедура повинна тривати не більше 15-20 хвилин.

Тест Ловетта - спеціальний тест на мануальне визначення сили м'язів пацієнта/клієнта. Широко використовується у практиці фізичного терапевта за допомогою мануальної методики тестування. Серед цих методик вигідно вирізняється тестування за Ловеттом. Воно використовується для проведення обстеження й у інших галузях (спеціалізаціях) фізичної терапії, таких як неврологія.

Методика полягає у наданні тілу людини такого положення, при якому з роботи максимально вилучені м'язи синергісти. Методика опублікована в 1932 році і на сучасному етапі є найпоширенішою методикою. Вона ґрунтується на ручній методиці, коли рух виконує один м'яз, який відповідає за цей рух.

За Ловеттом є такі сили м'язів:

- 0 = повна відсутність напруження м'язів;
- 1 = сліди напруження, тобто напруження без руху;
- 2 = виразне напруження м'язів і здатність виконати рух без допомоги ерготерапевта, без сили тяжіння;

- 3 = повна амплітуда руху проти сили тяжіння;
- 4 = повна амплітуда руху з середнім опором за всією амплітудою;
- 5 = повна амплітуда з максимальним опором.

Це також може бути виражене в процентах:

0 = 0%, 1= 10%, 2= 25%, 3= 50%, 4= 75%, 5= 100%.

Визначення сліду напруження м'яза першого ступеня є важким і можливим лише для м'язів, які розташовані поверхнево. Сліди такого напруження відчутно за допомогою пальпації в ділянці черевця м'яза, або в місці, де сухожилок м'яза проходить безпосередньо під шкірою. Другий ступінь сили м'яза підтверджується через підтримування частини тіла фізичним терапевтом.

М'яз третього ступеня здатний виконувати рух з масою частини тіла проти сили тяжіння за повною амплітудою руху. Дослідження сили м'язів повинно починатися відразу на третій ступінь. Якщо м'яз може виконати рух частиною тіла, то переходять до тестування 4 ступеня, якщо немає підтвердження сили 3-го ступеня, розпочинають тестування 2 чи 1-го ступеня.

Тест на силу четвертого ступеня означає таку силу, яка здатна виконати рух проти опору з боку фізичного терапевта. Опір робиться рукою, яку прикладають в дистальному місці до сегмента. Напрямок опору повинен бути перпендикулярним до площини руху досліджуваного м'яза.

У техніці тестування незамінними є такі частини:

- позиція пацієнта, що описана для всіх груп м'язів під час дослідження; застосовують переважно ізольовані позиції, наприклад, лежачи чи сидячи;
- стабілізація відділу тіла, в межах якого розміщений цей м'яз: частково задовольняє стабілізацію рівна поверхня, така, як стіл; також регламентовано під час дослідження деяких м'язів підтримування ближнього відділу суглоба рукою;

- власне виконання руху, тесту; важливою у цьому є амплітуда руху, активність, яку повинен виявити пацієнт, без співпраці з пацієнтом дослідження не дасть необхідного результату;
- застосування опору при дослідженні сили м'яза 4-го ступеня. Опір повинен застосовуватись відповідно до віку, статі та загального стану пацієнта.

Лабораторне заняття №15

Тема. Ергономіка для осіб з інвалідністю та літніх людей

Мета заняття: знати ергономічні дослідження і розробки та вміти їх використовувати в роботі ерготерапевта

Завдання:

1. Знати ергономічні дослідження і розробки.
2. Адаптація навколишнього середовища.

Короткий виклад теоретичного і практичного матеріалу

Ергономічні дослідження і розробки - невід'ємна частина реабілітації осіб з інвалідністю, яка, за визначенням експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, представляє процес, метою якого є профілактика інвалідності в період лікування захворювання і допомогу хворим у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку вони будуть здатні при тому чи іншому захворюванні.

Шведська інтерпретація даного визначення: «Інвалідність є найменування значних труднощів фізичного, психічного або соціального характеру в повсякденному житті в результаті погіршення функцій взаємодії з оточуючими умовами». Це співвідносне із середовищем проживання визначення означає, що інвалідність залежить від ситуації і що погіршення функцій може бути інвалідністю в одній ситуації, в той час як в іншій інвалідність може не мати місця. Іншими словами, фактори навколишнього середовища, наприклад

відсутність ліфта або обладнання ліфта, створюють ситуації, коли погіршення функцій перетворюється на інвалідність.

З-за різних функціональних порушень в організмі, викликаних вродженими чи набутими дефектами, перенесеними травмами і захворюваннями, а також віковими змінами (зниження рухливості суглобів, ослаблення зору, слуху, пам'яті і т. д.), особи з інвалідністю та літні люди часто не в змозі вільно орієнтуватися в навколишньому середовищі, сформованому без урахування їх специфічних особливостей, в тому що постійно створює для них труднощі різного характеру: виробничі, труднощі в користуванні міським транспортом, у використанні обладнання житла і т. д.

Облік специфічних особливостей цієї категорії населення - важливий фактор організації праці, планування міського середовища і житлового будівництва, а також розробки і виробництва промислових виробів. Реальне покращення стану літніх людей та осіб з інвалідністю відбувається тоді, коли покращення їхньої мобільності та побуту стають загальнонаціональною турботою. При цьому мова йде не тільки і не стільки про державу, скільки про роль і місце в цій справі різних вільних об'єднань громадян, які сьогодні називають «посередницькими структурами» або «проміжними спільнотами» між особами з інвалідністю та державними структурами.

Адаптація навколишнього середовища до можливостей і особливостей літніх людей та осіб з інвалідністю може бути дорогою, але якщо її необхідність визнається на ранній стадії проектування, то вартість значно знижується. У 1983 році шведський досвід планомірного обліку можливостей і особливостей осіб з інвалідністю у будівництві та модернізації будівель і споруд був узагальнений у виданні ООН «Конструювання з турботою. Довідник по пристосуванню існуючих будівель і нового будівництва до потреб інвалідів». Книга призначена насамперед для країн, що розвиваються, щоб вони у майбутньому розвитку будівництва змогли уникнути тих помилок, які мали місце в Швеції та інших промислово розвинених країнах.

Багато осіб з інвалідністю можуть добре виконувати свою роботу. Для того щоб вирішити, чи є фізичний недолік одночасно також непрацездатністю, необхідно знати, які обмеження він накладає на людину і які вимоги роботи, пропоновані з його наявністю. Англійські ергономісти описують випадок з касиром 48 років, який позбувся правої руки нижче ліктя в результаті автомобільної катастрофи, який видавав у фірмі зарплату. Роботодавці вирішили, що більше не можуть його використовувати па колишній роботі і запропонували йому на вибір або стати розсильним, або піти з роботи і отримувати невелику пенсію. І ніхто, навіть він сам, не піддав сумніву розумність цього рішення. І лише чотири місяці потому комусь прийшло в голову поставити просте запитання: чи не є він лівшею? Наділі так воно і виявилось і, отже, його інвалідність не заважала йому виконувати колишню роботу.

