

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ОСНОВИ ЕРГОТЕРАПІЇ

**Навчальний посібник
для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра
спеціальності «Терапія та реабілітація»
освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія»**

Затверджено
вченою радою ЗНУ
протокол № від

**Запоріжжя
2024**

УДК 615.8 (075.8)
П473

Позмогова Н.В., Богдановська Н.В., Бойченко К.Ю. Основи ерготерапії : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності «Терапія та реабілітація» освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія». Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. 132 с.

У навчальному посібнику в систематизованому вигляді подано програмний матеріал дисципліни «Основи ерготерапії» відповідно до робочої програми. Розглянуто питання застосування професійних знань та навичок із сфери ерготерапії у пацієнтів з обмеженими можливостями для поліпшення їх фізичного, психічного, соціального стану здоров'я та забезпечення якості життя. Окреслено основні напрями діяльності ерготерапевта, детально описано основні етапи ерготерапевтичного втручання, розглянуто основні методики оцінки функціонального стану та обмеження життєдіяльності. Значну увагу приділено обґрунтуванню 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.

Теоретичний матеріал дисципліни унаочнено ілюстраціями, рисунками, схемами, таблицями. До кожної теми запропоновано питання для самоперевірки, тести і ситуаційні задачі.

Видання призначене для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія».

Рецензент

І.М. Григус, д-р. мед. наук, професор, директор навчально-наукового інституту охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування

Відповідальний за випуск

Н.В. Богдановська, д-р біол. наук, проф., завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
Тема 1 Організація реабілітаційної допомоги в Україні.....	7
1.1 Характеристика ерготерапії як галузі професійної діяльності.....	7
1.2 Історія виникнення і розвитку ерготерапії.....	8
1.3 Напрями діяльності та кваліфікаційна характеристика ерготерапевта.....	10
1.4 Теоретична основа і моделі в реабілітації.....	12
1.5 Етичний кодекс ерготерапевта.....	15
<i>Питання для самоперевірки.....</i>	16
<i>Тести.....</i>	16
<i>Ситуаційні задачі.....</i>	17
Тема 2 Особливості ерготерапії як методу відновлення рухових, когнітивних емоційних та психічних можливостей людини.....	18
2.1 Активність у повсякденному житті.....	18
2.2 Етапи ерготерапевтичного втручання.....	23
2.3. Оцінювання в ерготерапії.....	25
2.4 Канадська модель оцінки діяльності.....	29
2.5 Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в ерготерапії.....	31
2.6 Постановка цілей втручання ерготерапевта.....	35
<i>Питання для самоперевірки.....</i>	37
<i>Тести.....</i>	37
<i>Ситуаційні задачі.....</i>	39
Тема 3 Засоби ерготерапевтичного впливу при порушенні функції.....	40
3.1 Засоби та методи ерготерапевтичного втручання.....	40
3.2 Використання підготовчих методів і засобів.....	41
3.3 Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття з метою відновлення або розвитку функцій організму.....	47
3.4 Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття з метою розвитку виконавчих умінь та навичок.....	71
<i>Питання для самоперевірки.....</i>	73
<i>Тести.....</i>	73
<i>Ситуаційні задачі.....</i>	73
Тема 4 Терапевтичне використання заняттєвої активності.....	75
4.1 Тренінг активностей повсякденного життя (ADLs).....	77
4.2 Продуктивна діяльність (робота, гра у дітей).....	81
4.3 Відпочинок та дозвілля.....	85
<i>Питання для самоперевірки.....</i>	87
<i>Тести.....</i>	87
<i>Ситуаційні задачі.....</i>	88
Тема 5. Підбір та призначення технічних засобів реабілітації.....	90
5.1 Позиціонування та правила безпечного переміщення.....	90

5.2 Допоміжні засоби пересування. Ходунки, милиці.....	93
5.3 Протезування.....	95
5.4 Принципи вибору колісного крісла для особи з інвалідністю.....	97
<i>Питання для самоперевірки.....</i>	109
<i>Тести.....</i>	109
<i>Ситуаційні задачі.....</i>	110
Тема 6 Оцінка та адаптація оточуючого середовища.....	111
6.1 Принципи універсального дизайну.....	111
6.2 Побутова адаптація особи з обмеженими можливостями до середовища існування.....	113
6.3 Принципи та методи формування доступного громадського Простору.....	115
<i>Питання для самоперевірки.....</i>	123
<i>Тести.....</i>	122
<i>Ситуаційні задачі.....</i>	123
Глосарій.....	126
Література.....	129

ВСТУП

Суспільство в умовах інтенсифікації ритму життя та викликів сьогодення пред'являє високі вимоги до професійної підготовки фахівців з ерготерапії. Будучи включеною в комплексну реабілітаційну програму мультидисциплінарної команди, ерготерапія робить значний внесок у отриманий результат і має чітку соціальну спрямованість.

Згідно з освітньо-професійною програмою «Фізична терапія, ерготерапія» першого бакалаврського рівня вищої освіти курс «Основи ерготерапії» є обов'язковим освітнім компонентом циклу професійної підготовки освітньої програми спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія». Знання та навички, які студенти отримують у процесі вивчення курсу, дозволять їм орієнтуватись у принципах і підходах до діагностики та ефективного здійснення заходів з ерготерапії, що безумовно буде сприяти розвитку їх професійної майстерності та кваліфікації як майбутніх ерготерапевтів.

Метою вивчення дисципліни «Основи ерготерапії» є обґрунтування застосування професійних знань та навичок із сфери ерготерапії у пацієнтів з обмеженими можливостями для поліпшення їх фізичного, психічного, соціального стану здоров'я та забезпечення якості життя.

Основними завданнями вивчення дисципліни «Основи ерготерапії» є:

- засвоєння спеціальних знань для безпечного та ефективного здійснення заходів з ерготерапії в складі мультидисциплінарної команди з метою відновлення або компенсації соціальних функцій та покращення якості життя пацієнтів;
- набуття вміння здійснювати заходи з ерготерапії для відновлення/корекції рухових та морфофункціональних можливостей пацієнтів з травмами та захворюваннями опорно-рухового апарату, порушеннями серцево-судинної і дихальної систем, неврологічними розладами;
- набуття базових навичок оцінювання функції та структури організму (відповідно до МКФ), які впливають на обмеження життєдіяльності пацієнта/клієнта.

У результаті вивчення курсу здобувач освіти повинен набути таких *фахових компетентностей*:

- здатність враховувати медичні, психолого-педагогічні, соціальні аспекти у практиці ерготерапії, трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби ерготерапії;
- здатність провадити безпечну для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця практичну діяльність з ерготерапії, виконувати базові компоненти обстеження у ерготерапії: спостереження, опитування, вимірювання та тестування, документувати їх результати;
- здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу у заходах ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок з охороною здоров'я;
- здатність допомогти пацієнту/клієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст і необхідність виконання програми

ерготерапії, навчати пацієнта/опікунів самообслуговуванню/ догляду, профілактиці захворювань, травм, ускладнень та неповносправності;

- здатність забезпечувати відповідність заходів ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта та ефективно реалізовувати програму ерготерапії, проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта/клієнта відповідними засобами й методами та документувати отримані результати;

- здатність до аналізу медичних, соціальних та особистісних проблем на основі біопсихосоціальної моделі обмежень життєдіяльності (МКФ);

- здатність проводити оцінку активності та участі осіб з обмеженим рівнем працеспроможності та застосовувати ерготерапевтичні технології з метою покращення якості життя;

- здатність ефективно реалізовувати програми ерготерапії для відновлення/ корекції рухових та морфофункціональних можливостей пацієнтів з травмами та захворюваннями опорно-рухового апарату, нервової системи, серцево-судинної і дихальної систем.

Міждисциплінарні зв'язки. При вивченні курсу «Основи ерготерапії» викладення матеріалу базується на знаннях, отриманих під час вивчення таких дисциплін: нормальна та патологічна фізіологія людини, основи нозології, терапевтичні вправи.

Посібник розроблено для забезпечення аудиторної та самостійної роботи студентів, а також контролю рівня засвоєння знань. Матеріал подано в обсязі, який визначений робочою програмою навчальної дисципліни «Основи ерготерапії». З метою впорядкування понятійно-категоріального апарату дисципліни до структури посібника включено глосарій.

Тема 1 Організація реабілітаційної допомоги в Україні

План

- 1.1 Характеристика ерготерапії як галузі професійної діяльності
- 1.2 Історія виникнення і розвитку ерготерапії
- 1.3 Напрями діяльності та кваліфікаційна характеристика ерготерапевта
- 1.4 Теоретична основа і моделі в реабілітації
- 1.5 Етичний кодекс ерготерапевта
- 1.6 Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в ерготерапії

1.1 Характеристика ерготерапії як галузі професійної діяльності

При будь-якому захворюванні існує ймовірність розвитку тимчасових або стійких функціональних порушень, які можуть призвести до обмеження участі хворого як в особистому, так і в суспільному житті. ВООЗ визначає реабілітацію як «комбіноване і координоване застосування медичних, психологічних, соціальних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки та перекваліфікації індивідуума на оптимум його працездатності». За допомогою реабілітаційних заходів хвора людина повертається в суспільство з досягненням максимально можливої самостійності і незалежності в побуті, громадській та професійній діяльності. У зв'язку з цим реабілітація як метод, що сприяє відновленню і / або компенсації утрачених в процесі хвороби функцій, має велике значення в системі практичної медицини.

У відповідності до прийнятої ВООЗ у 2001 році Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я термін обмеження життєдіяльності відноситься до всіх порушень, обмежень активності і обмеження можливості брати участь в житті суспільства. В Україні назріла потреба зміни структури допомоги людям з обмеженням життєдіяльності. Ресурси допомоги людям цієї категорії розділені між установами соціальної служби, охорони здоров'я та освіти.

Ерготерапія – це найважливіша складова частина медичної і соціальної реабілітації, яка використовує сукупність засобів, форм і методів педагогіки, психології, лікувальної фізичної культури, оздоровчої фізичної культури і спорту, масажу, природних і преформованих чинників.

Ерготерапія застосовується з метою формування, відновлення, компенсації, пристосування можливостей людини виконувати повсякденну діяльність в області самообслуговування, переміщення, роботи, навчання та дозвілля незалежно від віку і статі.

Мета і завдання ерготерапії – максимально можливе відновлення здатності людини до самостійного життя (самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку), незалежно від того, які у нього є порушення, обмеження життєдіяльності чи обмеження участі в житті суспільства.

Відповідно до даної мети на заняттях з ерготерапії необхідно вирішити такі завдання:

- Виявити наявні порушення, відновити або розвинути функціональні можливості людини, які необхідні в повсякденному житті;
- Допомогти людині з обмеженими можливостями стати максимально незалежною в повсякденному житті шляхом відновлення (розвитку) втрачених функцій, використання спеціальних допоміжних пристосувань, а також адаптації навколишнього середовища;
- Створити оптимальні умови для розвитку і самореалізації людини з обмеженими можливостями через його зайнятість в різних сферах життєдіяльності і в кінцевому рахунку поліпшити його якість життя.

Ерготерапія базується на наступних постулатах:

- Людям властиво бути активними;
- Кожна людина унікальна;
- У кожної людини є здатність робити вибір і досягати змін;
- Кожна людина може вибирати собі стиль життя;
- Кожна людина здатна до самовираження;
- Кожна людина здатна брати участь в діяльності;
- Люди – соціальні і духовні істоти;
- Люди впливають на оточення і піддаються впливу оточення.

Заняттєва терапія забезпечує клієнтам максимальне щоденне функціонування, що впливає на якість життя, наслідки перенесеного захворювання, їхнє фізичне, емоційне і духовне благополуччя. Заняттєва терапія у медицині застосовується при загальних та психічних захворюваннях, при наявності неврологічних, фізичних, розумових, ортопедичних проблем, при ампутаціях, при слабозорості і сліпоті та ін. У медицині заняттєвий терапевт виступає членом мультидисциплінарної команди і у всіх діях активно співпрацює із фахівцями інших спеціальностей – самостійно приймати рішення він не має права.

1.2 Історія виникнення і розвитку ерготерапії

Великі філософи древньої Греції Сократ і Платон обґрунтували існування залежності між фізичним і духовним здоров'ям, а Арістотель вважав, що навчання тіла повинно супроводжуватися навчанням інтелекту. Ці твердження пережили тисячоліття і залишається актуальним сьогодні. Сократ: людина повинна займатись якоюсь працею, а не тільки розважатись, інакше вона не може мати хороший стан тіла і духу. Лівій: праця і відпочинок протилежні один одному за своєю природою, але нерозривно зв'язані одне з одним.

Великий медик древності Гіппократ рекомендував фізичні вправи пацієнтам для прискорення одужання.

2000 років до н.е. у Древньому Єгипті вважали, що активний відпочинок та ігри можуть бути засобом лікування хворих. Целій Ауреліус вважав, що читання, прогулянки, театр, подорожі можуть використовуватися для лікування.

Праця також була предметом вивчення її впливу на здоров'я людини. Так, у древній Іудеї відзначали позитивний вплив праці на тіло і розум.

Однак, лише у XVIII сторіччі розпочинається розвиток сучасної ерготерапії і розпочинається вона як працетерапія. З 1752 року у Пенсильванському госпіталі практикується легка фізична праця, а у 1786 році Філіп Пінель застосовує припис хворим психіатричних лікарень фізичних вправ та рукоділля для лікування. Йому належать слова: «Ручна праця – кращий спосіб підтримання високої моралі і дисципліни. Повернення пацієнтів до їх попередніх інтересів – найкраще свідчення їх одужання.

Бенджамін Раш: «певні види праці, вправи та розваги повинні діяти одночасно на тіло і розум». У 1800 році Самуель Тук заснував притулок для душевнохворих де застосовував до пацієнтів гуманні методи лікування. У 1818 році у притулку Мак-Ліна біля Бостона, заснованому під керівництвом Руфуса Ваймана, застосовується перша програма ерготерапії. У 1840 році вже з'являється перша книга, що описує принципи ерготерапії.

З 1843 року регулярні заняття стають обов'язковою частиною лікування психічнохворих в Європі та США. У 1844 році з'являється нова філософія ерготерапії, автором якої була Амарія Брігхем – цілеспрямована діяльність з метою привернути увагу пацієнта, привести його до здорового способу життя.

1892 рік вважають роком початку заснування професії ерготерапевта в США і головну роль відводять Адольфу Майєру, який сказав: «належним чином потрачений час, проведений в процесі корисної діяльності, може бути фундаментальною основою лікування пацієнта». Лікування повинно включати в себе активний відпочинок і продуктивну діяльність, представляти собою можливість, а не приписи.

У 1895 році Марі Мейєр представила першу програму допомоги для пацієнтів та їх сімей.

Сьюзен Трейсі у 1906 році провела перший систематичний тренінг для підготовки інструкторів, які будуть навчати хворих. У 1914 р. розроблена експериментальна програма для навчання інвалідів цілеспрямованій діяльності. Ця програма передбачала навчання за трьома напрямками: навчання інвалідів, що знаходяться в спеціальних закладах і поза ними; навчання сестер милосердя з метою збільшення їх практичних навичок; навчання дипломованих медичних сестер, які будуть в подальшому займатись навчанням. За Сьюзен Трейсі навчання базувалось на положенні: кожний пацієнт розглядається в світлі з трьох складових: тіла, розуму та духу. Мета: фізичне покращення пацієнта, освітня користь, фінансове покращення. Метод заснований на трійчастому принципі – реалізація ресурсів, можливість почати діяти, участь в даній діяльності як хворих, так і здорових людей.

1908 рік. Джулія Лантроп пропонує тренінг в різних видах діяльності для працівників госпіталів. «Ерготерапія повинна мати велике майбутнє стосовно стаціонарного лікування і ця служба повинна забезпечуватись людьми, що отримали спеціальну освіту».

1911 рік. Геоберт Хелл проводить дослідження впливу зайнятості на ефективність лікування хворих на неврастенію.

Основні принципи Елеанор Кларк Слегл: психічний і фізичний компоненти взаємопов'язані:

- необхідно розвивати звичну увагу;
- необхідно назувати діяльність пацієнта;
- необхідно класифікувати діяльність за ступенем складності;
- необхідно рухатись від відомого до невідомого;
- необхідно пропонувати хворому завдання, що стимулюють інтерес і вимагають поступового покращення концентрації та уваги.

Діяльність, що використовується з лікувальною метою, допомагає шляхом тренінгу прищепити людині нові звички і навчити її діяти в соціально прийнятній манері.

1915 рік. Вільям Раш Дантон: «Основна суть використання ерготерапії – відволікти увагу пацієнта від неприємних тем, спрямувати думки пацієнта в більш сприятливе (здорове) русло, зберегти увагу, забезпечити відпочинок, тренувати процес мислення шляхом навчання рук, очей, м'язів тощо. Створити нові можливості для працевлаштування.