Все більша кількість фірм розуміють важливість використання праці осіб з інвалідністю, складають докладні переліки фізичних вимог, необхідних для виконання кожної роботи на їхньому підприємстві, проводять регулярні огляди і оцінюють здатності всіх співробітників незалежно від того, чи з інвалідністю вони чи ні. В результаті фірми розташовують більш точну та об'єктивну інформацію про робітників і роботу.

Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) представлена традиційна модель хвороби (етіологія, або причина хвороби, - патологія - прояви) і дана класифікація наслідків захворювання (порушення функції - інвалідність - фізичні та інші дефекти), на ліквідацію або зменшення впливу яких мають бути спрямовані зусилля реабілітації. Ці загальні положення, що визначають рівень реабілітації, потребують конкретизації в рамках окремих видів захворювань і на цій основі формулювання завдань ергономічних досліджень і розробок.

Пристаювання роботи, умов і знарядь праці для осіб з інвалідністю і літніх людей повинно ґрунтуватися на аналізі структури різних видів діяльності,

кваліфікації дефекту і оцінці ступеня втрати тих чи інших функцій у осіб, які потребують трудової реабілітації. Виявлення цілей діяльності, системи дій і реалізації операцій, що входять в структуру діяльності, дозволяє встановити ступінь «участі» втраченої функції (наприклад, руху, зору, слуху і т. д.) у виконанні конкретної операції. Кваліфікація дефекту полягає в отриманні цілісної характеристики зниження працездатності, обмеженні трудових можливостей, викликаних ослабленням або випаданням певних функцій, і виділенні збережених. Зіставлення результатів аналізу діяльності зі ступенем зниження тих чи інших функцій є підставою для висновків про принципову можливість трудової реабілітації осіб з інвалідністю та про вибір заходів щодо її здійснення в кожному конкретному випадку.

Не сприймаючи літніх людей як повноправних членів і втративши з виду особистість, суспільство часто фокусує свою увагу на групах людей. Щоб змінити ставлення суспільства, ми повинні звернути увагу на індивідуальні якості людини, його особисті потреби. Першим кроком на цьому шляху є повне розуміння процесу старіння, який неминуче торкнеться всіх.

Старіння - це результат біологічних і соціальних змін. Старіння не хвороба, яка може бути вилікувана, або інвалідність, яку можна полегшити протезуванням або використанням крісла-колісного. Старіння - це процес, який відрізняється посиленням хвороб, нездатності і фізичних обмежень.

Комплексом специфічних психофізіологічних особливостей характеризується зниження функціональних особливостей організму, викликане старістю. Зміна основних функцій організму до пенсійного віку носить явно виражений характер. Найбільш виражені зміни настають насамперед у зоровій системі, потім порушується легенева вентиляція, з'являються зміни в серцево-судинній системі, опорно-руховому апараті, порушується обмін речовин. Поряд із зазначеними змінами американські ергономісти звертають увагу на необхідність врахування при проектуванні об'єктів і довкілля для літніх людей таких особливостей їх поведінки:

- 1) обережність, демонстрована при обстеженні із застосуванням тестів;
- 2) неквапливість у прийнятті рішень;
- 3) прагнення подолати невпевненість;
- 4) обережність у прийнятті ризикованих рішень;
- 5) підвищена турбота про безпеку;
- 6) вибірковість у навчанні новим видам майстерності і при перепідготовці;
- 7) більш зважений погляд на майбутній розвиток технології та її освоєння;
- 8) велика стурбованість дефіцитом товарів і потреба в більш тонкому обліку можливостей і особливостей літніх людей при проектуванні промислових виробів і навколишнього середовища;
- 9) стратегія і тактика, спрямовані на досягнення вищезазначеного, включаючи і закупівлі.

Звертається також увага на те, що якщо якась конструкція пристосована до особливостей літніх людей, то часто і більш молоді люди можуть з більшою легкістю, точністю і надійністю виконувати роботу на цьому обладнанні, витрачаючи менше енергії, а іноді і швидше працюючи, особливо в випадках повторюваного завдання .

Зміни, пов'язані зі старінням у фізіологічних і когнітивних процесах, впливають на здатність літніх людей діяти. Проблеми дієздатності, з якими стикається ця категорія людей, стають все більш важливими у зв'язку зі змінами в демографічній структурі населення. Ергономічні розробки, в основі яких лежать аналіз людських можливостей і проектування, відповідне цим можливостям – це один з найкращих засобів вирішення проблем, що постають перед літніми людьми не тільки па роботі, але і вдома, в міському середовищі і сільській місцевості, на відпочинку.

Ергономісти займаються тим, що знаходять шляхи і способи включення даних про функціональні можливості літніх людей в проектування промислових

виробів, транспортних засобів, житлового середовища, коштів допомоги на відпочинку. Вони працюють в наступних напрямках:

- 1) проектування житлового, виробничого та рекреаційного середовища з метою мінімізувати небезпеки і оптимізувати функціональні здібності людей похилого віку в цих середовищах;
- 2) проектування користувацьких інтерфейсів, органів управління і засобів відображення інформації відповідно до можливостей і особливостей літніх людей;
- 3) вивчення зв'язку між старінням і виконанням роботи, особливо того, як вік впливає на специфічні види робіт і робочі функції;
- 4) вивчення старіння в зв'язку з водійськими вміннями і поведінкою пішохода і розробка стратегій, що дозволяють літнім людям зберігати ці вміння і успішно виконувати цей вид діяльності;
- 5) розробка та оцінка навчальних стратегій, які ефективні в навчанні літніх людей новим умінням (робота) або збереженні умінь (водіння автомобіля);
- 6) проектування дорожніх середовищ на автомагістралях, пристосованих для літніх водіїв;
- 7) вивчення взаємозв'язків між старінням, вправами і діяльністю.

Останнім часом розробляється все більше навчальних стратегій з метою навчання літніх людей навичкам роботи з комп'ютером. Житло для літніх людей набуває особливого значення, так як навколишнє середовище часто є складним і недобррозичливим. Самотність і незалежність стають важливими соціальними якостями, які проектувальник переводить в критерії проекту житла для літніх людей, а також житлових районів, клубів здоров'я, парків. Використовуючи слово «усамітнення» для характеристики площі або певного простору, а також описи достоїнств конкретного укладу життя, Дж. Д. Ходлунд нагадує: «Людині необхідні періоди часу, коли потрібно

побути одному, і періоди спілкування. Обидва ці дії - самота та спілкування - явища позитивні, але вони стають болючими і небажаними, коли вони нав'язуються людині у невідповідних формах і в невідповідне час».

У майбутньому, зазначає К. Дактуолд у виданій в 1990 р в США книзі «Вікова хвиля: труднощі і надії старіючої Америки», круглі дверні ручки і водопровідні крани будуть замінені довгастими, краще пристосованими для людей, які страждають на артрит. У душах і ванних з'являться вбудовані сидіння. Автомобілі обладнають дзеркалами більшого розміру і більш великими цифрами на індикаторах передній панелі. У громадських будівлях слизькі підлоги покриють килимами, а в кіно замість повної темряви буде розсіяне світло. З'являться нові види транспорту, наприклад невеликі маршрутні автобуси з широкими дверима, які приїжджають за викликом. Магазини пропонують нові шляхи вибору товару, щоб літнім клієнтам не доводилося довго блукати по проходах. Наприклад, потрібний продукт можна замовити на екрані телевізора, і він буде автоматично відправлений до каси.