У 1954 році була заснована Всесвітня організація ерготерапевтів WFOT, яка в даний час об'єднує близько 65 країн. Всесвітні конгреси проводяться кожні 4 роки.

1.3. Напрямки діяльності та кваліфікаційна характеристика ерготерапевта

Постановою Кабінету Міністрів України від 01 лютого 2017 року № 53 до Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, було внесено спеціальності «227 Фізична терапія, ерготерапія» для ступеня бакалавр і «227.01 Фізична терапія», «227.02 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.

Залежно від цілей і завдань професійну діяльність фахівця з ерготерапії можна розділити на чотири напрямки:

1. Надання допомоги щодо вдосконалення соціального розвитку дитини в період від 0 до 3-х років (раннє втручання).

2. Надання допомоги з підтримки рівня і профілактики порушень повсякденної активності та соціальної участі незалежно від статі і віку з використанням засобів і методів ерготерапії і ергономіки.

3. Надання допомоги з корекції, компенсації і активації порушених або втрачених соціальних, побутових функцій пацієнтів, порушень у повсякденній діяльності та соціальній участі на різних етапах медичної реабілітації з використанням засобів і методів ерготерапії при всіх нозологічних формах.

Ерготерапевтичні втручання спрямовані на профілактику, абілітацію та реабілітацію. Фокусом діяльності ерготерапевта є здоров'я, активність і соціальна включеність клієнта для того, щоб виявити ресурси клієнта і допомогти їх розвитку, виходячи з його потреб та побажань.

Ерготерапевт самостійно проводить оцінку функціональної здатності та здатності до активності/діяльності клієнта, визначає разом з клієнтом мету, несе відповідальність за проведення ерготерапевтичних заходів, спрямованих на поліпшення або компенсацію функцій.

В обов'язки ерготерапевта входить інформування, інструктаж, керівництво і навчання клієнта, його близьких, а також представників інших професійних груп.

В сфері своїй професійної діяльності ерготерапевту необхідно постійно вдосконалювати свої уміння та навички. Основні з них – це:

1. Уміння аналізувати життєвий шлях клієнта (анамнез), беручи до уваги активність/діяльність, яка виконувалася ним раніше;

2. За допомогою спостереження та інтерв'ю, а також при використанні валідних і достовірних методів дослідження:

- оцінювати виконання клієнтом діяльності по догляду за собою, занятті домашньою роботою, професійною діяльністю, в навчанні, грі та проведенні вільного часу;

- оцінювати фізичні, психічні, соціальні та сенсорно-моторні функції клієнта і їх вплив на активність;

- оцінювати вплив навколишнього середовища, її фізичну, психо-соціальну і культуральну складову;

- аналізувати і узагальнювати проблеми, які є в наявності у клієнта і з'ясовувати необхідність в профілактичних і ерготерапевтичних заходах щодо поліпшення або компенсації;

- разом з клієнтом, його близькими встановлювати цілі та план ерготерапевтичних заходів.

3. Проводити заходи з метою зробити можливим виконання необхідної і бажаною клієнтом діяльності за допомогою:

- розвитку і збереження когнітивних, психічних, соціальних і сенсомоторних функцій;

- розвитку і збереження здатності до активності і участі в догляді за собою, домашньою роботою, професійною діяльністю, навчанні, грі та проведенні вільного часу;

- здійсненні адаптації навколишнього середовища, її фізичної, психосоціальної, культуральної складової до потреб клієнта;

- мотивації та підтримки клієнтів в досягненні балансу в побуті.

4. Нести відповідальність, щоб всі ерготерапевтичні засоби і заходи були безпечними для клієнта.

5. Розвивати і використовувати відповідні знання для підвищення професійної компетентності.

6. Ерготерапевт повинен виявляти повагу щодо компетенції, навичок, обов'язків і міри відповідальності колег та інших професійних груп.

7. Ерготерапевт повинен сприяти командній роботі і намагатися надихати команду.

8. Ерготерапевт повинен співпрацювати з іншими фахівцями для найбільш повного задоволення інтересів пацієнта.

9.Ерготерапевт повинен поєднувати свою діяльність з колегами або іншими фахівцями, якщо це необхідно.

Останнім часом уявлення про реабілітацію людей з обмеженими можливостями стали змінюватися. Багато фахівців вважають, що традиційних методів (масаж, фізіотерапія, терапевтичні вправи) недостатньо для відновлення втрачених можливостей і повноцінного життя людини.

Для більш ефективної допомоги в сучасному суспільстві необхідно:

- змінювати уявлення про потреби людей з порушеннями розвитку;
- вчитися сприймати таких людей в цілісному контексті, беручи до уваги їх життєві цінності, інтереси;
- враховувати вплив факторів навколишнього середовища на можливість функціонування в повсякденному житті (відповідність обстановки будинку і на вулиці функціональним можливостям – наявність ліфтів, пандусів, спеціальних пристосувань та ін.

Ерготерапевти працюють з клієнтами різних вікових груп – це люди похилого віку, діти і дорослі з різними фізичними порушеннями (ЧМТ, інсульт, опіки, травми та ін., когнітивними порушеннями – (ЧМТ, аутизм, синдром дефіциту уваги і гіперактивності, інсульт та ін.), емоційні поразки (посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривога, різні види залежності).

Ерготерапевти можуть працювати:

- лікарнях в області ортопедії, травматології, ревматології, неврології, геріатрії, педіатрії, психіатрії та психосоматики та ін.;
- в реабілітаційних центрах;
- хоспісах;
- школах;
- громадських організаціях;
- здійснювати приватну практику та організаційно-управлінську діяльність в процесі проведення заходів з ерготерапії.

1.4 Теоретична основа і моделі в реабілітації

Метою ерготерапії є покращення якісної складової життя людей, які в наслідок певної хвороби або травми втратили рухові здібності, не можуть координувати свої рухи і робити звичні справи, а також соціальна адаптація людини до повсякденної діяльності, звичайного режиму дня і незалежності у побуті.

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.

Також завданням є тренування рухів та пересувань, емоційна регуляція, розвиток сенсомоторики.

У процесі розвитку та становлення заняттєвої терапії, враховуючи її локальні характеристики, у світовій практиці виникли концептуально відмінні практичні моделі розуміння та здійснення заняттєвої терапії, кожна з яких

по-своєму описує процес залучення людини до значимої для неї зайнятості та виділяє свої аспекти.

Модель людино-середовищно-заняттєвого виконання відноситься до екологічних моделей у заняттєвій терапії, що розпочала свій розвиток у 1985 році, а у 1991 році була вперше оприлюднена. Ця модель спрямована на покращення повсякденної діяльності та важливої зайнятості для людей, організацій і населення та відображає складні взаємодії між людиною і середовищем, в якому здійснюється діяльність, шляхом залучення зайнятості, продуктивності та участі. Для досягнення бажаного рівня участі людина вимагає підтримки і повинна подолати бар'єри, що обмежують її участь та роль у діяльності, що є важливою для неї (рис.1.1).

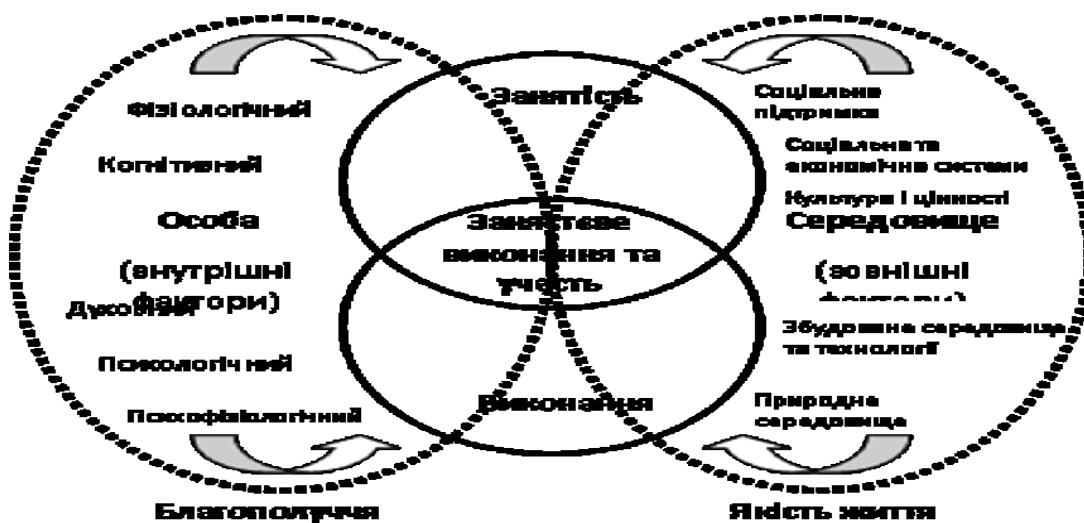


Рисунок 1.1 – Модель людино-середовищно-заняттєвого виконання (за Крістіансеном, Баумом і Басс-Хайгеном, 2005)

Потокова модель підкреслює гармонійну взаємодію розуму, тіла, душі, і навколишнього середовища для здоров'я і благополуччя. В центрі уваги заняттєвої терапії є забезпечення життєздатності пацієнта, процес досягнення гармонії між життєвими обставинами і проблемами (перешкодами), фізичним і соціальним середовищами (береги і дно річки), особистими якостями і ресурсами, в тому числі цінностями, характером, особистісними спеціальними навичками, матеріальними і нематеріальними активами (рис.1.2).

Канадська модель припускає і водночас сприяє баченню того, що здоров'я, благополуччя і справедливість досяжні саме через залучення до зайнятості. Ця модель заснована на припущеннях, якими є: гуманістичні теорії, в центрі яких знаходиться людина (клієнт); розвиваючі теорії – адаптація і розвиток заняттєвих ролей; екологічна теорія – вплив середовища на зайнятість і людину (рис.1.3).

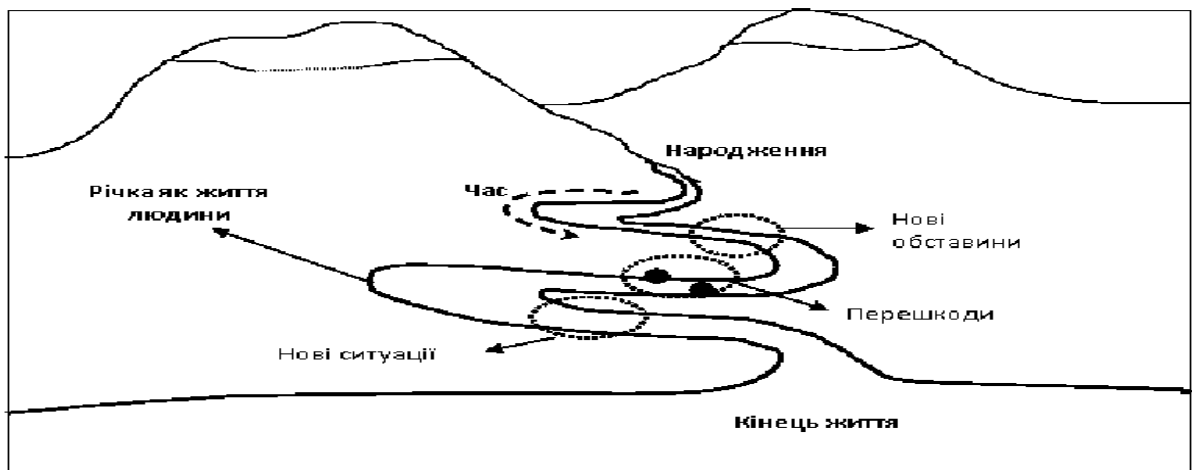


Рисунок 1.2 – Поточкова модель (за Лім та Івама, 2006)

КМЗВ-3 включає в себе такі три компоненти:

- людина,
- навколишнє середовище,
- занятість

Людина знаходиться в центрі цієї моделі

Значення для практики Канадської моделі заняттєвого виконання і залучення: може використовуватися в різних вікових групах і з різними діагнозами; дозволяє використання з іншими структурами; розміщує клієнта в центрі усього процесу; може використовуватися у різних культурах; визнається Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, що свідчить про роль занятості у здоров'ї та благополуччі людини.

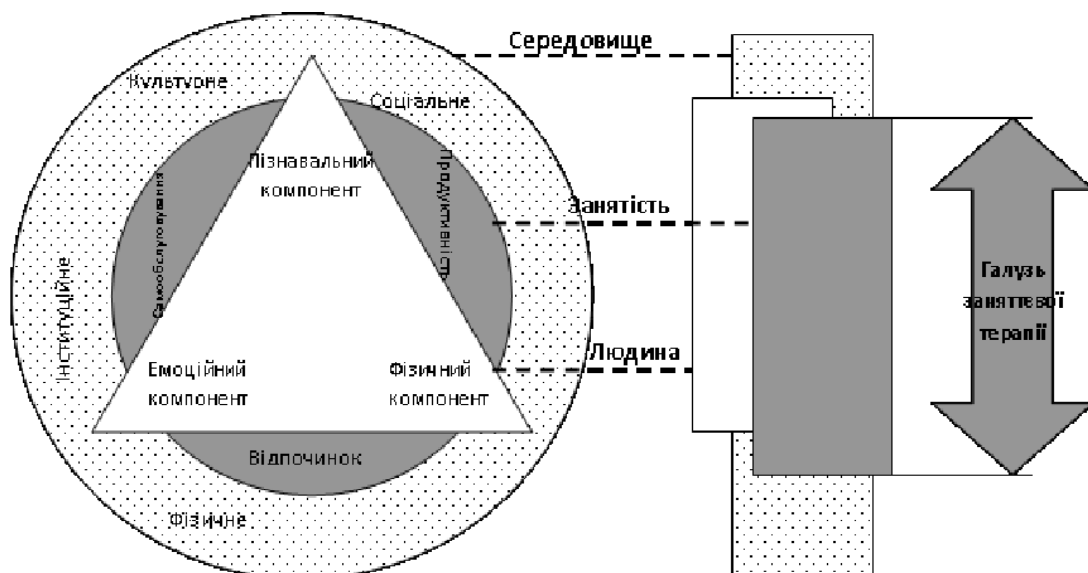


Рисунок 1.3 – Канадська модель заняттєвого виконання та залучення (за Таунсен та Полатайко, 2007)

Багато моделей заняттєвої участі вирішують проблеми розвитку та жодна з них не надає єдиного пояснення ролі занятості протягом усього життя. Вчені визначають заняттєву участь у розвитку людини як «здатність вибирати, організувати і задовільно виконувати значущу занятість як в культурному відношенні, так і у відповідності до віку, турботи про себе, насолоджуючись життям і прагнучи до емоційної, соціальної та економічної спільноти». Зв'язок між занятістю та розвитком не викликає сумнівів і знаходить відображення у таких *принципах*:

- У людини є здатність брати участь у занятості;
- Занятість становить собою складну і багатовимірну діяльність;
- Занятість повинна розглядатися в контексті навколишнього середовища;
- Занятість проходить випробування в контексті часу;
- Занятість має сенс для людини, яка займається нею;
- Занятість впливає на здоров'я і благополуччя людини;
- Занятість виступає як засіб та процес упродовж розвитку людини

1.5 Етичний кодекс ерготерапевта

Етичний кодекс ерготерапевта був прийнятий на генеральній асамблеї Шведської Асоціації Ерготерапевтів у 1992 році, переглянутий у 1998 році.

Робота ерготерапевтів, заснована на наукових знаннях і доказовому досвіді, спрямована на поліпшення здатності пацієнтів жити гідним життям відповідно до їх потреб і бажань, та до запитів суспільства. Це створює певні вимоги до усвідомлення ерготерапевтами етичних правил. Саме тому був розроблений Кодекс Етики – для підтримки ерготерапевтів у виконанні їх професійної діяльності. Ерготерапевти створили базовий тренінг, що дає уявлення про фундаментальну систему цінностей професії в цілому. В якій би сфері не працював ерготерапевт, професійні базові цінності, описані в Кодексі Етики, разом з особистими моральними якостями можуть сформувати тверду основу для професійної поведінки або для професійного прийняття рішень.

Мета Кодексу Етики – допомагати в аналізі та виборі напрямків при прийнятті етичних рішень, даючи уявлення про обов'язки, що покладені на ерготерапевтів. Ерготерапевти повинні прагнути відповідати професійним цілям і працювати таким чином, щоб підтримувати на висоті професійні стандарти. У той же час ерготерапевт повинен брати до уваги етичні права пацієнта і інших зацікавлених осіб. Усі вони мають права, які повинні поважатися ерготерапевтами.

Не завжди буває легко дотримуватися різних зобов'язань одночасно. Іноді в процесі ерготерапевтичного втручання виникають різного роду конфлікти. В особливих випадках одні зобов'язання превалюють над іншими. У зв'язку з цим правила Кодексу Етики не повинні розглядатися як абсолютні.

Кодекс Етики не є правовим документом, не може замінити або скасовувати закони. Це скоріше доповнення до законів щодо зайнятості.

Кодекс визначає два види зобов'язань. По-перше, в ньому визначені цілі професії і правила, які визначають завдання та умови спеціальності; описана

професійна діяльність ерготерапевтів. По-друге, в Кодексі містяться права зацікавлених людей, які повинні поважатися ерготерапевтами. Обидва види правил є невід'ємною частиною Кодексу. Таким чином, відступ від цілей, обумовлених професією, а також невиконання професійних вимог є порушеннями етики.

У своїй роботі ерготерапевти повинні намагатися дотримуватися своїх професійних обов'язків в манері, що відбиває розуміння етики, а також поважати права своїх підопічних.

Питання для самоперевірки

1. Дайте визначення поняття «ерготерапія». Яка її мета?
2. Які особливості розвитку ерготерапії в сучасній Україні?
3. Дайте характеристику ерготерапії як професії.
4. Розкрийте загальні принципи та завдання ерготерапії.
5. З яким контингентом і де можуть працювати ерготерапевти?
6. У чому полягає суть Кодексу етики ерготерапевтів? Яка його мета і завдання?

Тести

1. Термін «терапія зайнятістю» було запропоновано:
 - а) Джорджем Едвардом Бартоном в 1914 році;
 - б) Джорджем Едвардом Бартоном в 1954 році;
 - в) Сьюзен Трейсі в 1906 році;
 - г) Самуель Тук в 1800 році.
2. Персональна активність – це:
 - а) усі види діяльності, що стосуються догляду за собою і переміщення;
 - б) персонально підібрана активність;
 - в) реабілітаційна діяльність за персональною програмою;
 - г) індивідуальна діяльність
3. Ерготерапія – це:
 - а) різновид медичної реабілітації, яка успішно замінює собою інші види реабілітації;
 - б) частина реабілітаційної програми пацієнта, яка входить в структуру медичної та соціальної реабілітації;
 - в) ізольована частина процесу реабілітації на певних етапах;
 - г) процес працетерапії.
4. Основна функція ерготерапевта – це:
 - а) підбір технічних засобів реабілітації, адаптації, комунікації пацієнта;
 - б) відновлення можливостей пацієнта до самообслуговування та пересування;

- в) допомога в досягненні максимально можливого рівня функціонування та незалежності у всіх аспектах життя, незважаючи на наявні обмеження;
- г) заняття з самообслуговування.

5. Хвороба в ерготерапії – це:

- а) неможливість самостійного пересування і самообслуговування, що розвинулися в наслідок захворювання;
- б) будь-яка дезадаптація, що призводить до порушення пристосування до середовища;
- в) неврологічне або травматологічне захворювання, що приводить до порушення будь-якої функції;
- г) неможливість працювати та грати.

Ситуаційна задача

Барбара – 56-річна жінка, яка потрапила до лікарні через депресію. Вона живе із чоловіком і періодично робить бухгалтерські звіти для однієї з місцевих фірм. У них два дорослі сини, які вже мають свої сім'ї. Барбара зазначає, що не змогла справлятися із ситуацією і почала проводити всі дні у своїй кімнаті за читанням, турбуючись про все. Вона намагалася не залишати свій будинок, і тому зазначила, що для неї важлива наявність комфорту під час походів магазинами та виконання інших дій. Барбара також хотіла б з'ясувати, чим вона могла б зайнятися у вільний час, і що вони з чоловіком могли б робити поза домом. Її поїздки з чоловіком стали скрутними нею, так як він часто кричав на інших водіїв чи критикував їх.

Завдання:

1. Дайте характеристику людській занятості, відповідаючи на запитання «Як?», «Чому?». «Де?», «Хто?», «Коли?»
2. Чим ерготерапевт може допомогти жінці?

Тема 2 Особливості ерготерапії як методу відновлення рухових, когнітивних, емоційних та психічних можливостей людини

План

- 2.1 Активність у повсякденному житті
- 2.2 Етапи ерготерапевтичного втручання
- 2.3 Оцінювання в ерготерапії
- 2.4 Канадська модель оцінки діяльності
- 2.5 Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в ерготерапії
- 2.6 Постановка цілей втручання ерготерапевта

2.1 Активність у повсякденному житті

Активність у повсякденному житті – це дії і види діяльності, які людина робить щодня протягом усього життя. Тобто до активності в повсякденному житті можна адресувати дії і види діяльності, які кожен з нас робить, починаючи з того моменту, коли ми встаємо з ліжка вранці і до того часу, коли ввечері ми знову лягаємо в ліжку.

Активність повсякденному житті умовно розділяється на персональну та інструментальну.

Персональна активність – це всі види діяльності, що стосуються догляду за собою: Прийом їжі, моніторинг функцій сечового міхура і кишковика, відвідування туалету, прийом ванни / душа, переміщення.

Інструментальні активності повсякденному житті – це всі види діяльності, необхідні в повсякденному житті: приготування їжі, прибирання, покупки.

Активність у повсякденному житті – це не одна якась функція або навика, а акти і види діяльності, які об'єднують використання відразу декількох функцій.

Кожну навичку, що відноситься до активності в повсякденному житті, можна розділити на компоненти, які відповідні за певні функції організму. Це функції, потрібні для того, щоб освоїти навички активності в повсякденному житті:

- Рухові функції;
- Сенсорні функції;
- Когнітивні функції;
- Інтраперсональні функції (психічні функції, пов'язані з внутрішнім світом людини);
- Інтерперсональні функції (психічні і комунікативні функції, пов'язані з міжособистісним спілкуванням).

Заняттєва терапія розглядає «занятість» як засіб і як результат. Працюючи з клієнтами, ерготерапевти спрямовують свої зусилля на надання

допомоги клієнту в тому, щоб діяти. Зміна діяльності спрямована на підтримку залучення до значимої зайнятості, що, відповідно, впливає на здоров'я, благополуччя та життєве задоволення. Зайнятість розглядається як діяльність, що має унікальне значення і мету в житті особистості та вважається центральним моментом для самовизначення людини, її компетентностей, впливаючи на те, як кожен проводить час і приймає рішення. Зайняття має свої певні межі, пов'язані з тим, де воно відбувається і за яких обставин, тим самим утворюючи важливу частину людського досвіду і життя. Воно формує ідентичність людини та робить внесок у її самоусвідомлення. Зміст та значення зайняття часто залежать від оточення людини і впливають на соціальний аспект саме в тому, як людина описує зайняття та як вона його оцінює.

Ерготерапевти сприяють залученню до зайнятості і повсякденної життєвої діяльності (активності), враховуючи різноманітні види діяльності/зайнятості, до яких людина, група людей чи населення можуть бути залучені, та використовують свій досвід для вирішення питань ефективності в усіх сферах, що впливають на людську здатність брати участь у занятті та різноманітних заходах важливих для неї. Зазначена людська діяльність сортується за категоріями, які називають «сферами зайнятості» – це повсякденна діяльність, інструментальна діяльність, освіта, робота, ігри, дозвілля, відпочинок, сон та участь у житті суспільства (рис.2.1).



Рисунок 2.1 – Сфери зайнятості

«Сфери зайнятості» включають:

а) *Щоденну діяльність* – це діяльність, яка зорієнтована на турботу про власне тіло, що є основою життя в соціальному оточенні та сприяє елементарному виживанню і благополуччю людини. Сюди відносяться: купання, приймання душу; контроль дефекації і сечового міхура (за

необхідності з використанням додаткового обладнання); вибір одягу, що відповідає часу доби та погоді; вміння готувати та приймати їжу; функціональна мобільність – переміщення з одного місця в інше при виконанні повсякденної діяльності та включає використання і очищення засобів особистої гігієни; особиста гігієна та догляд (використання бритви, пінцету, догляд за нігтями та ін.); сексуальна активність – це участь у діяльності, яка призводить до сексуального задоволення; туалетна гігієна;

б) *Інструментальна щоденна діяльність* – заходи для підтримки повсякденного життя в сім'ї та суспільстві, які часто вимагають складніших взаємодій, ніж самообслуговування. Сюди відносяться: догляд за іншими (у тому числі вибір помічника та контроль за ним); догляд за домашніми тваринами; виховання дітей; комунікативні вміння (використання телефону, комп'ютера, друкарської машинки та ін.); суспільна мобільність (здатність пересуватися в суспільстві у громадському транспорті); фінансовий менеджмент – це здатність використовувати бюджетні ресурси у плануванні короткострокових та довгострокових цілей; охорона здоров'я – вибір процедур та управління ними для підтримання та зміцнення здоров'я, забезпечення хорошого самопочуття; догляд за домом (підтримка домашнього господарства, саду, ремонт майна); приготування їжі (очищення продуктів, вибір збалансованого харчування, прибирання посуду після прийому їжі); духовність – дотримання релігійних законів; безпека та аварійне обслуговування (визначення небезпечних ситуацій, щоб зменшити загрозу для життя); купівля товарів (підготовка списку покупок, оплата товарів);

в) *Відпочинок і сон* – включає діяльність, пов'язану з відновленням сил організму та сном, підтримку здоров'я, що забезпечує активну участь в інших сферах зайнятості. Заняттєва терапія інтерпретує поняття «відпочинок» як «спокійні та невимушені дії, які переривають фізичну і розумову активність та приводять до розслабленого стану». Також відпочинок виявляє необхідність розслабитись, зниження фізичної, психічної або громадської активності і залучення до розрядки або інших методів відновлення енергії та спокою. Сон відноситься до відпочинку і включає в себе декілька етапів, що їх враховують заняттєві терапевти:

1) *підготовка до сну* – залучення до систем соціального середовища, які готують особу до комфортного стану спокою (напр., пестоці; переодягання; читання книги або прослуховування музики, щоб заснути; побажання гарної ночі іншим; молитва); визначення тривалості часу, необхідного для сну або конкретного часу, коли необхідно прокидатися. Це все визначається відповідно до особистих і культурних норм та цінностей людини;

2) *підготовка фізичного середовища* до сну – вміння стелити ліжко або інше місце для сну; забезпечення потрібного рівня тепла/холоду; налаштування будильника; забезпечення безпеки у будинку, закриття дверей на замок або зачинення вікна чи фіранки; вимкнення світла;

3) *участь у сні/сон* – турбота про особисті потреби під час сну, такі як припинення діяльності, щоб забезпечити час сну, дрімання, мріяння, підтримання стану сну без порушень, турбота про доступність туалету.

Взаємодія з партнером, дітьми або чоловіком/дружиною, забезпечення нічного догляду, зберігаючи грудне вигодовування, а також контроль за комфортом і безпекою інших членів сім'ї під час сну. Всі ці етапи мають велике значення у житті кожної людини, а їх виконання забезпечує задоволення, повноцінність та відновлення здоров'я людини, з якою працює заняттєвий терапевт.

г) *Освіта* – включає заходи необхідні для навчання та участі в навколишньому середовищі. Сюди відносяться: формальна освітня діяльність (читання, математика та ін.); особисті освітні потреби (методи отримання інформації, навички тощо); неформальна приватна освіта – участь у програмах і заходах, які забезпечують навчання в певних галузях, що викликають інтерес.

д) *Робота* – включає в себе заходи необхідні для участі у вигідній занятості або волонтерській діяльності. Сюди відносяться: інтереси занятості (вибір можливостей щось виконувати, враховуючи інтереси та вподобання); пошук роботи і працевлаштування (виявлення робочих місць, заповнення і подання до розгляду резюме, співбесіда тощо); продуктивна робота (оволодіння трудовими навичками, виконання функцій, дотримання норм і процедур роботи, завершення роботи); підготовка до виходу на пенсію (визначення наявних здібностей та відповідних можливих занять); волонтерська участь – вибір неоплачуваної роботи задля формування навичок, задоволення інтересу та забезпечення доступності; виконання неоплачуваної діяльності в інтересах організації.

е) *Ігри* – будь-яка спонтанна чи організована діяльність, яка забезпечує задоволення та розваги. Сюди відносять: дослідження гри – визначення відповідних ігрових заходів, що включають гру на практиці, ролі, правила гри цікаві для клієнта; участь у грі – залучення до гри, підтримка взаємодії з іншими гравцями, використання предметів у грі та ін.

є) *Дозвілля* – це необов'язкова діяльність, що виконується у вільний час і не вимагає обов'язкового виконання. Сюди відносять: вільне дозвілля – виявлення інтересів, навичок, можливостей клієнта; участь у дозвіллі – планування та участь у визначених різновидах дозвілля, підтримка балансу в інших областях занятості та використання обладнання за необхідності. Заняттєві терапевти починають з функціонального оцінювання пацієнта для визначення кількості та ступеня наявних труднощів, пов'язаних з фізичною силою, спритністю, рухливістю. Це обстеження проводиться для визначення необхідної допомоги, яку частіше можуть надати самі родичі, друзі чи знайомі. Подібно до описаних вище рекреаційних видів діяльності, кожен вид діяльності може бути налагоджений за наявності бажання і готовності клієнта. Важливим елементом заняттєвої терапії є вибір не лише важливої для незалежного функціонування, але й значимої для клієнта діяльності. Дозвілля, рекреація та спорт допомагають людині з особливими потребами зменшити напругу, зберегти здоров'я, підтримати якість життя.

ж) *Соціальна участь* – організовані моделі поведінки, які є характерними та очікуються від індивіда в конкретній ситуації всередині соціальної системи. Сюди відносять такі поняття:

- Суспільство – участь у діяльності, що спричиняє успішну взаємодію на рівні громади (тобто мікрорайону, організації, місця роботи чи навчання).
- Сім'я – участь у «діяльності, результатом якої є успішна взаємодія у виконанні необхідних або бажаних сімейних ролей».
- Друг/партнер – участь у діяльності на різних рівнях близькості, включно із сексуальною участю, що є бажаною для особи.

Важливим аспектом заняттєвої терапії є вибір не лише діяльності, яка забезпечує незалежне функціонування, але й діяльності, що задовольняє потреби самого клієнта. Заняттєва терапія допомагає налагодити щоденне життя людей для досягнення ними незалежності. Галузь заняттєвої терапії представлена певним профілем, орієнтуючись на який діють професійна оцінка і втручання заняттєвої терапії (таблиця 2.1). Жодна складова у таблиці не є важливішою за іншу, і всі вони взаємодіють між собою у процесі професійного втручання.

Таблиця 2.1 – Профіль заняттєвої терапії

Складові профілю заняттєвої терапії	Компоненти
Сфери занятості	Щоденна діяльність Інструментальна щоденна діяльність Відпочинок і сон Освіта Робота Ігри Дозвілля Соціальна участь
Фактори клієнта	Цінності Вірування Духовність Функції організму Структура організму
Навички виконання	Сенсорно-перцептивні навички Моторні та практичні навички Емоційні навички Когнітивні навички Комунікативні і соціальні навички
Моделі виконання	Звички Навички Ролі Ритуали
Контекст і середовище	Культурний Особистий Фізичний

	Духовний Соціальний Тимчасовий Віртуальний
Вимоги до професійної діяльності	Об'єкти та їх властивості Фізичні вимоги розташування Соціальні вимоги Послідовність і терміни Необхідні дії і навички Функції організму Структура організму

Заняття (activity) – компонент *заняттєвої активності* людини; спеціально обрана та організована діяльність, яка складається з кількох завдань, і використовується у ерготерапії для відновлення та розвитку функцій організму, формування виконавчих умінь, навичок та виконавчих моделей з метою збільшення заняттєвої участі пацієнта/клієнта (рис.2.2).

Завдання (task) – компоненти заняття; кроки, необхідні для виконання конкретного заняття. Дії (action) – елементи завдання.

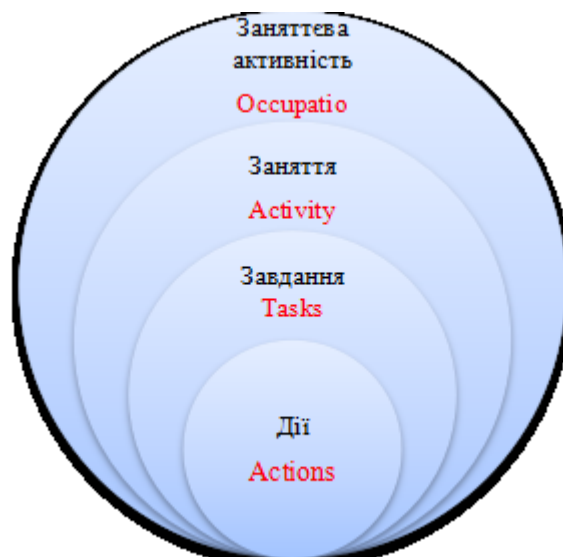


Рисунок 2.2 – Структура заняттєвої активності

2.2 Етапи ерготерапевтичного втручання

Ерготерапевтичне втручання включає в себе наступні етапи:

1. Діагностика, яка складається зі збору анамнезу і проведення ерготерапевтичних обстежень. Особливістю цього етапу є аналіз не тільки ступеня пошкодження органів або систем, а й вивчення впливу фізичних

обмежень і / або психічних порушень на життєдіяльність людей, на рівень їх функціональних можливостей.