Ергономісти багатьох країн проводять дослідження і знаходять спільно з дизайнерами та конструкторами оригінальні проектні рішення знарядь праці і пристосувань до них, організації робочих місць і поліпшення умов праці, що дозволяють істотно компенсувати або навіть повністю звільнити людину від обмежень, пов'язаних з тим чи іншим видом інвалідності.

Англійські ергономісти модифікували багато видів робіт з урахуванням тих обмежень, які притаманні діяльності інвалідів. Розробляються різні засоби пристосування машин до робітників із обмеженою рухливістю ніг. На англійській фабриці товарів для туристів працівник з паралізованими ногами приводить в дію швейну машину за допомогою спеціальної рукоятки, яка включається ліктем замість ножної педалі. На іншій фабриці робітник, який втратив обидві ноги, сидячи в інвалідному кріслі, виконує операції кріплення металевих деталей до полиць. Його робоче місце організовано таким чином, що

інструменти та деталі знаходяться в зоні досяжності, а полка закріплюється спеціальним затиском.

В одній голландській фірмі група дівчат з паралізованими ногами працює на невеликих пресах, які в звичайних умовах вимагають інтенсивного використання ніг. Було розроблено технічний засіб для керування пресом, розташоване воно в зручному для оперування однією рукою місці.

Незвичайний ергономічний підхід до проектування обладнання для робочих з обмеженою рухливістю рук продемонстрували в Норвегії. Одна фірма взяла на роботу групу дівчат, рухливість пальців у яких не була порушена, але їх вважали непридатними для роботи на друкарській машинці через обмеженої рухливості рук. У приміщенні зі стелі над кожним робочим місцем була підвішена система шківів, вантажів і противаг на стропах, щоб друкарки могли класти на них руки. Ці пристосування компенсували недостатність руху рук і управління ними. Завдяки цьому дівчата швидко навчилися друкувати і стали хорошими друкарками.

Аналогічним чином вчинили й на одній англійській фабриці. Для робітника з однією рукою на деревообробному верстаті немодифікованому зробили гумове пристосування на протезі, в якому вирізується паз у вигляді хвоста, що допомагає утримувати матеріал.

Часткова непрацездатність, пов'язана з втратою здатності нахилитися, піднімати або носити важкі вантажі, також є сферою ергономічних досліджень. На одному англійському заводі робочим, зайнятим на відрізних машинах в прокатному цеху, доводилося брати невеликі металеві пластини, проводити контроль поверхні і, нахилившись, класти їх в стопку на підлозі. Введення стрічкового конвеєра, піднесеного над підлогою, і декількох візків потрібної висоти дозволило їм працювати, не нагинаючись, майже весь час, що значно розширило діапазон діяльності для багатьох частково непрацездатних робітників.

Спеціальним засобом коригування різних дефектів зору є зміна освітлення і колірної гами на робочому місці: варіюються напрямки світлових потоків, контрастність робочих поверхонь і навколишнього виробничого середовища, яскравість світлових джерел, характер забарвлення приміщень і т. д.

За допомогою візуальної організації простору коректуються й інші дефекти:

- при підвищеному часі реакції рекомендується використовувати бічне світло для створення кращого контрасту;
- при зменшенні здатності до концентрації уваги на об'єкті для досягнення повного перцептивного комфорту доцільно співвідношення контрасту робочої поверхні і фону 3: 1;
- при різних вестибулярних порушеннях для запобігання монотонності використовуються більш яскраві кольори, а деякі форми контрастності, навпаки, зменшуються.

При розладах зорово-моторних координації неприпустимо використання засліплюючих джерел. Багато засобів коригування дефектів зору ґрунтуються на результатах досліджень офтальмоергономіки, що одержує усе більший розвиток. Проектування нових технічних засобів, що задовольняють вимогам особам з інвалідністю, обумовлює перебудову всього трудового процесу. Незмінними залишаються лише мета і результати діяльності, а процес їх досягнення проектується заново з урахуванням випалої функції. Відповідно цьому завданні проектуються нові дії та операції, технічні засоби, розробляються ергономічні вимоги до них.

Ергономічне рішення при проектуванні нової діяльності полягає в знаходженні оптимального варіанту перерозподілу функцій, які порушені внаслідок дефекту, при цьому порушені функції передаються здоровим органам або технічним засобам. Наприклад, ручне управління автомобілем для осіб з інвалідністю тягне за собою радикальну перебудову органів управління та їх компоновку.

Особливу трудність представляє проектування середовища для осіб з інвалідністю, що користуються кріслом-колісним. Для їх пересування потрібні:

- великий простір;
- розміщення органів управління, вимикачів та іншого обладнання на певній висоті;
- створення різних допоміжних пристроїв, меблів з відкритим внизу простором для ніг та інші особливі умови і пристосування.

Значна увага в дослідженнях і рекомендаціях приділяється проектування бажаних розмірів різних елементів будівель: підходів, пандусів, сходинок зовнішніх і внутрішніх сходів, поручнів, порогів, дверей, ручок, вікон, підлог, а також вибору фактури і колірних рішень покриттів і обробки з урахуванням вимог осіб з інвалідністю . У громадських будівлях, наприклад, рекомендується віддавати перевагу ковзаючим або зсувним дверям. Виключаються обертові двері, так як вони небезпечні для людей з інвалідністю.

Проектування для робочого місця швачки-мотористки з інвалідністю. З метою створення сприятливої психологічної атмосфери в обладнання вноситься мінімум змін в порівнянні з робочим місцем, яким користується здорова людина. Стіл консольної конструкції оснащений пристроєм, який допоможе включати або вимикати машину простим рухом ліктя, пультом для виклику майстра або медсестри, вкратними ємностями – контейнерами для зберігання і доставки заготовок та ін. Ступеневе планування робочого місця забезпечує тісний взаємозв'язок робітниць на конвеєрі в кріслах-колісних, а також осіб з інвалідністю з порушенням рухових функцій і сліпих.

Дверні ручки рекомендується робити овальної форми або важільного типу, зручні для людей з порушенням моторних функцій. На випадок втрати людиною з інвалідністю рівноваги на сходах рекомендується передбачати овальної або круглої форми перила двох рівнів по обидва її боки. Між поручнями і стіною

повинен залишатися простір не менше 4 см. Сходинок сходів повинні бути рівними, без виступів, з шорстким покриттям.

Багато досліджень, пов'язаних з вибором в житлових будівлях варіантів планувальних рішень кухні, ванної, санітарно-технічного вузла, кімнати, спальні, а також гаража, з визначенням оптимальних розмірів, конструкцій і принципів розміщення меблів та обладнання в зазначених функціональних зонах.