2. Визначення цілей і завдань ерготерапевтичного втручання. Мета ерготерапії залежить від тяжкості фізичних і / або психічних порушень. Вибір і постановка мети здійснюються спільно фахівцями і людиною з обмеженням життєдіяльності.

3. Складання програми ерготерапевтичного втручання, при цьому враховуються вміння, навички, інтереси і здібності індивіда, його вік, стать і соціальні ролі. На цьому етапі відбувається вибір видів діяльності, методик, технік і прийомів, необхідних для досягнення мети, визначається допоміжне обладнання, а також можливість підключення сім'ї до ерготерапевтичного процесу.

4. Проведення ерготерапевтичних заходів, які спрямовані на те, щоб забезпечувати людей з особливостями психофізичного розвитку необхідними умовами для виконання діяльності, що задовольняє їх запити і вимоги і відповідає їхнім здібностям витримувати певне навантаження.

5. Оцінка ефективності проведеного ерготерапевтичного втручання і при необхідності внесення коректив до плану. Діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, функціональне спілкування, мобільність, задоволення сексуальних потреб та ін.), роботу або продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання освіти, оплачувана або волонтерська робота), дозвілля (гра, хобі, відпочинок). Залежно від цілей і завдань ерготерапевтичного впливу підбираються види діяльності та методи.

Організація процесу заняттєвої терапії включає в себе шість етапів (профіль занятості, аналіз заняттєвої діяльності, план професійного втручання, реалізація професійного втручання, оцінка втручання, підтримання здоров'я у процесі залучення до занятості), які можна поділити на три процеси, а саме: оцінювання, втручання та результат.

Інформація отримана через профіль занятості, призведе до реалізації більш індивідуального підходу в оцінюванні, плануванні та здійсненні заняттєвим терапевтом професійного втручання.

Зокрема, збирають інформацію, що є відповіддю на подані нижче запитання:

- Хто є клієнтом (окремий індивід, вихователь, група, населення)?
- Чому клієнт шукає послугу?
- Які сфери занять є успішними, а які спричиняють ризик чи проблеми?
- У якому контексті та середовищі існують перешкоди для досягнення бажаних результатів?
- Яка у клієнта «історія занятості» (життєвий досвід, цінності, інтереси)?
- Які у клієнта «пріоритети та цільові результати» (виконання занятості, задоволення клієнта, роль компетентності, адаптація, здоров'я та самопочуття, профілактика, якість життя).

Після збору даних заняттєвий терапевт аналізує інформацію та формулює робочу гіпотезу про можливі причини виявлених проблем і занепокоєнь та

визначає сильні і слабкі сторони клієнта. Цей крок завершується та переходить до наступного – *аналізу заняттєвої продуктивності*.

Зібрана в ході реалізації профілю заняттєвості інформація про потреби, проблеми, пріоритети клієнта, рішення в ході аналізу заняттєвого виконання направляють заняттєвого терапевта на конкретну заняттєвість або діяльність, яка потребує подальшого аналізу та впливає на вибір критеріїв оцінювання, які використовуються і надалі.

Процес оцінювання переходить до наступного процесу професійного втручання, який включає в себе три етапи: план професійного втручання, реалізація втручання та оцінювання професійного втручання.

2.3 Оцінювання в ерготерапії

Оцінювання пацієнта в ерготерапії починається за допомогою інтерв'ю та спостереження, а також включає в себе використання різних тестів, шкал, опитувальників, що дають уявлення про пацієнта, його фізичні і розумові можливості, психологічні особливості. В ході оцінки ерготерапевт з'ясовує, які види діяльності доступні пацієнту, наскільки справжній репертуар діяльності і життєвих ролей відповідає його життю в хворобі, його статі і віку. Крім цього ерготерапевт оцінює, що собою являє середовище, що оточує пацієнта в лікарні, вдома, на роботі. При оцінці оточення ерготерапевта буде цікавити перш за все безпека пацієнта. Оцінюється як фізичне оточення, наприклад, висота робочих поверхонь і сидінь, так і соціальне і культурне оточення.

Функція руки — це здатність використовувати руку в щоденній діяльності, що залежить від її анатомічної цілісності, чутливості, координації, сили та спритності (рис.2.4).

Існує дуже простий, надійний і об'єктивний тест, що допомагає визначити функцію руки, а також право-ліворукість. Він був розроблений в 1985 році для оцінки функції кисті у дорослих пацієнтів з церебральним паралічем і широко використовується фахівцями фізичної реабілітації і ерготерапії. Суть його полягає в тому, що треба визначити, скільки дерев'яних кубиків пацієнт може перекласти з однієї половини коробки в другу за одну хвилину (рис.2.5).

Для проведення тесту необхідна дерев'яна коробка, посередині якої знаходиться перегородка висотою 15 см. В одній половині знаходиться 150 дерев'яних кубиків розміром 2,5 см. За правилами тесту не можна одночасно брати кілька кубиків, два кубика, взяті за один раз, вважаються як один. Кубик, що впав на підлогу вже після того, як його переклали, зараховується. Якщо кубик був перекинутий на іншу сторону, а не перекладений, він не зараховується.



Рисунок 2.4 – Компоненти для оцінки функції руки

Перед початком пацієнтові пояснюють і показують, як переставляти кубики. За командою він починає на швидкість перекладати кубики з однієї половини коробки в іншу. Інструктор фіксує час і зупиняє пацієнта через одну хвилину. Починати треба з домінуючою руки, потім кубики переставляють на місце і тестують другу руку. Потім підраховують кількість кубиків, перекладених кожною рукою.

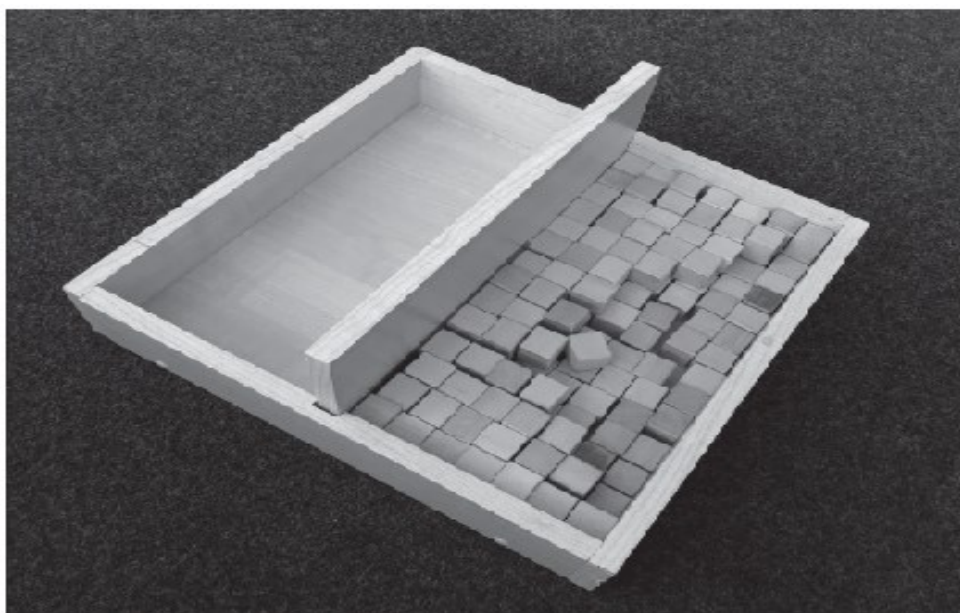


Рисунок 2. Набір для проведення тесту «Кубики в коробці»

Рисунок 2.5 – набір «Кубики в коробці»

Інструменти для оцінити динаміку відновлення функції верхньої кінцівки у пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту умовно можна поділити на 3 групи:

1. Оцінюють тяжкість інсульту.
2. Вимірюють функції, розлад яких призводить до порушення сили м'язів, діапазону руху, спастичності, великої та дрібної моторики.
3. Вимірюють незалежність клієнта у повсякденному житті, або, згідно дослівному перекладу з англійської, що вимірюють «активності повсякденного життя» (Activities of Daily Living, або ADL), під якими зазвичай розуміють елементарне самообслуговування.

Оцінювання верхніх кінцівок та критерії ефективності: моторна функція, тяжкість інсульту у країнах світу, сила м'язів, точність та координованість рухів, діапазон руху, пропріорецепція, активність в повсякденному житті.

Моторна функція: ARAT – це тест, спеціально розроблений для визначення обмеження активності руки, який оцінює здатність пацієнта поводитися з предметами, що відрізняються за розміром, вагою та формою.

Оцінювання Фугля-Мейєра (FMA) – це показник порушення, що використовується для оцінки моторної функції та контролю, включаючи рівновагу, відчуття та біль у суглобах у пацієнтів після інсульту.

Точність і координованість рухів: тест «коробка та кубики» BBT – це показник односторонньої точності і координованості рухів рук пацієнтів, які пережили інсульт, під час виконання дій, що характеризують велику моторику.

Тест з дев'ятьма отворами і стрижнями 9HPT – це показник загальної точності і координованості рухів рук пацієнтів, під час виконання дій, що характеризують велику моторику.

Перцептивно-моторний тест Перд'ю при роботі на комутаційній панелі RPT (GPT) – це показник точності сили стискання та швидкості.

Здатність користуватися обома руками ABILHAND – це показник того, наскільки добре людина, яка пережила інсульт, використовує обидві руки для виконання різноманітних мануальних завдань.

Канадська шкала продуктивності праці COPM – це показник того, наскільки добре людина, яка пережила інсульт, обслуговує себе, наскільки є ефективною та як проводить дозвілля.

Спастичність: Модифікована шкала Ешворта (mAS), MAS є мірою м'язової спастичності, оцінка передбачає виконання 20 функціональних рухів.

Тяжкість інсульту: етапи відновлення за Бруннстромом BRS є показником м'язової спастичності для тих, хто пережив інсульт. Оцінка містить 35 функціональних рухів, які виконуються під керівництвом клініциста.

Модифікована шкала Ренкіна (mRS). Модифікована шкала Ренкіна є показником функціональної незалежності тих, хто пережив інсульт. Оцінка містить 1 пункт. Цей пункт – це співбесіда, яка триває приблизно 30-45 хвилин і проводиться кваліфікованим клініцистом.

Сила м'язів: Сила стискання рук (HGS) Сила стискання рукою – це показник загальної сили. Цей показник складається з 1 функціонального завдання. Це завдання передбачає, що пацієнт стискає динамометр, а потім отримує результати вимірювання сили стискання.

Оцінювання динаміки відновлення функції верхньої кінцівки у пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту за оціночними шкалами дозволило

зробити висновки щодо перспектив відновлення функції верхньої кінцівки: у пацієнтів з важкою формою парезу у 14% мало місце повне відновлення моторної функції, у 30% часткове відновлення, у пацієнтів, які могли незначним чином розгинати пальці та відводити плече на 2-й день після інсульту, через 6 місяців 98% мали ймовірність досягнення певного ступеня точності та координованості рухів; у 60% пацієнтів, які почали розгинати пальці протягом 72 годин, повністю відновилося функціонування верхніх кінцівок за шкалою ARAT.

У дітей з церебральним паралічем від 4 до 18 років використовують *класифікацію порушень функції руки MACS* (Manual Ability Classification System).

- Рівні MACS залишаються відносно стабільними протягом часу;
- Надійний показник майбутнього рівня навички самообслуговування;
- Описує, як діти використовують руки в повсякденних активностях;
- Використання рук в завданнях з власної ініціативи;
- Потреба в підтримці або модифікації;
- Використання об'єктів для повсякденних активностей (одягання, прийом їжі, гра, малювання, письмо);
- Спрямованість на функцію в цілому, а не на те, як дитина використовує кожную руку окремо;
- Чи не оцінює відмінності в функціональності обох рук;
- Опис того, що дитина робить зазвичай, а не в конкретній тестовій ситуації.

Шкала функціональної незалежності FIM

Шкала заповнюється за результатами сукупних спостережень за пацієнтом протягом 2-4 днів. Шкала функціональної незалежності FIM включає 18 пунктів, при цьому пункти 1-13 відображають стан рухових функцій, а пункти 14-18 – стан інтелектуальних функцій. Кожна із зазначених функцій оцінюється за семибальною шкалою. Таким чином, сумарна оцінка за шкалою FIM може становити від 18 до 126 балів: чим нижче сумарна оцінка FIM, тим більшою мірою пацієнт залежний від оточуючих в повсякденному житті.

Семибальна градація оцінки:

7 – повна незалежність у виконанні відповідної функції (всі дії виконуються самостійно, в загальноприйнятій манері і з розумними витратами часу);

6 – обмежена незалежність (хворий виконує всі дії самостійно, але повільніше, ніж зазвичай, або потребує стороннього раді);

5 – мінімальна залежність (при виконанні дій потрібен нагляд персоналу, або допомога при надяганні протеза / ортеза);

4 – незначна залежність (при виконанні дій потребує сторонньої допомоги, однак більше 75% завдання виконує самостійно);

3 – помірна залежність (самостійно виконує 50-75 % необхідних для виконання завдання дій);

2 – значна залежність (самостійно виконує 25-50 % дій);

1 – повна залежність від оточуючих (самостійно може виконати менше 25 % необхідних дій).

2.4 Канадська модель оцінки діяльності

Канадська оцінка виконання діяльності :

- розглядає такі сфери виконання діяльності як самообслуговування, продуктивну діяльність і 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, гра.

Дозвілля включає: спокійний відпочинок, активна рекреація, соціалізація.

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). Крок 2. Коли визначені проблеми, клієнта просять оцінити види діяльності з точки зору їх важливості в його житті за 10-ти бальною системою (рис.2.6, таб. 2.2).

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

Рисунок 2.6 – Шкала оцінки діяльності за ступенем важливості

Процес СОРМ повторюється настільки часто, наскільки це потрібно клієнту. Після проведення повторної оцінки спільно з клієнтом визначають, що проблеми вирішили або проблеми, які залишились або з'явилися (таб.2.3).

Таблиця 2.2 – Реєстраційна форма СОРМ

Крок 1 Визначення проблеми у виконанні діяльності	Крок 2 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
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
Крок 1Б. Продуктивна діяльність Оплачувана/неоплачувана робота (волонтерська) Ведення домашнього господарства (прибирання, прання, приготування їжі) Гра/навчання (навички гри/домашні завдання)	 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 1В. Дозвілля Спокійні» захоплення (хобі, 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

Таблиця 2.3 – 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	A1/C	B1/C	A2/C	B2/C
Зміни виконанні	A2/C- A1/C			
Зміни задоволеності	B2/C-B1/C			

1.5 Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в ерготерапії

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), прийнята Всесвітньою Організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в 2001 р., покликана забезпечити уніфікацію і визначення рамок для оцінки показників здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям.

МКФ – є класифікацією здоров'я і всіх обставин, які пов'язані зі здоров'ям. Вона прийнята ООН як одна з соціальних класифікацій, на яку посилаються і в якій реалізуються «Стандартні правила щодо створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності» (затверджені на 48 сесії Генеральної асамблеї ООН 20 грудня 1993 р).

МКФ вводить поняття здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям. Ці показники описані з позицій організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків:

- Функції і структури організму (Body);
- Активність (Activity) і участь (Participation).

Ці терміни розширюють можливості класифікації, дозволяючи описати не тільки негативний, але й позитивний аспект.

МКФ відмовилася від класифікації «наслідків хвороби» (як це було в МКХ). У ній запропонована класифікація «складових здоров'я». «Складові здоров'я» характеризують його стан, в той час як «наслідки хвороби» концентрують увагу на негативні впливи, які можуть надавати захворювання і інші порушення здоров'я на кінцевий результат.

МКФ містить перелік факторів навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями, що дозволяє практично відобразити профіль функціонування і обмежень життєдіяльності індивіда в рамках різних показників (рис.2.7).

Дана класифікація більш прив'язана до структурних утворень, ніж до функціональних систем організму. Функції та структури організму входять в даній класифікації в один показник. З нових позицій представлено функціонування і обмеження життєдіяльності з точки зору «використання» функцій і структур в індивідуальній та соціального життя людини і позначених в МКФ як «активність» і «участь».

Запропоновано два визначники активності і участі:

- Реалізація (втілення в життя, здійснення);
- Потенційна здатність (капацитет).