Проаналізувавши специфіку діяльності осіб з інвалідністю та літніх людей на кухні, англійські фахівці розробили класифікацію операцій за ступенем їх складності та можливу небезпеку для людини. Потім були розроблені вимоги до відповідних виробів і здійснено їх проектування. Чаша міксера забезпечена, наприклад, знімними присосками, що виключає її ковзання по столу. Запропоновано різноманітні конструкції ножів для чищення овочів і фруктів, що комплектуються штирями для наколювання плода або штативами для закріплення ножа, навколо якого повинен обертатися очищається плід. Ці нескладні пристосування дозволяють користуватися приладом однією рукою.

Одна англійська фірма на підставі обліку ергономічних даних створила настільну плиту, що представляє собою модернізацію серійної моделі. У ній застосовані нові рукоятки, виконані у вигляді хрестовини з поглибленням на одному плечі. Це поглиблення дозволяє на дотик контролювати положення рукоятки при перемиканні.

Проектування робочого місця для людей з інвалідністю: передбачалася можливість змінювати кут нахилу спинки і сидіння, піднімати сидіння за допомогою механічного приводу, дією важеля або пневматичного пристосування, на висоту, зручну для роботи за верстатом, столом, сидіння в положенні напівсидячи.

Шведські ергономісти спільно з дизайнерами та лікарями провели цикл досліджень з метою виявлення вимог до ручок і рукояток побутових інструментів, кухонного начиння, до санітарно-технічної арматури й інших

пристроїв, призначених для осіб з порушенням рухових функцій. На основі результатів досліджень були спроектовані: змішувач для душевої установки; кран, обладнаний ручками зручної форми для захоплення кістю руки для людей з порушенням рухових і хапальних функцій рук та інші побутові прилади.

Створення туалетної та ванної кімнат для людей з інвалідністю, що користуються кріслом-коляскою, пов'язане з найбільшими труднощами, оскільки в цьому випадку з особливою точністю потрібно вирішувати питання просторового планування, передбачати пристосування, що полегшують користування цими приміщеннями: допоміжні поручні (знімні і постійні), регульоване по висоті сидіння унітазу і т. п..

Відповідність простору і обладнання житла функціональним вимогам представляє необхідне створення повноцінного життєвого середовища для літніх людей та осіб з інвалідністю, так як є більш тонкі «невловимі» якості житла, які надають життю сенсу, мети і радості. Гнучкість і уява були втрачені в діючих житлових стандартах. Слід навчитися створювати оточення, яке підтримало б гідність людини і заохочувало невимушеність, легкість і продуктивність занять. Наша енергія повинна бути спрямована на повернення людям похилого віку та з інвалідністю повноти життя, радості, свободи.

Врахування вимог осіб з інвалідністю і літніх людей здійснюється при проектуванні та будівництві торгових і спортивних будівель, дитячих установ і лікарень, вокзалів і аеропортів. Обов'язковим стає облік вимог осіб з інвалідністю при проектуванні вуличного обладнання, спеціальних знаків і символів для полегшення орієнтації в міському середовищі, створенні громадських туалетів. Все більше ергономічних досліджень спрямовані на більш ефективне використання можливостей комп'ютеризації для полегшення побуту і праці осіб з інвалідністю.

Ергономісти, ерготерапевти, соціологи, психологи і педагоги вирішують цілий комплекс проблем при формуванні предметно-просторового середовища

для навчального процесу в спеціалізованих школах для дітей з інвалідністю, а також пристосування для цих цілей навчального середовища звичайних шкіл.

Велика кількість досліджень пов'язано зі створенням крісел-колісних для осіб з інвалідністю. Запропоноване однієї канадською фірмою крісло-колісне дозволяє реально розширити свободу пересування осіб з інвалідністю. Живлення від двох автомобільних акумуляторних батарей дозволяє користувачеві без сторонньої допомоги долати перешкоди висотою до 23 см (наприклад, бордюр тротуару тощо), а також переміщатися по поверхні з кутом нахилу до 25 градусів. Двоколісні шасі з кутом повороту 360 градусів, розташовані по обидві сторони крісла, забезпечують стійкість і можливість без зусиль переміщатися по траві, вибоїнах і пересіченій місцевості.

Цікавий транспортний засіб для осіб з інвалідністю, створений французькими фахівцями. Міський транспорт оснащується спеціальними підйомниками та майданчиками для входу і розміщення осіб з інвалідністю, що користується кріслом-колісним.

Особливе значення проблема нівелювання можливостей та особливостей осіб з інвалідністю та здорових людей за допомогою технічних засобів не тільки у функціональному, але й у психологічному відношенні набуває при проектуванні інвалідних крісел-колясок для дітей.

Оригінальні підходи до підвищення мобільності осіб з інвалідністю знайшли відображення у ряді виробів, що забезпечують їм можливість займатися спортом та активним відпочинком. Так, американський дизайнер П. Аксельсон у складі збірної країни завоював на створеній ним монолижі при обмеженій рухливості ніг, кілька медалей в 1986 р на чемпіонаті світу з гірськолижного спорту серед осіб з інвалідністю. Оригінальна система підвісок замінює колінний, гомілковостопний і стегновий суглоби. Маневрування здійснюється шляхом кантування основної лижі при одночасному балансуванні за допомогою двох міні лиж на алюмінієвих з'єднаннях.

Група англійських дизайнерів та інженерів розробила протез ноги з уніфікованих елементів: регульованого колінного шарніра, ступні і шини. Кожен компонент випускається в декількох розмірних варіантах. Збірка протеза здійснюється з урахуванням антропометричних даних і характеру діяльності осіб з інвалідністю. Індивідуально для кожної особи з інвалідністю за спеціально розробленою шкалою підбирається ступня потрібної форми.

Ергономіка і дизайн взаємно доповнюють один одного при проектуванні споживчих виробів з урахуванням вимог осіб з інвалідністю. На сторінках англійського журналу «Дизайн» обговорювалася проблема створення для осіб з інвалідністю і літніх людей умов для користування найпростішими виробами - чашкою, столовими приборами. Наприклад, скиборізка має легкий пилкоподібний ніж з ручкою, зручний для захоплення кистю і виключає згинання прогменевого суглоба при роботі. Дошка скиборізки забезпечена обмеженнями, які утримують ніж у робочому положенні, і рамкою, що дозволяє регулювати товщину відрізається скибки. Можна діяти правою і лівою рукою в положенні сидячи і стоячи.

Ергономісти беруть участь у дослідженнях і розробках роботів, які стануть помічниками осіб з інвалідністю. Так, в Каліфорнії (США) наукові співробітники Станфордського університету та медичного центру Адміністрації у справах ветеранів в Пало-Альто розробили проект настільного робота для осіб з інвалідністю з паралічем всіх кінцівок. Підкоряючись голосовим командам, маніпулятор невеликого робота може виконувати більше десятка різних операцій: підносити хворому чашку з супом, чистити йому зуби тощо.

У Пало-Альто вже випускається триколісний робот цього класу, який справляється і з іншими завданнями, наприклад відкриває і закриває двері, виймає кореспонденцію з поштової скриньки. «Ми не намагаємося передати роботам всі функції обслуговуючого персоналу, - говорить керівник проекту Майкл Ван дер Лоос, - наша мета - забезпечити особам з інвалідністю деяку самостійність».

Зробити ці вироби більш зручними для осіб з інвалідністю - це підвищити зручність їх використання і для інших груп споживачів. Адже не секрет, що кришки каструль часто такі важкі й незграбні, що їх важко утримати в руці і здоровій людині, а органи управління на звичайних побутових газових плитах нерідко розташовані так, що для їх включення треба низько нахилитися і відчувати ряд інших незручностей.

Кращі зразки виробів, створені ергономістами і дизайнерами для здорових людей - це ті, які задовольняють також вимоги літніх людей та осіб з інвалідністю. Так, австрійськими дизайнерами спроектовані штепсельні вилки, корпус яких має збільшену і зручнішу поверхню для захоплення пальцями. Щоб вийняти таку вилку з штепсельної розетки, потрібно лише одна четверта частина тих м'язових зусиль, які зазвичай витрачаються при виключенні стандартних приладів.

Ергономісти і дизайнери спільно з конструкторами домагаються того, щоб будь-який виріб, створений для осіб з інвалідністю, мав підвищену міцність і надійність. Незважаючи на малосерійне виробництво, ці вироби повинні бути дешевими і, отже, доступними для споживача, відрізнятися високими естетичними властивостями і мати органолептичний вигляд (а не пригнічувати) хвору людину. Разом з тим, їх зовнішній вигляд не повинен нагадувати про захворювання або дефекти, які має людина.

Наприклад, транспортний засіб для осіб з інвалідністю з порушеннями опорно-рухового апарату, яким без сторонньої допомоги можна в'їхати на інвалідному кріслі і, закріпившись на ньому, включити силову установку. До всіх органів управління є вільний доступ та для операцій з технічного обслуговування. Завдяки широким колесам транспортний засіб легко пересувається по піску і по похилій поверхні (до 45 °). Всі колеса - ведучі (фірма «Акіта», Фронц). Найбільша проблема таких засобів для переміщення - вартість виробу, яка не по кишені більшості людей, які мають в ньому потребу.

Участь ергономістів в проектуванні ЕОМ з розрахунком на доступність їх особам з інвалідністю - ще один напрямок досліджень і розробок, який розвивається. Сьогодні вже неможливо, наприклад, дублювати величезну бібліотеку програм, щоб пристосувати її до потреб осіб з інвалідністю, які страждають різноманітними фізичними вадами. Дослідницьким центром по доступності комп'ютерів для осіб з інвалідністю Вісконсінського штатного університету розроблені спеціальні пристрої - імітатори клавіатур, за допомогою яких особа з інвалідністю може застосовувати прикладні програми, розроблені для загального користування. Працюючи на комп'ютері, людина з паралізованими руками спрямовує рухом голови оптичний покажчик на імітатор клавіатури «Мінспік». Приймавши команду, комп'ютер подає звуковий сигнал. Директор дослідницького центру м. Вандерхай-ден порівнює імітатор клавіатури з пологими з'їздами, які зараз повсюдно врізають для осіб з інвалідністю в кромку тротуарів. «Якби їх відразу запроєктували, то тепер не довелось б цим займатися. Тому, прокладаючи інформаційні магістралі, не слід забувати про технічні «тротуарні з'їзди », які необхідно зробити для деяких з нас».

Для сліпих створені розмовляючі комп'ютери, запрограмовані на шрифт Брайля з відповідною клавіатурою. Комп'ютер трансформується в супертелефон, який з голосу тут же віддруковує повідомлення глухим, а для німих, які набрали фразу на клавіатурі, відтворює її синтезованим голосом. На думку більшості фахівців, ці та інші дослідження і розробки, зазначає Д. Саддлер, повинні бути форсованими, щоб особи з інвалідністю змогли стати повноцінними членами суспільства нової комп'ютеризованої ери.

РОЗДІЛ 3

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ

1. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного харчування.
2. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного справляння побутових потреб.
3. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного користування ванною кімнатою.
4. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного користування кухнею.
5. Загальні положення вербального та невербального спілкування з пацієнтом.
6. Догляд за хворими з порушеннями та травмами опорно-рухового апарату, травмою спинного мозку
7. Оцінювання помешкання пацієнта, який потребує допомоги ерготерапевта.
8. Соціалізація пацієнта, який має моторні та конгїтивні порушення.
9. Ергодіагностика (повернення до праці).

РОЗДІЛ 4

ПОЛІТИКА ОЦІНЮВАННЯ

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

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

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

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

Оцінювання здобувачів освіти здійснюється відповідно до Положення про поточне та підсумкове оцінювання знань здобувачів освіти Волинського

національного університету імені Лесі Українки
https://vnu.edu.ua/sites/default/files/2022-07/Polozh_pro_otzin_ped%2BМЕД.pdf

В освітньому процесі застосовується дві шкали оцінювання: багатобальна (200-бальна) шкала та 4-бальна шкала. Результати конвертуються із однієї шкали в іншу згідно із нижче наведеними правилами. Освітній компонент «Основи ерготерапії» вивчають здобувачі протягом 3 семестру та складають іспит (максимальна кількість балів за поточну навчальну діяльність – 120 балів, на іспиті – 80 балів. Підсумковий бал формується як сума цих балів $120+80=200$ балів).

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

Максимальна кількість балів, яку може набрати здобувач за поточну навчальну діяльність за семестр для допуску до екзамену становить 120 балів. Мінімальна кількість балів, яку повинен набрати здобувач освіти за поточну навчальну діяльність за семестр для допуску до екзамену становить 72 бали.

Розрахунок кількості балів проводиться на підставі отриманих здобувачем освіти оцінок за 4-бальною шкалою під час вивчення освітнього компонента впродовж семестру, шляхом обчислення середнього арифметичного, округленого до двох знаків після коми. Отримана величина конвертується у бали за 200-бальною шкалою відповідно до таблиці 2.

Таблиця 2

Перерахунок середньої оцінки за поточну діяльність у багатобальну шкалу для дисциплін, що завершуються екзаменом (диференційованим заліком)

4-бальна шкала	200-бальна шкала						
5	120	4.45	107	3.91	94	3.37	81
4.95	119	4.41	106	3.87	93	3.33	80
4.91	118	4.37	105	3.83	92	3.29	79
4.87	117	4.33	104	3.79	91	3.25	78
4.83	116	4.29	103	3.74	90	3.2	77
4.79	115	4.25	102	3.7	89	3.16	76
4.75	114	4.2	101	3.66	88	3.12	75
4.7	113	4.16	100	3.62	87	3.08	74
4.66	112	4.12	99	3.58	86	3.04	73
4.62	111	4.08	98	3.54	85	3	72
4.58	110	4.04	97	3.49	84	Менше 3	Недостатньо
4.54	109	3.99	96	3.45	83		
4.5	108	3.95	95	3.41	82		

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

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

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

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

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

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

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

У випадку невиконання та не відпрацювання лабораторних робіт здобувач 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 іспиту, студент може перездати його двічі.