Розділ 1 класифікації активності і участі «Навчання і застосування знань» включає цілеспрямоване використання органів почуттів; базисні навички при навчанні; застосування знань. У такому контексті обмеження здатності до навчання в діючих класифікаціях і критерії не використовуються, але основні позиції отримали відображення в категоріях здатність до навчання і, в деякій мірі, здатність до орієнтації. Даний вид активності і участі в значній мірі носить психологічний характер, тому що відображає здатність індивіда не

тільки виконувати окремі дії, а й включатися в діяльність для вирішення складних завдань.

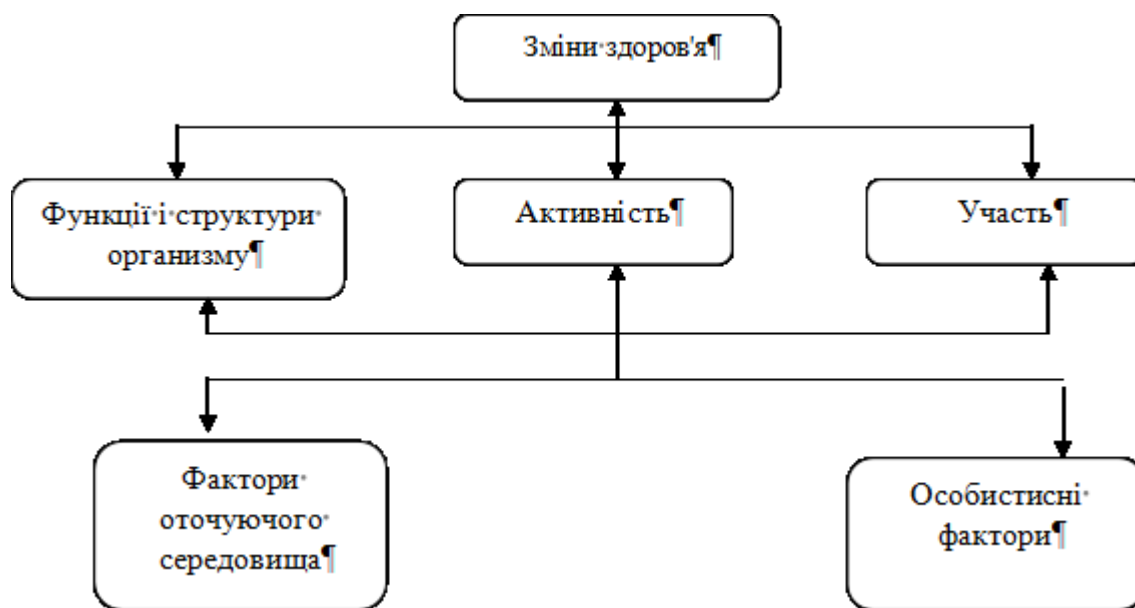


Рисунок 2.7 – Взаємодії між складовими МКФ

Розділ 2 «Загальні завдання і вимоги» включає кілька позицій, що відбивають: виконання окремих завдань, виконання багатопланових завдань, виконання повсякденного розпорядку, подолання стресу та інших психологічних навантажень тощо. В деякій мірі ці позиції враховуються в даний час при визначенні здатності контролювати свою поведінку. Однак виконання окремих і багатопланових завдань практично не включено в жодне визначення категорій обмеження життєдіяльності в даний час. Крім того, визначення або діагностика цих позицій вимагають розробки і створення певних маркерів, за допомогою яких ці обмеження можуть бути враховані.

Розділ 3 «Спілкування» включає: сприйняття повідомлень при спілкуванні; спілкування – складання та виклад повідомлень; розмова і спілкування з використанням засобів зв'язку та техніки спілкування. Всі ці позиції використовуються в чинній класифікації обмежень здатності до спілкування і застосовуються на практиці.

4 розділ «Мобільність» передбачає такі види дій: зміна і підтримання положення тіла; перенесення, переміщення і маніпулювання об'єктами; ходьба і пересування; пересування з використанням транспорту. Всі ці види дій включені в здатність до пересування в рамках діючої класифікації, за винятком перенесення, переміщення і маніпулювання об'єктами, які в даний час оцінюються при діагностиці обмеження самообслуговування та обмежень здатності до трудової діяльності.

Розділ 5 «Самообслуговування» і розділ 6 «Побутова життя» в діючій класифікації включені в категорії життєдіяльності «Самообслуговування», за винятком однієї позиції: в розділ 6 «Побутова життя» включено поняття

«допомога іншим», яке повністю відсутня в чинній Класифікації, але є неодмінною критерієм, в першу чергу якості побутової, сімейного життя.

Розділ 7 присвячений міжособистісної взаємодії і відносин і включає: загальні або особистісні взаємодії і специфічні міжособистісні відносини (соціальний, сімейні, інтимні, формальні, відносини з незнайомими людьми тощо). У діючій Класифікації поняття міжособистісних взаємодій і відносин відсутня, хоча деякі позиції відображені в таких категоріях як контроль за своєю поведінкою і спілкування.

Розділ 8 «Головні сфери життя» включає: освіту; роботу і зайнятість; економічне життя. Ці категорії в чинній Класифікації включені в різні обмеження життєдіяльності: здатність до трудової діяльності, здатність до навчання і, в деякій мірі, в здатність контролювати свою поведінку. Однак економічне життя (економічні відносини, економічна самостійність та ін.) ніколи не оцінювалася як окремий аспект життєдіяльності людини.

Останній 9 розділ присвячений життю в спільнотах, громадської та громадянської життя і включає життя в спільнотах, відпочинок і дозвілля, релігію, права людини, політичне життя і громадянство і ін. В такому аспекті участь в житті суспільства практично ніколи не відбивалося і не оцінювалося в діючих класифікаціях. Однак цей розділ належить до тих дій і завдань, які потрібні, щоб займатися організованою громадським життям поза сім'єю, включатися в життя окремих спільнот, всього суспільства і в цивільні сфери життя.

Порівняльний аналіз моделей обмежень життєдіяльності, представлений в діючих класифікаціях та МКФ свідчить про розбіжності між ними, в основному стосуються соціальних сфер життя людини. Головною відмінністю є опис взаємин між складовими функціонування і обмежень життєдіяльності.

Функціонування індивіда представляється як взаємодія або складні відносини між зміною здоров'я і контекстовими факторами (факторами навколишнього середовища і особистісними факторами). МКФ пропонує використовувати визначення факторів навколишнього середовища з позицій їх впливу як полегшуючого чинника або бар'єру, використовуючи негативні і позитивні шкали, наприклад:

немає бар'єрів – (+ 0-4%)

немає полегшуючих чинників – 0-4%

незначні бар'єри – 5-24%

незначні полегшуючі фактори – (+ 5-24%)

Класифікації, представлені в МКФ, і їх трактування, охоплюють широкий спектр складових здоров'я і пов'язаних зі здоров'ям факторів. Категорії МКФ відносяться до всіх видів обмежень життєдіяльності.

Слід зазначити, що складові «Активність і участь» мають 2 визначника: реалізація та потенційна здатність. Перший з них визначає проблеми індивіда в реальних умовах навколишнього середовища, в тому числі з використанням допоміжного обладнання, яке є індивіду в його реальному оточенні. Другий – вказує на зниження можливості активності і участі без допомоги, тобто оцінює труднощі в разі відсутності сторонньої допомоги або допоміжного обладнання.

Порівняльний аналіз положень МКФ і вітчизняних підходів показує наявність деяких особливостей у поглядах на оцінку здоров'я і факторів, пов'язаних зі здоров'ям, при наявності подібності основних позицій. До подібності позицій відноситься функціонально-структурний підхід як показник оцінки стану організму людини і його функцій, підхід до оцінки активності і участі. Ці підходи реалізуються і у вітчизняній практиці при здійсненні МСЕ.

Однак пріоритет МКФ полягає в тому, що вона пропонує для обліку більш широке коло розумових функцій і видів життєдіяльності.

До переліку розумових функцій включені не тільки пізнавальні процеси (пам'ять, увага, мислення та ін.) А й більш складні функції психіки, що інтегрують у собі і особистісні характеристики, наявність соціального досвіду і навичок поведінки.

Виділення в МКФ особливого виду активності та участі «спільні завдання і вимоги» як здатності людини виконувати різні види діяльності є надзвичайно прогресивним, так як даний вид відіграє провідну роль при оцінці здатності людини виконувати будь-яку діяльність взагалі.

Для бар'єрів і для полегшуючих чинників запропоновані одні і ті ж кількісні визначники:

А. Для бар'єрів:

0. Ні бар'єрів (немає, відсутні, нікчемне) 0-4%
1. Незначні бар'єри (легкі, невеликі, слабкі) 5-24%
2. Помірні бар'єри (середні) 25-49%
3. Виражені бар'єри (різко виражені, важкі) 50-95%
4. Абсолютні бар'єри (повні) 96-100%

Б. Для полегшуючих чинників:

0. Ні полегшуючих чинників (немає, відсутні, нікчемні) 0-4%
1. Незначні полегшуючі чинники (легкі, невеликі, слабкі) 5-24%
2. Помірні полегшуючі чинники (середні) 25-49%
3. Виражені полегшуючі чинників (різко виражені, важкі) 50-95%
4. Абсолютні полегшуючі чинники (повні) 96-100%

Інших визначників факторів навколишнього середовища в версії МКФ 2001 року не були запропоновані і вказується, що визначення кількісних значень повинно бути уніфіковано, методики оцінки необхідно розробляти в ході подальших досліджень. Крім того, будуть потрібні подальші дослідження, щоб з'ясувати, наскільки перелік факторів навколишнього середовища залишиться зрозумілим і стабільним при його використанні.

Бальна оцінка. З урахуванням проявів захворювань, наслідків травм і дефектів по тяжкості (стадія процесу, характер перебігу, порушення структури або функції за ступенем виразності тощо) їм може бути дана кількісна оцінка в балах, відповідних тяжкості обмежень основних категорій життєдіяльності, які є підставою для визначення конкретної групи інвалідності.

Як правило, ступінь виразності порушених функцій (помірні – 40-60 балів, виражені – 70-80 балів і значно виражені – 90-100 балів) відповідають ступеню виразності окремих категорій життєдіяльності (активності та участі), що може

бути використано при визначенні групи (тяжкості інвалідності) в залежності від показника (узагальненого) виразності порушень функцій в балах.

Узагальнений показник відповідності суми балів тяжкості інвалідності (групи) визначаються наступними критеріями:

- 0-30 балів відповідають незначною тяжкості проявів захворювань, наслідків травм чи дефектів і свідчать про відсутність підстав для встановлення інвалідності, але можуть визначати необхідність реалізації заходів щодо медичної реабілітації;
- 40-60 балів – характеризують обмеження життєдіяльності при 3 групі інвалідності;
- 70-80 балів – характеризують обмеження життєдіяльності при 2 групі інвалідності;
- 90-100 балів – характеризують обмеження життєдіяльності при 1 групі інвалідності.

При наявності декількох функціональних порушень оцінюють кожен ступінь виразності здоров'я окремо. При оцінці сумарного ступеня порушення здоров'я слід виходити з окремого максимально вираженого порушення і далі встановити щодо інших функціональних порушень, їх вплив на збільшення цього показника на 10 балів для оцінки обмеження в цілому.

2.6 Постановка цілей втручання ерготерапевта

Після проведення оцінки спільно з пацієнтом ставлять цілі, спрямовані на виконання діяльності, яка важлива для пацієнта. Ці цілі повинні бути досяжні пацієнтом в заданий термін і узгоджуються з реабілітаційними цілями мультидисциплінарної команди. Відповідно до поставлених цілей ерготерапевтами планується і проводиться втручання, спрямоване на відновлення втрачених функцій або на адаптацію, підбір необхідного обладнання або пристосувань, після чого оцінюється ефективність проведеного втручання. Далі розглядається реальна можливість постановки нових цілей. Можливість досягнення пацієнтом прогресу, відновлення звичних видів активності або придбання нових навичок визначає необхідність продовження ерготерапевтичного втручання. Наприклад, якщо клієнту необхідно навчитися підніматися по сходах, аби брати участь дістатися до своєї квартири, то для цього необхідно збільшити силу литкових м'язів. В цьому випадку можна або придумати для цього вправи і використовувати тренажери, або тренувати необхідну навичку, тобто підніматися по сходах регулюючи висоту сходинок і кількість підйомів. З точки зору фізичної терапії краще в якості вправи використовувати сходи. Для дітей завжди використовується ігровий контекст в спеціальним чином організованому середовищі. Це необхідно тому, що дитина вчиться руху точно так же, як і будь-яким іншим новим навичкам, тільки через гру.

Цілі формулюють при мультидисциплінарному обговоренні проблем пацієнта, але не лише особливостей клінічного стану. Формулювання цілей відбувається щодня у відділенні реанімації та інтенсивної терапії та щотижня у

відділеннях реабілітації. Цілі вибираються відповідно до потенціалу пацієнта, організаційними та фінансовими умовами процесу медичної реабілітації пацієнта при обов'язковому узгодженні цілей з пацієнтом (при збереженні когнітивних функцій) або найближчими родичами, що доглядають за особами (рис.2.8).



Рис.2.8 Мотивація – процес спонукання людини до діяльності для досягнення цілей

Зміст реабілітаційної цілі: хто, зробить що, при яких умовах, як, за який період часу.

Цілі мають бути SMART:

- Specific - Специфічні
- Measurable - Вимірювані
- Attainable - Досяжні
- Realistic - Реалістичні
- Timed - Визначені у часі

Довгострокова мета – на момент виписки (через 2 тижні) пацієнт М. зможе підігріти собі їжу в мікрохвильовій печі без фізичної допомоги і без підказок, але під спостереженням.

Короткострокова мета – на 5-7-10 днів (від першого лиця): через 5 днів я зможу правильно розташувати себе відносно до холодильника і дістати контейнер з їжею з середньої полиці; через тиждень я зможу розігріти собі їжу в мікрохвильовій печі, яка розташована на столі; через 2 тижні я буду голитися самостійно, користуючись письмовими підказками на дзеркалі.

Коли людина бере участь у занятості, вона вчиться діяльності в результаті самостійного вибору та мотивації. Залучення до занятості включає в себе як

суб'єктивні (емоційні або психологічні) аспекти, так і об'єктивні (фізичні) аспекти діяльності. У розумінні заняттєвої терапії, здоров'я підтримується тоді, коли людина бере участь у занятті і заходах, що задовольняють її бажання або необхідність участі вдома, в школі, на робочому місці і в суспільному житті.

Поведінка людини спостерігається на основі фізичного, когнітивного, емоційного та соціального стану індивідуума. Дослідження людського розвитку свідчать про те, що ці зміни, з плином часу, зазвичай відбуваються систематично і впорядковано.

Має бути визначено інструмент підтвердження досягнення мети у пацієнта та індикатори якості процесу медичної реабілітації, спрямованого на досягнення цілей.

Питання для самоперевірки

1. Дайте характеристику моделі людина-оточення-виконання діяльності.
2. Які види зайнятості в ерготерапії ви знаєте? Дайте характеристику кожному з них.
3. Розкрийте основні вміння і навички, які входять в сферу діяльності ерготерапевта.
4. Що включає в себе ерготерапевтичний процес? Дайте характеристику йому.
5. Розкрийте вплив вимог з боку фізичного і соціального оточення на соціальну участь пацієнта/клієнта.
6. Які види заняттєвої терапії Вам відомі? Чому виникло стільки моделей заняттєвої терапії?
7. Що вкладає заняттєва терапія у поняття «фактори клієнта». Наведіть приклад.
8. Що таке емоційні навички? Яке значення вони мають у процесі здійснення заняттєвої терапії?
9. Які вимоги до професійної діяльності висуває заняттєва терапія?
10. Чим МКФ відрізняється від інших класифікацій?
11. Які складові МКФ та на яку модель розуміння інвалідності орієнтується МКФ?
12. Опишіть процес взаємодії між складовими МКФ.
13. У чому полягає суть і особливості застосування МКФ і МКБ-10 в ерготерапевтичній практиці?

Тести

1. Здоров'я в ерготерапії:
 - а) стан морального, фізичного і психічного благополуччя, пов'язаний з місцем існування;
 - б) здатність до вибору будь-яких видів активності;
 - в) стан організму, яке консиліум фахівців визнав здоровим;
 - г) стан організму яке не перешкоджає роботі та дозвіллю

2. Мотивація пацієнта в ерготерапії:

- а) найважливіше завдання;
- б) не така вже суттєва частина роботи;
- в) інструмент в роботі;
- г) не має відношення до ерготерапії

3. Працетерапія в ерготерапії:

- а) синонім ерготерапії;
- б) діяльність, спрямована на відновлення продуктивної діяльності людей працездатного віку;
- в) основна частина ерготерапії;
- г) використовується виключно для психіатричних пацієнтів

4. Функції ерготерапевта:

- а) реабілітація пацієнта до відновлення працездатності;
- б) підбір технічних засобів реабілітації;
- в) інтеграція пацієнта в суспільство і середовище проживання;
- г) реабілітація пацієнта на своєму обмеженому етапі реабілітації

5. Ерготерапевт повинен займатися:

- а) тільки рухової реабілітацією;
- б) тільки неврологічної реабілітацією і психологічною допомогою;
- в) соціальною реабілітацією;
- г) відновленням функціонування в обсязі, що приносить задоволення пацієнту

6. Цілі втручання у SMART – форматі повинні бути:

- а) короткострокові, досяжні, що стимулюють, пов'язані з відновленням конкретного дефіциту;
- б) довгострокові, перспективні, що підтримують, пов'язані з відновленням конкретного дефіциту;
- в) короткострокові, довгострокові, сформульовані і записані в карту пацієнта;
- г) конкретні, вимірні, досяжні, актуальні, обмежені терміном

7. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я зазначає проблеми, яких може зазнати особа при залученні до життєвих ситуацій, як обмеження:

- а) участі;
- б) мобільності;
- в) комунікації;
- г) активності;
- д) навчання

Ситуаційна задача

Пацієнту, Ігорю Володимировичу, 57 років. Протягом останнього року він відзначає зростаючу слабкість. Він зазначає як загальну слабкість – неможливість довго стояти, ходити, так і слабкість в окремих м'язах, особливо в м'язах ніг – важко підніматися сходами (живе на 4-му поверсі в будинку без ліфта), останнім часом змушений відмовитися від користування громадським транспортом, крім трамвая.

У трамваї сходинки не високі і поручні зручні, так що забратися в нього досить легко, а в маршрутку взагалі неможливо навіть із допомогою. Руки теж слабкі – важко підняти вище рівня плеча ще й через біль у плечах, особливо в правому. Стало важко мити голову. Навіть чистити зуби стало важко, ще й тому, що зубну щітку важко тримати в руці. Перестав голитися. Нещодавно стали мучити хворобливі м'язові спазми. Якщо спазм виникає, коли Ігор Володимирович стоїть, він може впасти, якщо немає поруч поверхні, на яку можна сісти. Ще одна проблема – важко ковтати. Але Ігор Володимирович сам готує собі їжу і перемелює її в блендері. Ігор Володимирович продовжує працювати, хоча довелося піти на 0,5 ставки.

Він – викладач в гірничому інституті і зараз веде дипломників, які приїжджають до нього додому. Роботу залишати не хоче, хоча довго сидіти важко: втомлюється шия, голова хилиться вперед, це заважає дивитися на екран монітора комп'ютера. Дружина Ігоря Володимировича йому в усьому допомагати, але їй зараз доводиться багато працювати, так що він весь день вдома один. Їх єдиний син зараз в армії. Ігор Володимирович тільки що виписався з лікарні, де йому встановили діагноз – «Бічний аміотрофічний склероз».

Завдання:

1. Дайте характеристику людській занятості, відповідаючи на запитання «Як?», «Чому?». «Де?», «Хто?», «Коли?»
2. Складіть лист проблем пацієнта в форматі МКФ.
3. Оберіть 1 довгострокову і 2 короткострокові в форматі SMART.

📖 Тема 3 Засоби та методи ерготерапевтичного втручання

План

3.1 Засоби та методи ерготерапевтичного втручання

3.2 Використання підготовчих методів і засобів

3.3 Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття з метою відновлення або розвитку функцій організму

3.4 Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття з метою розвитку виконавчих умінь та навичок

3.1 Засоби і методи ерготерапевтичного втручання:

1. Використання підготовчих методів і засобів:

- Використання преформованих фізичних чинників: тепло, холод, преформована електрична енергія
- Позиціонування
- Моб ілізація суглобів
- Сенсорна стимуляція
- Методики фасилітації та інгібіції
- Підбір адаптивних та технічних засобів реабілітації (в т.р. ортезів та протезів)

2. Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття з метою відновлення або розвитку функцій організму:

- функцій м'язів та суглобів (сили, витривалості, амплітуди руху, мобільності суглобів)
- функцій мимовільних рухових реакцій
- довільних рухових функцій (координацію великої та дрібної моторики, зорово-рухову, двосторонню координацію, праксис)
- моторики і координації органів ротової порожнини
- розумових функцій (специфічних та глобальних)
- сенсорних функцій (зорового сприйняття, вестибулярної, пропріоцептивної функції, сенсорної інтеграції)

3. Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття з метою розвитку виконавчих умінь та навичок:

- рухових умінь та навичок (стабілізувати тулуб, дотягуватися, хапати, маніпулювати, піднімати, переміщувати предмети тощо)
- процесуальних умінь та навичок (ініціювати, підтримувати увагу, планувати та дотримуватися плану дії, організовувати, пристосовуватися тощо)
- умінь та навичок соціальної взаємодії (вступати в контакт, проявляти емоції, уточнювати, відповідати тощо)

4. Терапевтичне використання заняттєвої активності:

- Виконання компонентів заняттєвої активності (окремих занять, завдань та дій), визначених на основі заняттєвого аналізу.

- Модифікація та адаптація способів виконання заняттєвої активності (окремих занять, завдань та дій).

- *Організація виконання заняттєвої активності у наступних сферах:*

- активність повсякденного життя (ADLs);
- інструментальна активність повсякденного життя (IADLs);
- відпочинок і сон;
- освіта;
- робота;
- гра;
- дозволя;
- соціальна участь

5. *Адаптація інструментів діяльності та середовища життєдіяльності пацієнта/клієнта.*

6. *Навчання та консультування пацієнтів/клієнтів та членів їх родин.*

7. *Проведення ерготерапевтичного втручання у групі.*

3.2 Використання підготовчих методів і засобів

Суглобові мобілізації – це спеціальні техніки, які використовуються для збільшення амплітуди рухів в суглобах і зменшення больових відчуттів, пов'язаних з порушенням рухливості в області уражених зчленувань.

Процедура проводиться в різних напрямках із застосуванням як фізіологічних, так і додаткових терапевтичних рухів, зокрема:

- виконання обертань навколо горизонтальній осі суглоба;
- ковзаючі рухи в площині одного суглобового елемента;
- згинання та розгинання суглобів;
- приведення і відведення уражених суглобових зчленувань;
- компресійне зближення поверхонь одного суглоба;
- дистракція або виконання віддалення суглобових поверхонь.

У більшості клінічних випадків фахівець виконує комплекс методик, що забезпечують фізіологічні руху в суглобі, які відбуваються пасивно в розслабленому стані клієнта.

Нерідко люди стикаються з патологічними станами, які супроводжуються больовими відчуттями і зниженням амплітуди рухів в плечовому суглобі, у цьому разі проводиться мобілізація плечового суглоба (рис.3.1).



Рисунок 3.1 – Мобілізація плечового суглоба

Суглобова мобілізація відрізняється своєю результативністю і надає наступні позитивні ефекти:

- дозволяє збільшити амплітуду активних і пасивних рухів в області суглоба;
- за допомогою методики вдається зменшити больові відчуття;
- досягається ефект розслаблення м'язів;
- збільшується зв'язкова і капсульна розтяжність;
- допомагає поліпшити міцність на розтягнення;
- підвищується якість внутрішньо-суглобової рідини

Серед основних показань для проведення мобілізації суглобів різної локалізації виділяють:

- болі в області хребта, м'язово-зв'язкового апарату, великих суглобів кінцівок;
- скутість рухів в суглобах, пов'язана з порушеннями м'язового тону, також виникнення специфічних клацань при рухах;
- функціональні зміни в суглобах;
- стан після травм або оперативного втручання на суглобах;
- наслідки сильного стресу і нервово-психічного перенапруження

Суглобові мобілізації мають ряд обмежень до виконання:

- патологічні стани, які супроводжуються підвищеною крихкістю кісток, що мають місце при генетичних захворюваннях, тотальному остеопорозі, онкологічних хворобах;
- травматичні ушкодження в гострому періоді, також ранній післяопераційний період;

- гострі інфекційні захворювання і загострення хронічної патології внутрішніх органів;
- системні захворювання сполучної тканини;
- ревматоїдний артрит у фазі загострення.

Сенсорна стимуляція. Показаннями до терапії є:

- гіперактивність,
- порушення мовного, психічного розвитку,
- дитячий церебральний параліч,
- відновний період після операцій, переломів кісток, травм.

Використовується метод для поліпшення стану у дітей з синдромом Дауна. Терапія, заснована на сенсорній інтеграції, допомагає дати мозку потрібні знання про навколишнє оточення і зовнішні стимули впливають на сенсорні системи людини (зорову, слухову, вестибулярну та ін.)

Матеріали, які сприятимуть розвитку тактильної системи:

різні сипучі матеріали (крупки, природний матеріал, силіконові гранули) (рис.3.4);

- предмети з різних матеріалів і різної текстури;
- малярні кисті, валики (різних видів);
- парні картки з різними текстурами;
- тактильні дошки;
- сенсорні масажні доріжки і килимки (рис.3.2);
- масажні щітки, валики, масажери су-джок;
- балансування сенсорний їжачок;
- мішок з предметами різної форми;
- м'ячі різної текстури і розміру (рис.3.3);
- надувний басейн з кульками



Рисунок 3.2 – Сенсорна доріжка



Рисунок 3.3 – М'ячик для масажу



Рисунок 3.4 – Силіконові гранули

Матеріали, які сприятимуть розвитку вестибулярного апарата:

- гойдалка;
- міні-карусель;
- різні гойдалки (дошки-гойдалки, лава-гойдалка, човен-гойдалка, крісло-качалка);
- балансувальні дошки і платформи (різних видів) (рис.3.5);
- конус;
- гірка;
- диск що крутиться;
- батут;
- підвісні мотузкові сходи і платформи;
- гамаки;
- гойдалка-мішок (шматок міцної, злегка еластичної тканини, закріплений зверху на одному гачку. Такий тип гойдалок, в якому дитина відчуває себе туго обтягнутою з усіх боків, добре підходить і для стимуляції тактильної і пропріоцептивної систем);
- м'які тунелі, бочки;
- каркаси для кріплення підвісного обладнання

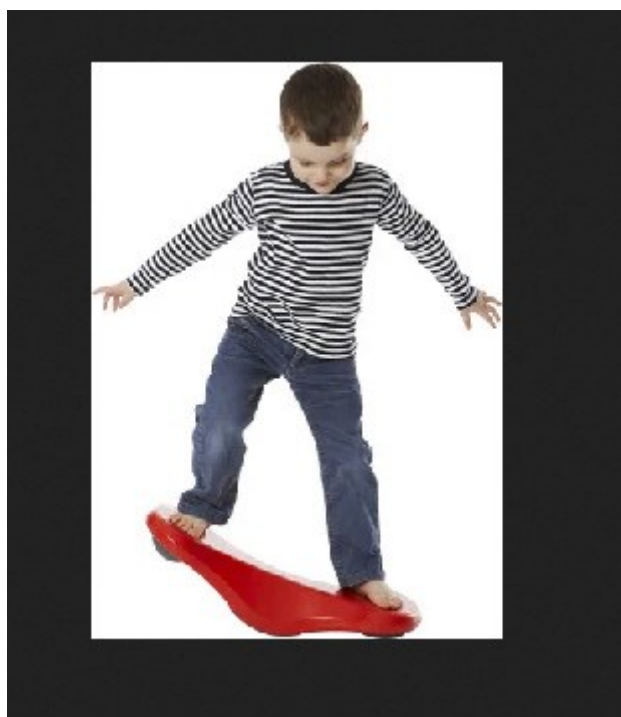


Рисунок 3.5 – Балансувальна дошка

Матеріали, які сприятимуть розвитку пропріоцептивної системи (сигнали від м'язів):

- еластична мотузка;
- пружинний еспандер;
- еластична мотузка, зшита в кільце (тягнеться мотузка або гумка, вставлена в чохол з приємною на дотик товстої тканини типу флісу. З таким чохлом її зручно тримати в руках і немає небезпеки поранитися) (рис.3.6);
- різного виду спеціальні обважнювачі (шарфи, жилети, обважнювачі на зап'ясті та ін.) (рис.3.7).



Рисунок 3.6 – Пружинний еспандер



Рисунок 3.7 – Обважнювачі на зап'ястя

Основні складові сенсомоторної корекції:

- дихальні вправи;
- окорухові вправи;
- розтяжки і масаж;
- формування міжпівкульної взаємодії;
- формування просторових уявлень.

В сенсомоторну корекцію включаються і інші блоки вправ.

Методика фасилітації та інгібіції

Інгібіція – це гальмування патологічних рухів, положень тіла і рефлексів, які перешкоджають розвитку нормальних рухів.

Фасилітація – це полегшення правильних (нормальних) рухів і положень тіла.

Прикладом використання цих методів є *Бобат-терапія* для дітей з ДЦП. Сеанси Бобат-терапії для дітей проходять у формі гри, що допомагає побудувати дружні і довірчі відносини з маленькими пацієнтами, а дітям – відчувати себе більш спокійно і комфортно.

Вправи Бобат-терапії можуть виконуватися з використанням шведської стінки, металевих обручів, балансуєчої дошки, круглого скейта, інших ортопедичних пристосувань (рис.3.8). Такі заняття допомагають стимулювати рух, навіть у пацієнтів з важкими неврологічними порушеннями. Для розвитку дрібної моторики використовують дерев'яні пазли і картинки, намистини, пірамідки, машинки, річкові камінці, дерев'яні рамки-вкладиші та ін.



Рисунок 3.8 – Бобат-терапія з використанням валика

3.3 Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття з метою відновлення або розвитку функцій організму

Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття застосовують з метою відновлення або розвитку функцій організму: м'язів та суглобів; мимовільних рухових реакцій; довільних рухових реакцій (координація великої та дрібної моторики), зорово-рухових функцій, двосторонньої координації, праксиса, моторики і координації органів ротової порожнини, розумових специфічних, сенсорних функцій.

Терапевтичні вправи на координацію великої моторики

Вправи в умовах постільного режиму. При відновленні функції верхньої кінцівки при реабілітації пацієнтів після інсульту, терапевтичні вправи починають максимально рано, якщо стан здоров'я хворого дозволяє, на 2-3 день після госпіталізації.

Пасивне тренування починають з опрацювання суглоба, розташованого ближче до тулуба (плечового, тазостегнового), поступово спускаючись до кінчиків пальців. Терапевтичний комплекс зазвичай включає: розгинання, згинання, обертання, приведення, відведення. Звичайно ж, в такому разі вкрай важко щось зробити у великому обсязі, оскільки функціональні можливості хворих дуже обмежені. Тому допомагати потрібно, оточуючим таких пацієнтів, людям. Даний комплекс вправ повинен виконуватися всіма особами в гострому періоді після будь-якого інсульту. Вправи повинні бути спрямовані на зменшення тонуусу і поступове збільшення амплітуди рухів.

Типова гімнастика виглядає так:

1. Просте розгинання і згинання пальців і кистей, передпліч і ліктів, стоп і колін, рухи кінцівок в плечових і тазостегнових суглобах;

2. Обертальні рухи зазначеними сегментами виконуються за допомогою тих, хто доглядає за хворими. Вони повинні імітувати ті рухи, які здатна виконувати здорова людина;

3. Вправа для відновлення руки. Розтягування спазмованих кінцівок за допомогою лонгет і інших пристосувань. Показано при стійкому паралічі. Для цього зігнута кінцівка поступово розгинається від пальців і фіксується бинтом до твердої плоскої дощечки або іншого пристосування. Поетапно виробляються такі ж дії з встановленими вище ділянками руки (пензлем і передпліччям). У такому положенні кінцівка фіксується на півгодини, але можна і довше, якщо у пацієнта це не викликає дискомфорту;

4. Над ліжком підвішується рушник. Наступну вправу можуть виконувати особи з відновленою функцією кисті. Для цього рушник захоплюють нею і виробляють всі можливі рухи (відведення і приведення, піднімання-опускання в плечі, згинання-розгинання в лікті). Поступово рушник піднімають вище і вправи виконують під власною вагою хворого;

5. Зі смужки гуми середньої товщини і ширини необхідно зробити кільце, діаметром 40 см. За допомогою цього пристосування можна виконувати велику кількість вправ. Воно накидається між кистями, передпліччя, рукою і ногою, пензлем і будь-яким предметом. При цьому розтягують гумку шляхом розведення її кінців один від одного. Лежачи в ліжку, необхідно плавно підняти руки над головою і спробувати вхопитися за її спинку. Після цього виконуються неповні підтягування з одночасним витягуванням стоп і пальців (як би потягування);

6. Вправи для очей. Відновлюють функцію рухливості очних яблук і адаптації зору. Для цього потрібно зробити рухи очима в різні боки по кілька разів. Кругові рухи. Повторюють процедуру з закритими повіками. Фіксація погляду в одній точці з подальшими обертальними, кивковими і круговими рухами голови без відриву від цієї точки фіксації.