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

РОЗДІЛ 5. ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ

Формою підсумкового контролю є екзамен.

На екзамен виносяться усі програмні питання освітнього компонента, які здобувачі вивчали протягом семестру. Екзаменаційна оцінка визначається в балах за результатами виконання екзаменаційних завдань за шкалою від 0 до 80 балів.

Остаточна екзаменаційна оцінка складається з двох частин: 1) екзаменаційного тестування та 2) практичної і теоретичної частини. Екзаменаційне тестування оцінюється від 0 до 20 балів, проводиться двічі за процедурою ліцензійного іспиту КРОК, який проводиться у Центрі інформаційних технологій та комп'ютерного тестування університету. З двох тестувань буде врахований кращий результат. При отриманні позитивної оцінки на першому тестуванні (більше 60,5% правильних відповідей) здобувач має право не проходити друге тестування. Результати від 60,5% до 100% правильних відповідей конвертуються у бали від 12 до 20 наступним чином:

60,5-62%	12 балів	71-75%	15 балів	86-90%	18 балів
63-65%	13 балів	76-80%	16 балів	91-95%	19 балів
66-70%	14 балів	81-85%	17 балів	95- 100%	20 балів

Отримані бали додаються до екзаменаційної оцінки (яка включає теоретичну і практичну частину та оцінюється від 0 до 60 балів) та формують остаточну екзаменаційну оцінку на екзамені.

На екзамен виносяться усі основні питання, завдання, що потребують творчої відповіді та уміння синтезувати отримані знання і застосовувати їх під час розв'язання завдань.

Підсумкова оцінка з освітнього компонента визначається як сума поточної оцінки (максимум – 120 балів) та екзаменаційної оцінки (максимум – 80 балів) і становить 200 балів.

У випадку, якщо здобувач набрав підсумковий бал менший, ніж 122 бали, він складає екзамен під час ліквідації академічної заборгованості. У цьому випадку бали, набрані під час поточного оцінювання, зберігаються, а здобувач при перескладанні екзамену може набрати максимум 80 балів. Підсумковий бал при цьому формується шляхом додавання поточних балів та екзаменаційного балу і становить максимум 200 балів.

Повторне складання екзамену допускається не більше як два рази: один раз – викладачеві, другий – комісії, яку створює декан факультету.

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

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ

Оцінка в балах	Лінгвістична оцінка	Оцінка за шкалою ECTS	
		оцінка	пояснення
170–200	Відмінно	A	відмінне виконання
150–169	Дуже добре	B	вище середнього рівня
140–149	Добре	C	загалом хороша робота
130–139	Задовільно	D	непогано
122–129	Достатньо	E	виконання відповідає мінімальним критеріям
1–121	Незадовільно	Fx	необхідне перескладання

РОЗДІЛ 6.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ

1. Законодавство про реабілітацію й ерготерапію.
2. Ерготерапевтичний процес.
3. Роль ерготерапії в реабілітаційному процесі. Мета, завдання, принципи, методи.
4. Функціональне оцінювання та обстеження ерготерапевта.
5. Анамнез (розмова).
6. Спостереження.
7. Стандартизовані тести, методи й інструменти.
8. Ерготерапевтичне оцінювання та функціональне обстеження функціональних пошкоджень різного типу (порушення функції).
9. Оцінювання пацієнта з точки зору біомеханічного підходу.
10. Ерготерапевтичне оцінювання функціонального стану неврологічних хворих.
11. Оцінювання великої моторики.
12. Оцінювання дрібної моторики.
13. Оцінювання хапання.
14. Порушення хапання.
15. Оцінювання дрібної моторики за допомогою стандартизованих тестів.
16. Методики розвитку дрібної моторики.
17. Форма для запису результатів обстежень та ерготерапевтичне обстеження.
18. Визначення ерготерапевтичних завдань і планів, втручання.
19. Ерготерапевтичне втручання для пацієнтів з різними типами функціональних порушень.
20. Дитяча ерготерапія.

21. Адаптація технологій в дитячій ерготерапії.
22. Ерготерапія осіб похилого та старечого віку.
23. Тести для ерготерапевтичного оцінювання літніх людей.
24. Принципи модифікації житлового середовища для літніх людей.
25. Ерготерапія пацієнтів з руховими порушеннями.
26. Методичні основи арт-терапії.
27. Нейророзвиваючі підходи.
28. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного харчування.
29. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного справляння побутових потреб.
30. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного користування ванною кімнатою.
31. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного користування кухнею.
32. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного одягання/роздягання.
33. Загальні положення вербального та невербального спілкування з пацієнтом.
34. Догляд за хворими з порушеннями та травмами опорно-рухового апарату.
35. Догляд за хворими з порушеннями та травмою спинного мозку.
36. Догляд за хворими з неврологічними розладами.
37. Оцінювання помешкання. Ергодіагностика (повернення до праці).
38. Біомеханічний підхід.
39. Ерготерапевтичне втручання для хворих з порушенням функції верхньої кінцівки – здатності хапати.
40. Ерготерапевтичне втручання для пацієнтів з порушенням чутливості.
41. Біомеханічний підхід для пацієнтів з ревматичними захворюваннями.

42. Ерготерапевтичні моделі й підходи, що використовуються для пацієнтів з психосоціальними розладами.
43. Поведінкові теоретичні межі.
44. Когнітивно-поведінкові теоретичні межі.
45. Психоаналітичні теоретичні межі.
46. Гуманістичні теоретичні межі.
47. Інші моделі та підходи, що використовуються в ерготерапії для пацієнтів із психосоціальними розладами.
48. Модель Заняттєвої Активності Людини – Model of Human Occupation (МОНО).
49. Канадське оцінювання виконання заняттєвої активності – Canadian Occupational Performance Measure (COPM).
50. Універсальні тести, що застосовуються в ерготерапії для оцінки діяльності клієнта.
51. Опитувальник «Активності у повсякденному житті».
52. Індекс активностей повсякденного життя Катца.
53. Індекс незалежності в повсякденній життєдіяльності Бартел.
54. Можливості ерготерапевтичного втручання для людей із психосоціальними розладами.
55. Теоретичні основи відновлення рухових функцій при інсульті.
56. Робота з сім'єю та основи сімейної терапії з точки зору ерготерапевта.
57. Тренінги активності у повсякденному житті.
58. Дзеркальна терапія.
59. Ерготерапевтичні методи, що використовуються для пацієнтів з порушенням когнітивних функцій.
60. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням зорового

сприйняття.

61. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовують для пацієнтів з порушенням зорового розпізнавання предметів й обличчя.
62. Ерготерапевтичні моделі й підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням зору.
63. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з апраксією.
64. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням уваги, синдромом неглекту.
65. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням пам'яті.
66. Організаційні аспекти і базисні принципи ерготерапії при ЦП.
67. Ерготерапевтична оцінка дітей з ЦП.
68. Базисні положення ерготерапевтичного втручання при ЦП.
69. Розвиваюча стратегія ерготерапевтичного втручання при ЦП.
70. Самообслуговування дітей з ЦП.
71. Адаптація оточуючого середовища та використання допоміжних пристосувань при ЦП.
72. Комунікаційні технології.
73. Ерготерапія у громаді.
74. Оцінювання помешкання.
75. Процедура ергодіагностики.
76. Ерготерапевтична оцінка людей похилого віку.
77. Ерготерапевтичний тест «Міра функціональної незалежності».