Активну гімнастику в умовах ліжкового режиму починають тоді, коли людина може самостійно здійснювати рухи в положенні лежачи й для цього вже немає медичних протипоказань. Щоб гімнастика була максимально результативною необхідно дотримуватися таких правил: спочатку комплекс вправ виконують для здорової, потім для ураженої сторони тіла, обов'язково чергують прості, складні рухи, періоди роботи, відпочинку. Темп занять повинен бути плавним, навантаження збільшується поступово, сильні больові відчуття не допускаються.

Комплекс вправ для верхніх кінцівок: стискання кулака, повторити 10-20 разів, кругові рухи в променево-зап'ясткових суглобах при затиснутих кулаках, по 15 обертів в обидві сторони, розгинання і згинання рук в ліктях по 20 разів. Вихідне положення – руки вздовж тулуба, повільно піднімаємо і опускаємо їх паралельно тулубу (працюють плечові суглоби) по 20 разів, робимо махи руками в сторони, лежачи на спині по 20 разів.

У міру відновлення організму м'язи спочатку будуть втомлюватися від найпростіших вправ таких, як вставити дерев'яний кілок в отвір або закрутити гайку на болти, які прикріплені до дошки. Надалі терапевт може запропонувати

надіти на зап'ястя манжети з навантаженням і попросити виконати ті ж дії. Це, безумовно, ускладнить виконання завдання, але дозволить розвинути м'язову силу. Чим довше вийде виконувати вправу без перепочинку, тим вище витривалість м'язів. Якщо виконувати вправи на дрібну моторику в положенні стоячи, то будуть також зміцнюватися м'язи ніг і розвиватися рівновага, що знижує ризик падіння.

Пізніше терапевтичні вправи можна доповнювати: еспандерами, еластичними стрічками – тренують м'язову силу, дрібну моторику рук; заняттями на роботизованих тренажерах – відновлюють координацію, дрібну моторику, м'язову силу; роботою зі спеціальними дзеркальними призмами – активізують роботу дзеркальних нейронів, які допомагають іншим нервовим клітинам навчитися управляти ураженої кінцівкою; фіксаторами – утримують уражену кінцівку в розігнути стані, запобігають розвитку спастичності.

Доповненні до традиційних вправ з гантелями ерготерапевт може запропонувати використовувати велотренажер (педальний тренажер) для рук. Це дозволить зміцнити силу в руках і плечовому поясі. Різноспрямовані рухи рук також значно впливають на розвиток балансу під час ходьби. Спочатку завдання потрібно буде виконувати кілька хвилин, потім терапевт може ускладнити вправу, наприклад, підвищити опір тренажера або збільшити час виконання.

Чим більше сили буде в руках, тим більше дій вийде зробити. Ерготерапевт може дати завдання, наприклад, випрати вручну деякі речі, і навіть ковдру. Це теж розвиває силу в руках, оскільки доводиться утримувати важкий предмет. Чим вище буде витривалість м'язів, тим легше буде виконувати щоденні дії – такі як одягання і приготування їжі.

Підкидання м'яча в повітря вважається дитячою забавкою. Однак, ерготерапевт в роботі використовує модифіковані м'ячі, які допомагають зміцнити м'язи рук і плечового поясу. Насправді, підкидаючи навіть найлегший надувний м'яч, чоловік збільшує діапазон рухів і силу. У разі поліпшення результатів ерготерапевт може підібрати м'яч з більшою вагою або запропонує надіти на зап'ястя манжети з навантаженням, щоб збільшити навантаження. Для максимального ефекту можна підкидати медичні м'ячі в положенні стоячи, тоді розвивається сила всіх м'язів організму.

Корекція великої моторики. Для занять, спрямованих на корекцію загальних моторних порушень, дуже корисно мати вдома свій невеликий спортивний комплекс. З його допомогою робляться звичними важкі і, можливо, навіть страшні для дитини вправи: лазіння, стрибання, вертіння, перекидання, підтягування, ходіння по лавці.

Вправи та ігри добре проводити і на природі. Ігри «Хто кине вище?», «Хто кине точніше?» (Треба потрапити в дерево). Корисно дітям перебувати і рухатися у воді (у ванні, басейні, річці, морі), кататися взимку на лижах, ковзанах, влітку – на велосипеді.

Силкові тренування передбачають поступові активні вправи на подолання опору. Вони можуть покращити моторну функцію та збільшити діапазон рухів, але не точність та координованість.

Тренінг дрібної моторики. Дрібна моторика – це перш за все спільна робота дрібних м'язів рук і зору, за допомогою яких можна здійснювати точні рухи, контролювати силу і відповідність дій. Дрібна моторика – це тонкі, диференційовані рухи пальців.

Пальчикова гімнастика. Наведені вправи спрямовані на відновлення дрібної моторики рук. Відновлення рухливості руки – один з найскладніших етапів реабілітації, тому важливо проявити наполегливість.

Комплекс пасивних вправ для міжфалангових і п'ястно-фалангових суглобів

Вправа 1. Лежачи на спині, рука випрямлена, передпліччя знаходиться в середньому положенні (великий палець звернений догори). Проводиться згинання та розгинання кожного пальця окремо, а так само 2-го і 5-го пальця одночасно.

Вправа 2. Відведення і приведення у п'ястно-фалангових суглобах: розтискання пальці «віялом», потім з'єднання їх.

Вправа 3. Виконуються вправи для суглобів 1 пальця: згинання-розгинання, приведення-відведення, протиставлення до кожного пальця тієї ж кисті і кругові рухи. Стимуляція активних рухів починається вже в ході виконання пасивних вправ: виконуючи пасивні рухи хворий «уявляє» цей рух, вольовим зусиллям посилюючи відповідний руховий імпульс.

Комплекс вправ на розтяжку

Вправи на розтяжку виконуються активно або пасивно в залежності від ступеня втрати рухливості руки. Якщо рухливість кінцівки загублена повністю, можна виконувати вправи, допомагаючи собі здоровою рукою. Вправа допомагає запобігти спазму м'язів і відновити рухливість руки.

Вправа 1. Покладіть руку на стіл, дозвольте долоні вільно звисати з його поверхні. Почніть рухати долонею вгору і вниз, згинаючи зап'ястя (рис.3.9).

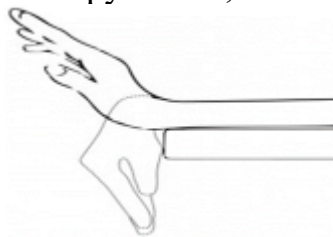


Рисунок 3.9 – Вправа №1

Вправа 2. Стартова позиція – повністю розкрита долоня. Перемістіть великий палець у напрямку до мізинця, як якщо б ви показували цифру 4. Продовжуйте переміщати великий палець між цими двома позиціями (рис.3.10).

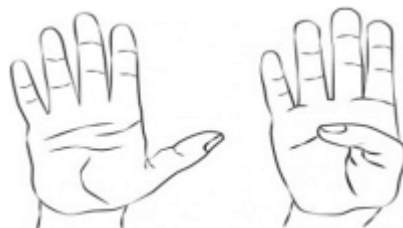


Рисунок 3.10 – Вправа № 2

Засвоївши комплекс вправ з координації, приступайте до *вправ на обертання і зрушення*.

Вправа 1. Візьміть ручку і спробуйте покрутити її навколо середнього пальця, використовуючи вказівний і безіменний пальці. Обов'язково думайте про те, як ручка обертається в вашій руці.

Вправа 2. Візьміть ручку так, як ви зазвичай тримаєте її в процесі письма (великим, вказівним і середнім пальцями). Поштовхами висувайте її вперед, поки в руці не залишиться тільки кінчик. Перевертайте ручку і повторюйте вправу спочатку. У процесі вправи думайте про те, як ваші пальці рухаються уздовж ручки.

6 легких вправ для рук:

- Складання монет стовпчиком;
- Стискання прищіпок;
- Настільні ігри (шахи та шашки);
- Збирання пазлів;
- Гра на фортепіано;
- Гра на віртуальному піаніно (електронний симулятор).

Комплекси вправ для початкового тренінгу:

Комплекс 1 (вправи виконуються в положенні сидячи за столом);

Вправа 1. Стиснути кисть в кулак, великий палець зверху притискає 4 інших. Теж, але 4 пальця притискають великий палець зверху (по 10-15 разів);

Вправа 2. кругові рухи кожним пальцем окремо (по 8 разів);

Вправа 3. Згинання пальців в нігтьових і середніх фалангах (20-25 рухів);

Вправа 4. Розведення і зведення пальців (10-16 разів);

Вправа 5. Почергове піднімання кожного пальця (по 5 разів);

Вправа 6. Піднімання кожного пальця і руху їм вправо і вліво;

Вправа 7. Наближення до кінцевої фаланги великого пальця кожної фаланги інших пальців;

Вправа 8. Послідовне згинання пальців в нігтьових, середніх суглобах. Випрямлення ковзанням долонною поверхні кисті (15-20 рухів);

Вправа 9. Пальці розведені нарізно. Починаючи з мізинця, послідовно зігнути всі пальці в кулак. Так само послідовно розігнути пальці, починаючи з великого. Потім зігнути, починаючи з мізинця (10-12 рухів);

Вправа 10. Пальці стиснуті в кулак. Розігнути і знову зігнути кожен палець окремо (10-12 рухів);

Вправа 11. Великий палець приведений до долоні. Одночасно зігнути 4 пальця і відвести великий (14-18 разів);

Вправа 12. Пальці розведені і спираються об стіл. Статична напруга м'язів кисті (5-7 разів);

Вправа 13. Великий і вказівний палець спираються об стіл. Вправа «шпагат» (по 3 рази);

Вправа 14. Кисть долонею вгору. Захоплення великим пальцем по черзі кожного пальця при одночасному розведенні інших.

Комплекс 2. (Руки спираються на лікті, кисті з'єднані).

Вправа 1. Пальці правої руки схиляють назад пальці лівої і навпаки (5-7 разів);

Вправа 2. Переплести пальці, притиснути один до одного. Роз'єднати їх, чинячи опір (5-7 разів);

Вправа 3. Пальці розведені і зіставлені один з одним. Статична напруга м'язів (4-6 разів);

Вправа 4. «Клацання» (по 3 рази кожним пальцем);

Вправа 5. Пальці переплетені. Повороти кистями долонь від себе і до себе (6-8 разів);

Вправа 6. Злегка розвести пальці правої кисті. Кінці пальців лівої кисті покласти на нігтьові фаланги пальців правої кисті. Розгинати пальці правої, енергійно опираючись лівою (6 разів);

Вправа 7. Великий палець лівої кисті тримати вертикально вгору. Зачепитися за нього вказівним пальцем правої руки і енергійно згинати його, долаючи опір (4-6 разів);

Комплекс № 3 (з короткими паличками)

Вправа.1 Катання палички в піднятою кистю при опорі на лікоть:

а) між 2 пальцями;

б) між великим пальцем і 4 іншими;

в) між долонями обох кистей (2-3 хв);

Вправа 2. Захопити максимальну кількість паличок одним пензлем і викладати їх по одній на стіл (2 хв);

Вправа 3. Вправи на захоплення різних предметів: кубиків, мозаїки, піраміди, кульок (3-5 хв).

Комплекс № 4 (з малим м'ячом)

Вправа 1. Стискання м'яча пензлем (10-22 рази).

Вправа 2. Підкинути м'яч і зловити його (8-10 разів)

Вправа 3. Стискання м'яча 2-ма пальцями (один з них завжди великий)

Вправа 4. Випустити м'яч з рук і зловити його хватом зверху (8-10 разів)

Вправа 5. Кинути м'яч однією рукою з-за спини і зловити інший (10-12 разів)

Вправа 6. Удари м'яча в підлогу тильною поверхнею кисті (20-30 разів).

8 терапевтичних вправ з м'ячиком

М'яч – один з найпростіших і доступних інструментів для відновлення рухливості рук.

Використовуйте м'які м'ячі для тренування сили і жорсткі – для відновлення координації рухів. Спробуйте використовувати м'ячки різних розмірів і жорсткості, щоб зробити тренування ефективніше.

1. *Силовий хват.* Стисніть м'ячик всіма пальцями. Постарайтеся стискати саме подушечками і кінчиками пальців.

2. *Щипковий хват*. Стисніть м'яч між великим пальцем і іншими пальцями. Ритмічно стискайте його з обох сторін.

3. Тренування великого пальця. Катайте м'ячик вгору-вниз по долоні, згинаючи і розгинаючи великий палець.

4. Катання м'яча по столу. Катайте м'ячик по поверхні, прокочуючи по ньому всією долонею – від зап'ястя до кінчиків пальців.

5. Стискання долонею. Утримуючи м'ячик в долоні, стискайте його пальцями. Ця вправа відрізняється від силового захвату тим, що ви повинні фокусуватися саме на стисканні пальців всередину. Уявіть, що ви намагаєтеся втиснути пальці прямо в долоню.

6. Обертання великим пальцем. Здійснюючи великим пальцем кругові рухи, обертайте м'ячик в долоні.

7. Стискання пальцями. Стискайте м'ячик будь-якими двома пальцями однієї руки. Чергуйте пальці.

8. Перекочування м'ячика. Перекочуйте м'яч з одного боку в інший, використовуючи великий палець.

8 вправ з терапевтичним пластиліном

Терапевтичний пластилін – ще один інструмент відновлення координації та моторики рук.

1. Вправа «ножиці». Стискайте грудку пластиліну між пальцями.

2. Щипковий хват. Стискайте грудку пластиліну великим, вказівним і середнім пальцями.

3. Силовий хват. Вдавлюйте всі пальці в клубок пластиліну.

4. Плоский затиск. Стискайте грудку пластиліну витягнутими пальцями.

5. Розтягування двома пальцями. Оберніть смужку пластиліну навколо двох пальців і розтягніть його в різні боки.

6. Розробка пальця. Оберніть смугу пластиліну навколо зігнутого пальця, а потім випряміть палець, долаючи опору кільця.

7. Розтягування всіма пальцями. Оберніть смужку пластиліну навколо пальців, а потім розтягуйте її всіма пальцями одночасно.

8. Повний силовий хват. Стисніть грудку пластиліну, вдавлюючи його пальцями в долоню.

Вправи для рук підвищеної складності

Для виконання цієї вправи вам знадобляться 10 однакових маленьких предметів – жменя гороху. Завдання вправи – пальцями прибрати зі столу всі зерна. Підбираючи кожне наступне, пробуйте утримати в руці вже зібрані горошини. Таким чином, вказівним і великим пальцем ви відпрацьовуєте щипковий хват, а іншими – навчаєтесь утримувати предмети. Коли всі зерна виявляться в руці, складіть їх назад на стіл одне за іншим.

Масаж верхньої кінцівки. Масажні рухи на пальцях відповідають ходу лімфатичних судин – у напрямку до основи пальців.

1. *Розтирання кожного пальця* окремо: щипкове, прямолінійне і спіралеподібне;

- прямолінійне розтирання подушечкою великого пальця (великий палець уздовж і впоперек);

- колоподібне розтирання подушечкою великого пальця (великий палець накладається зверху уздовж);

- колоподібне розтирання подушечкою вказівного пальця;

- колоподібне розтирання подушечками чотирьох пальців;

- колоподібне розтирання ребром долоні всіх пальців;

- спіралеподібне долонною поверхнею всіх пальців.

2. *Масаж тильної сторони кисті*. На тильній стороні кисті масажуються міжкісткові м'язи, їх чотири;

Напрямок рухів при масажі – від основи пальців до променево-зап'ясткового суглоба.

1) Погладжування: прямолінійне разом з пальцями.

2) Розтирання:

- прямолінійне подушечками чотирьох пальців;

- штрихування пальцями;

- колоподібне подушечками чотирьох пальців;

- прямолінійне і колоподібне подушечкою середнього пальця;

- колоподібне поперек долоні ребром кисті;

- зигзагоподібне підставою долоні.

3) Погладжування.

3. *Масаж променево-зап'ясткового суглоба*.

1) Погладжування:

- колоподібне підставою долоні;

2) Розтирання:

- щипцеподібне прямолінійне, утворене всіма пальцями (з одного боку однією рукою, з іншого боку іншою рукою);

- прямолінійне, потім колоподібне розтирання

- подушечкою великого пальця в напрямку вздовж поздовжньої осі передпліччя;

- колоподібне ребром мізинця;

- колоподібне подушечками пальців двома руками поперемінно;

- зигзагоподібне підставою долоні.

3) Погладжування:

- колоподібне долоневою поверхнею кисті.