78. Шкала оцінки рухової активності для пацієнтів похилого віку.
79. Багатокомпонентні порядкові шкали в ерготерапії людей похилого віку.
80. Реалізація компенсаторної стратегії ерготерапії людей похилого віку.
81. Активний відпочинок.
82. Організація дозвілля і відпочинку людей похилого віку.
83. Науково-доказова практика в ерготерапії.
84. Особливості ерготерапії в соціальних установах.
85. Етичні особливості ерготерапії осіб похилого віку.
86. Адаптація оточуючого середовища та використання допоміжних пристосувань.
87. Роль ергономіки в ерготерапії.
88. Основні стратегії ерготерапевтичного втручання. Визначення цілей та завдань ерготерапії.
89. Переваги мультидисциплінарного принципу в ерготерапії.
90. Соціально-ерготерапевтичні пристосування та їх індивідуальний підбір.

ВИСНОВКИ

Ерготерапія пропонує унікальний міждисциплінарний реабілітаційний підхід, який поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації та компенсації (адаптації). Реабілітація має на меті відновлення функцій організму, які були втрачені внаслідок хвороби або травми. Наприклад, ерготерапевти працюють над відновленням великої та дрібної моторики після ортопедичної травми для відновлення функцій опорно-рухового апарату. Так, людина із множинними переломами кісток верхньої кінцівки та ураженнями нервів звертається із направленням лікаря до ерготерапевта. Ерготерапевт підбирає індивідуальну програму фізичних вправ для ураженої кінцівки, навчає пацієнта, як правильно контролювати набряк, за необхідності виготовляє ортези і складає реабілітаційну програму заняттями для відновлення втрачених функцій. У прикладі із ранковим ритуалом, завдяки ерготерапевту людина відновлює можливість користуватися мобільним телефоном, відкривати кран у ванній кімнаті, самостійно застібнути гудзики на одязі та ін.

Абілітація спрямована на здобуття нових навичок та вмій для виконання завдань у повсякденному житті. Наприклад, дитина із вродженою патологією розвитку за допомогою ерготерапевта вчиться інтегрувати примітивні рефлекси для того, щоб самостійно підвестися із ліжка вранці, а дитині із аутизмом ерготерапевт допомагає навчитися послідовності виконання дій ранкового ритуалу. Із фізичної точки зору, ерготерапевт допомагає дитині розвивати опорно-рухову, когнітивну та сенсорну систему організму для того, щоб наприклад самостійно ходити в туалет.

Компенсація або адаптація є невід'ємною та творчою частиною ерготерапії, яка дає можливість людям брати участь у повсякденному житті, незважаючи на обмежені можливості свого організму. За відсутності необхідної функції організму, людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій. Прикладом адаптації людини із інвалідністю може бути

використання протезів людьми із ампутаціями, комп'ютерних систем людьми із паралізом усіх кінцівок, створення адаптованих столових приборів для самостійного харчування, використання альтернативного методу одягання сорочки, або навіть пристосування ванної кімнати по потреб людини, яка користується інвалідним візком.

Для мільйонів людей із різними вродженими або набутими патологіями та інвалідностями самостійне виконання елементарних домашніх та побутових справ є просто мрією. На допомогу таким людям в усьому світі приходять ерготерапевти. Таким чином, при різних патологіях ерготерапія допомагає людям у повноцінній життєдіяльності – тобто в усьому, чим ми займаємося від першої хвилини, як прокидаємося зранку, до того моменту, коли засинаємо вночі.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ

Основна література

1. Грейда Н.Б. Основи ерготерапії та функціональне тренування: конспект лекцій. Луцьк, 2022. 50 с.
2. Майкова Т.В. Ерготерапія: підручник/ Т.В. Майкова, С.М. Афанасьєв, О.С.Афанасьєва. Дніпро: Журфонд, 2019. – 374 с.
3. Швесткова О. Ерготерапія: підручник / О. Швесткова, С. Катержина. – Київ: Чеський центр у Києві, 2019. – 280 с.

Додаткова література

1. Андрійчук О., Ульяницька Н., Грейда Н., Струбіцька Н. Пацієнтцентричність фізичної терапії під час спортивно-реабілітаційних зборів. *Физическое воспитание, спорт и культура здоровья в современном обществе*. 2 (54). С.112-119.
2. Андрійчук О., Ульяницька Н., Сітовський А., Грейда Н. Як не пропустити фізичному терапевту депресію у пацієнта? *Physical culture and sport: scientific perspective*. № 1. 2022. С.15-19. DOI: <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.1>
3. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію: навч. посібник / А. С. Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. – 186 с.
4. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., Ульяницька Н.Я., Сітовський А.М., Лавринюк В.Є. Реабілітація пацієнтів з травматичними ушкодженнями шийного відділу хребта середнього ступеня. *Rehabilitation and Recreation*. № 14. 2023. С.19-26. DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.2>.
5. Грейда Н. Реабілітація осіб з обмеженими можливостями засобами ерготерапії: *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, (м.Полтава, 8 вересня 2022 р.). Полтава, 2022. С. 15-17.
6. Грейда Н.Б. організаційно-методичні основи професійної діяльності фахівців ерготерапевтів. *Сучасні аспекти фізичної терапії та ерготерапії*:

- досягнення, проблеми, шляхи вирішення: матеріали III Науково-практичної онлайн-конференції з міжнародною участю, м. Запоріжжя, 20-21 жовтня 2022 р. Запоріжжя: НУ «Запорізька політехніка», 2022. С. 28-31.
7. Грейда Н.Б. Дзеркальна терапія як метод реабілітації пацієнтів після інсульту. *Наукові орієнтири: теорія та практика досліджень*: матеріали I Міжнародної наукової конференції, м. Харків, 14 квітня, 2023 р. Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023. С.138-139.
 8. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., Ульяницька Н.Я., Лавринюк В.Є. Основні засоби фізичної терапії в постінсультний період в умовах військового стану. *Полтавські дні громадського здоров'я*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Полтава, 27 травня 2022 р. Полтава, 2022. С.68.
 9. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я. Гідротерапія в практичній діяльності фізичного терапевта та ерготерапевта: методичні рекомендації. Луцьк, 2021. 47 с.
 10. Грейда Н.Б. Основи занятійної науки або окупаційної терапії / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, В.Є.Лавринюк // Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти : матеріали VI наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 9 грудня 2020 р.) / ред. В. В. Чижик. – Луцьк: ЛІРоЛ, 2020. – С. 52-53.
 11. Грейда Н.Б. Професійна діяльність ерготерапевта з дітьми з особливими потребами / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, В.Є.Лавринюк // *Tendenze attuali della moderna ricerca scientifica : der Sammlung wissenschaftlicher Arbeiten «ΛΟΓΟΣ» zu den Materialien der internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz* (B. 3), 5. Juni, 2020. Stuttgart, Deutschland, 2020. S. 57–59.
 12. Грейда Н.Б. Ерготерапія як метод реабілітації неповносправних дітей / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, Т.Є.Цюпак, В.Є.Лавринюк // Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти: матеріали V наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 3 грудня 2019 р.) / ред. В. В. Чижик. – Луцьк: ЛІРоЛ, 2019. – С. 42-43.

- 13.Грейда Н.Б. Зміст діяльності фахівців фізичної терапії й ерготерапії у комплексному наданні медичних послуг / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, В.Є.Лавринюк // Фізична культура і спорт: досвід та перспективи: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 4-5 квітня 2019 р.) / за ред. Я. Б. Зоря. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2019. – С. 78-80.
- 14.Колишкін О. В. Теоретико-практичні основи адаптивної фізичної культури: навч. посіб.
/ О. В. Колишкін. - Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2020. - 424 с.
- 15.Кондзерська В.І., Грейда Н.Б. Сенсорна інтеграція дітей засобами ерготерапії. Актуальні проблеми розвитку природничих та гуманітарних наук : матеріали IV Міжнар. наук.практ. конф., м.Луцьк, 11 листопада 2021 р. - Луцьк, 2021. С.514-516.
- 16.Лавринюк В.Є., Пикалюк В.С., Грейда Н.Б., Лавринюк В.В. Патологія аорти та фізична активність. *Молодий вчений*. №1 (101). 2022. С.51-57.
- 17.Лянной Ю. О. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. ; ред. Ю. О. Лянной. Суми : Вид-во Сум. ДПУ ім. А.С.Макаренка, 2020. 368 с.
- 18.Муніпов В.М., Зінченко В. П. Ергономіка: людиноорієнтованого проектування техніки, програмних засобів і середовища, 2001.
- 19.Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підруч. для студентів I рівня вищ. освіти: галузь знань 22 "Охорона здоров'я", спец. 227 "Фізична терапія, ерготерапія" / за заг. ред.: Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. - Тернопіль : ТДМУ "Укрмедкнига", 2020. - 372 с.
- 20.Порада А.М. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль: підручник / А.М.Порада, О.В.Порада. — К.: ВСВ “Медицина”, 2011. — 296 с.
- 21.Потреби інвалідів в заходах медико-соціальної реабілітації [Текст] : посібник / [В. І. Шевчук [та ін.]] ; Н.-д. ін-т реабілітації інвалідів Вінниц. нац. мед. ун-ту ім. М. І. Пирогова. - Вінниця : Рогальська, 2014. - 391 с.

22. Уляницька Н., Андрійчук О., Грейда Н., Кириченко І. Застосування клінічних інструментів у практиці фізичного терапевта під час обстеження пацієнтів з черепно-мозковою травмою. *Фізична активність і якість життя людини*: зб. тез доп. VI Міжнар. наук.-практ. Інтернетконф. (23 черв. 2022 р.) / уклад.: А. В. Цьось, С. Я. Індика. – Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2022. – 105-106 с.
23. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина: підруч. для студентів і лікарів. Т. 1 / за заг. ред.: В. М. Сокрута. - Краматорськ : Каштан, 2019. - 480 с.
24. Шевцов А.Г. Кваліфікаційна характеристика окупаційного терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи / А.Г.Шевцов // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): зб.наук.пр. / Нац.пед.ун-т ім. М.П.Драгоманова. - Кам'янець-Подільський: Медобори, 2016. – Вип.7. – Т.2. – С.409-424.
25. Яримбаш К. С. Фізична реабілітація осіб з особливими потребами: підручник / К.С.Яримбаш, О.Є.Дорофєєва, О.С.Афанасьєва. - Дніпро : Журфонд, 2020. - 215 с.
26. Andriychuk O., Graida N., Ulianytska N., Usova O., Andriichuk B. Priority of motives for physical therapy among participants of military operations in Eastern Ukraine. *Physiotherapy Quarterly*. 2021. 29(4). P.14-17. doi:10.5114/pq.2021.105747. <https://www.termedia.pl/Priority-of-motives-for-physical-therapy-among-participants-of-military-operations-in-Eastern-Ukraine,128,43946,1,1.html>.
27. Andriychuk O., Hreida N., Ulianytska N., Zadvorniy B., Andriychuk B. Dynamics of indicators of active and passive flexibility during the annual cycle of stretching classes. *Journal of physical education and sport (JPES)*. 2021. Vol 21 (Suppl. Issue 2). Art 141. pp 1118-1123.
28. Bases of physical rehabilitation in medicine / A. V. Mahlovanyu [et al.]. - Lviv : [s. n.], 2019. - P.70.

- 29.Hreida N. Therapeutic exercises for the development of coordination for patients with diseases and after injuries of the nervous system. *Potrzeby i standardy współczesnej rehabilitacji: XV Jubileuszowe międzynarodowe dni rehabilitacji Rzeszów, 16–17 lutego 2023 r.* Rzeszów, 2023. P.124-125.
- 30.Graida N., Andrijchuk O., Ulianytska N., Lavryniuk V. Corrective exercises as an effective means of physical therapy. *Potrzeby i standardy współczesnej rehabilitacji: XIV Międzynarodowe dni rehabilitacji, Rzeszów. 24–25 lutego 2022 r.* Rzeszów, 2022. P.94-96.
- 31.Pardue M. T. Potential Role of Exercise in Retinal Health / M. T. Pardue, M. Chrenek, R. Schmidt [et al.] // *Progress in molecular biology and translational science.* – 2015. – № 134. - P. 491–502.

Інтернет-ресурси

1. Репозитарій спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" – <http://194.44.187.60/moodle/course/view.php?id=799>
2. Глосарій спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" – <http://194.44.187.60/moodle/course/view.php?id=801>
3. Українська Асоціація фізичної терапії – <https://physrehab.org.ua/uk/home/>
4. http://rodyna.at.ua/publ/psikhokorrekcija_okkupacionnaja_terapija
5. Систематичні огляди, рандомізовані контрольовані дослідження, що стосуються втручання у ерготерапії – [OTseeker](http://otseeker.com/).
6. <https://lib.nuph.edu.ua/3d-flip-book/ergoterapija/>
7. <https://www.umj.com.ua/article/90478/ishemichnij-insult-medichna-reabilitaciya>
8. <https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/25976/>
9. <https://www.youtube.com/watch?v=rtnlxdcIzGw>
10. <https://vseosvita.ua/library/kniga-krok-do-uspihu-mistit-dobirku-korekcijnih-vprav-dla-roboti-z-ditmi-hvorimi-na-dcp-aki-varto-vikoristovuvati-pid-cas-provedenna-urokiv-126992.html>

Навчально-методичний посібник

Грейда Наталія Богданівна

Основи ерготерапії
«Основи ерготерапії», третій курс

Видання друкується в авторській
редакції