4. *Масаж долонної частини кисті*. Розтирання на долонній частині кисті виконується у напрямку від основи пальців до основи кисті, другою рукою підтримуючи пальці:

- колоподібне подушечкою великого пальця;

- колоподібне подушечками чотирьох пальців;

- колоподібне розтирання фалангами зігнутих пальців;

- прямолінійне кулаком, розташованим вздовж долоні або поперек долоні;

- колоподібне гребенем кулака

5. *Згинання кисті: масажист захоплює кисть пацієнта руками (пальцями), стискає її і виконує рухи в протилежних напрямках з подальшим згинанням кисті через свої великі пальці.*

Фундаментом для більшості щоденних рухів руки є хапання. Хапальні рухи можуть здійснюватися різними способами.

При долонному хапанні беруть участь пальці та долоня, хорошим прикладом його є тримання палиці.

Долонно-пальцеве хапання властиве художникам, які саме так тримають пензель при малюванні.

Щипкове хапання — це спосіб брати та утримувати предмет великим, середнім та вказівним пальцями.

При пінцетному хапанні особа бере та утримує предмет, затискаючи його між великим та вказівним пальцями. Важливо також виділяти бімануальне хапання, коли для утримування предмета використовуються одночасно дві руки, наприклад утримування м'яча.

Дрібна моторика розвивається в процесі таких видів діяльності, як стискання, зминання паперу, відкручування, закручування, протягування, нанизування, ліплення з пластиліну та глини, конструювання, роботи з мозаїкою, викладання фігур із сірників, проколювання, склеювання, зображувальної діяльності та ін. В нормі формування хватів у дітей відбуваються (рис. 3.11).

Хапання «щипкою» характеризується використанням трьох пальців – великого, вказівного та середнього – для хапання та підймання дрібних предметів. Для формування цього хвату добре підходять такі іграшки: кубики, пазли, дошки, маркери з ковпачками, контейнери з предметами, плоскі предмети.

Пінцетне хапання та контроль за роботою великого пальця характеризуються підйомом дрібних предметів великим та вказівним пальцем, які знаходяться навпроти один одного. Для формування цього хвату можна використовувати такі вправи: рвати папір, відламувати дрібні шматочки пластиліну, збирати конструктор, затискати прищіпки для білизни та інше.

Для покращення координації рухів пальців дитина спочатку отримує уяву про свої пальці, що може рухати ними поодиноці. Гарними вправами для покращення координації рухів пальців є вказування дитиною на предмети, натискання на кнопки та вимикачі, перебирання дрібних предметів та інші.

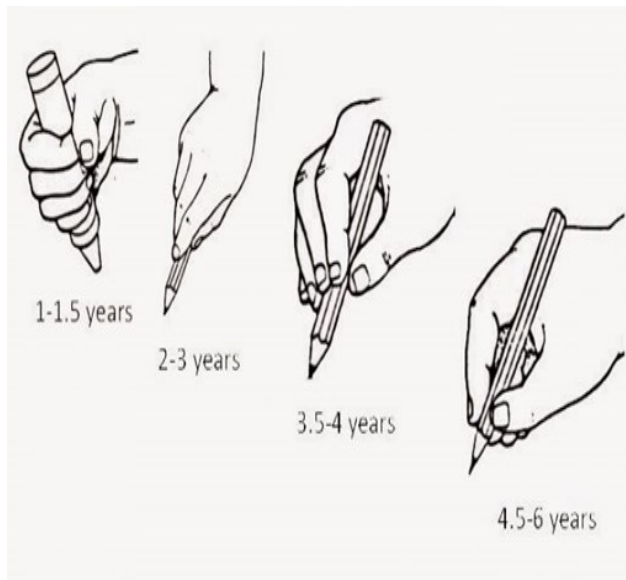


Рисунок 3.11 – Терміни формування хапання у дітей

Для формування рухів в зап'ястку застосовують малювання, гру в приймання їжі та розминання пластиліну.

Велике значення в розвитку дрібної моторики відіграють ігри з пальчиками, із віршованим супроводом, спеціальні вправи без мовного супроводу об'єднані в комплекс гімнастики для розвитку дрібної моторики, так звана, пальчикова гімнастика. Незважаючи на присутність факторів, які ускладнюють розвиток навичок дрібної моторики, чітко організоване ерготерапевтичне втручання робить можливим виробити майже всі види хватів, за допомогою яких дитина може виконувати елементарні дії з речами і предметами.

Комплекс вправ для розвитку різних видів хапання

Цей комплекс рекомендовано виконувати декілька разів на день не менше ніж 20 хвилин, повторюючи кожну вправу 3-4 рази паретичною рукою.

Вправи на щипковий хват

На столі перед пацієнтом знаходиться миска, а поряд розсипані дрібні предмети. Задача пацієнта – захоплюючи «щипковим хватом» окремо кожен предмет, помістити їх всі по черзі в миску. Після першого підходу можна змінити предмети, використовуючи принцип від важкого до складного (від крупного до мілкового).

На столі перед пацієнтом розміщена книга. Пацієнту необхідно перегортати сторінки, без використання другої руки. Задля усунення ковзання книги по кушетці/столу, пропонуємо пацієнту притримати книгу з краю.

На столі/кушетці перед пацієнтом піднос чи миска/коробка з прищипнутими прищипками. Пацієнт має перемістити всі прищипки з одного місця на інше.

В руці пацієнта/або ерготерапевта фіксується колода карт «віялом». Пацієнт витягує по одній картці і кладе на стіл.

На столі лежить аркуш паперу та кольорові олівці. Пацієнт, правильно утримуючи олівець, малює будь-що на аркуші. Можна запропонувати пацієнту намалювати якийсь легкий малюнок.

Вправи на кулеподібний хват.

На столі перед пацієнтом лежать м'ячі різних розмірів та матеріалів та миска. Пацієнт по черзі перекладає всі м'ячі однією рукою до миски.

У руці в пацієнта м'який м'яч. Пацієнт притримує м'яч великим пальцем, утримуючи його від падіння. Іншими пальцями пацієнт торкається м'яча по черзі.

На столі перед пацієнтом банка / термос з круглою кришкою. Пацієнт, притримує банку однією рукою, іншою відкручує, а потім закручує кришку.

У руці в пацієнта м'яч, рука лежить на столі м'ячем донизу. Пацієнт малює м'ячем різні фігури по поверхні стола.

Вправи на міжпальцеве хапання.

На столі перед пацієнтом два стакани, в одному з них стоять олівці та ручки. Пацієнт переносить по черзі ручки та олівці в інший стакан, використовуючи міжпальцеве хапання. Пацієнт намагається не впустити олівці, змінюючи пару пальців.

У руці в пацієнта/фізичного терапевта карти/картон/папірці розкладені віялом. Пацієнт витягує карти по черзі використовуючи лише два пальці, вкладаючи карту між ними (використовує лише 2-4 палець).

Пацієнт тримає у руці шнурок, другою рукою міжпальцевим хапанням тягне за другий кінець, або по всій його довжині. Після змінюючи пару пальців (використовує лише 2-4 пальці). Пацієнт намагається не випустити шнурок з міжпальцевого хапання.

Вправи на циліндричне хапання.

На столі перед пацієнтом пляшка/стакан наповнений водою/піском. Пацієнт захоплює пляшку одною рукою та утримує над столом.

На столі перед пацієнтом стоїть пустий стакан. Пацієнт циліндричним хапанням бере стакан та перевертає його догори дном, далі повертає дном вниз.

На столі перед пацієнтом стоять дві миски, в одній з них будь-які предмети середнього розміру, ложка. Пацієнт за допомогою ложки перекладає предмети з одної миски в іншу, намагаючись не впустити ложку та предмети в ній.

Вправи гачкувате хапання.

На столі перед пацієнтом стоїть чашка, наповнена водою чи піском/крупками. Пацієнт бере чашку за ручку та піднімає над столом, утримує.

Ерготерапевтичні підходи до формування навичок дрібної моторики у дітей з хворобою Дауна, складаються з 4-х послідовних етапів:

На першому етапі ерготерапевтичного втручання визначають готовність дітей з синдромом Дауна до успішного оволодіння навичками дрібної моторики, яка формується на основі крупної моторики з раннього дитинства. Дитина повинна добре сидіти, повторювати рухи за вказівкою, самостійно координувати роботу руки та ока, вміти перетинати умовну лінію, що проходить через тулуб.

На другому етапі ерготерапевтичного втручання дитину навчають навичкам стабілізувати зап'ясток шляхом розташування кистей рук відповідним чином на горизонтальній площині та здійснювати обертальні рухи у променево-зап'ястному суглобі, вміти координувати роботу рук з визначенням доміантної руки. Для формування рухів в зап'ястку застосовують малювання, гру в приймання їжі та розтинання пластиліну, гру ручками під струмом води, гру з м'ячом.

На третьому етапі застосовують диференційований підхід до формування різних видів хватів. Починають втручання з формування долонного хвата, який повинен бути сформований за період 13-16 місяців. Для цього використовують малювання за допомогою товстого олівця, розташованого у долоні, катання у долонях пластиліну. Наступний етап формування хвату «щіпкою». Цей вид хвату формується на протязі перших 3-х років і характеризується використанням трьох пальців – великого, вказівного та середнього – для хапання та підймання дрібних предметів. Для формування цього хвату добре підходять такі іграшки: кубики, пази, дошки, маркери з ковпачками, контейнери з предметами, плоскі предмети. Наступний хват – пінцетний формується до 4-5 років та характеризується підйомом дрібних предметів великим та вказівним пальцем, які знаходяться навпроти один одного. Для формування цього хвату можна використовувати такі вправи: рвати папір, відламувати дрібні шматочки пластиліну, збирати конструктор, затискати прищіпки для білизни та ін.

На четвертому етапі для покращення координації рухів пальців використовують натискання на кнопки та вимикачі, перебирання дрібних предметів.

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.

Когнітивний тренінг при деменції легкого ступеню:

1. Перевірити наявність необхідного обладнання для виконання завдання. Для проведення розминки нам необхідний масажний м'яч з шипами. Зовнішній вигляд фізичного терапевта: медичний халат / костюм, медична маска.

2. Привітатися, представитися, позначити свою роль, запитати пацієнта як до нього звертатися. «Добрий день, я ерготерапевт. Моє завдання – провести з вами розминку. Ви згодні?» – відповідь.

3. Довідатися про самопочуття пацієнта, звернувшись до нього на ім'я по батькові – відповідь. Пояснити пацієнтові ціль та методику проведення процедури.

4. Уточнити у пацієнта чи зрозумілі йому пояснення та отримати згоду на проведення процедури – відповідь.

5. Підготувати / перевірити необхідний інвентар для проведення процедури.

6. Оцінити розташування пацієнта. Позиціонувати пацієнта по середині палати / кімнати. Надати пацієнту правильне положення для розминки. Положення стоячи.

7. Починаємо розминку. Потираємо руки (долоню об долоню), розігріваємо пальці, струшуємо руки. Робимо 2-3 повторення.

- Долоні перед собою, пальці стискаємо сильно і розтискаємо. Робимо 8 разів. Після цього кожен палець масажуємо / потираємо. Спочатку на одній руці потім на іншій, масажуємо і промовляємо який палець масажуємо.

- Вправа «Постукування» Долоні стискаємо в кулак і починаємо стукати кулак об кулак (простукуємо судини). Робимо 8 разів правою рукою по лівій, потім міняємо і так само 8 разів лівою рукою по правій. Струшуємо руки.

- Крутимо кисті, дивимось, щоб у пацієнта були задіяні тільки кисті, а не лікті і щоб передпліччя не було задіяне. Робимо 8 разів усередину та 8 разів назовні.

- Робимо суглобову гімнастику, піднімаємо плечі паралельно до підлоги, і крутимо руки всередину 8 разів і так само робимо назовні 8 разів (кругові рухи в ліктьовому суглобі).

Струшуємо руки. Рухаємо плечима вгору та вниз 8 разів.

- Зводимо плечі вперед назад. Пробуємо обертати плечима, вперед-вниз-назад-вгору – (кругові рухи плечима);

- Руки витягнуті вперед собою, стискаємо та розтискаємо пальці.

Потім великий палець у лівій руці в кулак, а правої зовні. Робимо почергово двома руками.

- Плескаємо в долоні 8 разів. Потім Плеск, руки на плечі хрест на хрест. І так по черзі двома руками, 8 разів. Струшуємо руки.

- Стаємо рівно, тримаємо руки на рівні грудей, долонями вниз, і піднімаємо коліна до долонь, спочатку однойменно 8 разів, потім різнойменно 8 разів (вправа на міжпівкульову взаємодію). Після пацієнт закриває очі і намагається повторити те саме із заплющеними очима (на вестибулярний апарат).

- Беремо масажний валик з шипами. Робимо масаж долонь, стискаємо м'яч у долонях та обертаємо по долоні. Робимо 1 хвилину вранці та ввечері.

8. Робимо висновок, що пацієнт зробив усе правильно і розминку закінчено.

9. Довідатись про відчуття пацієнта.

10. Повідомити пацієнта про закінчення процедури розминки. Пояснити пацієнту його подальші дії.

Робота над розвитком зорово-моторної координації – це рухова діяльність, яка обумовлюється скоординованою роботою дрібних м'язів руки (пальців, кисті) і очі. Тренування зорово-моторної координації:

- Викладання різних візерунків з мозаїки за зразком;
- Викладання малюнків з паличок за зразком;
- Викладання малюнків з геометричних фігур за зразком;
- Малювання по клітинках за зразком;
- Копіювання по точкам «Продовж ряд»;

- (Малювання різних бордюрів) «Домалюй ліву (праву) половинку малюнка»;
- Обведення малюнків по контуру і з'єднання по точках;
- Графічні диктанти;
- Штрихування;
- Малювання за трафаретами, шаблонами

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.

Метод сенсорної інтеграції. Даний метод дозволяє за допомогою різних стимулів (тактильних, пропріоцептивних та ін.) відновити відчуття окремих частин тіла, їх положення в просторі, напрямку і швидкості руху.

У дитячому, ранньому та дошкільному віці йде інтенсивний процес розвитку сенсомоторних функцій. Сенсомоторний розвиток має велике значення для психологічного розвитку дитини, виростає логічне пізнання, яке прискорює накопичення нових чуттєвих даних, сприяє їх включенню до раніше створеної системи знань і досвіду.

Правила поведінки з дітьми, що мають сенсомоторні порушення:

Сенсомоторика (від лат. *sensus* – почуття, відчуття та *motor* – двигун) – координація сенсорних та моторних компонентів діяльності. Сенсорні процеси нерозривно пов'язані з діяльністю органів почуттів. Відчуття і сприйняття – безпосереднє чуттєве пізнання дійсності.

Завдання сенсорного виховання :

- навчити дитину перцептивним діям (розгляд, обмацування);
- формувати вміння самостійно застосовувати системи сенсорних стандартів в практичній діяльності;
- активізувати всі види сприйняття дитиною навколишнього простору: зорового, слухового, тактильного, просторового;
- збагатити сенсомоторний досвід дітей та вдосконалення сенсомоторної координації за допомогою використання предметів, виготовлених з матеріалів різної фактури, форми, кольору, розміру.

Правила поведінки з дітьми при зорових порушеннях. В першу чергу, необхідно використовувати матові поверхні, щоб відблиски не заважали розрізняти предмети на його контури, використовувати стаціонарні лупи,

контрастність об'єктів. Пристосовувати дитину до письма за допомогою кольорових ручок, фломастерів, маркерів.

Правила поведіння з дітьми при порушеннях слуху та комунікації. Необхідно говорити голосно, використовувати низькі частоти голосу. Бути впевненим, що дитина бачить губи того, хто з ним говорить, так можна навчити дитину читати по губам. Якщо дитина використовує слуховий апарат, бути впевненим, що він правильно одягнений, за необхідності – допомогти з регулюванням. Необхідно використовувати візуальні стимули, щоб привернути увагу дитини.

Правила поведіння з дітьми при когнітивних порушеннях. Потрібно зменшити кількість навколишніх предметів, систематизувати їх та не змінювати порядок. Використовувати колір, фактуру або світлові сигнали для підказок. Розділяти складні завдання на прості послідовні частини. Закривати зайві частини письмового тексту чистим аркушем. Використовувати ширми та навушники, для зниження відволікання на подразники.

Правила поведіння з дітьми при рухових порушеннях ізольованих чи загальних. Не повинно бути слизьких підлог, сходи мають біти з поручнями. Завжди має бути надана адекватна висота сидінь, робочих поверхонь. Предмети повинні бути зручно розташовані для захоплення рукою з урахуванням можливостей дитини. При ризику падіння не носити предмети в руках – використовувати кишені, рюкзаки.

Дзеркальна терапія. Тренінг проводиться з використанням дзеркала, яке встановлюється таким чином, щоб створене зображення здорової кінцівці сприймалося як хвора кінцівка. Дзеркальна терапія дозволяє подолати відвикання від хворої кінцівки. Для даного виду терапії важливо, щоб пацієнт міг сконцентруватися на виконанні завдання (рис. 3.12).



Рисунок 3.12 – Дзеркальна терапія

Метод Перфетті. 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 Перфетті – це метод дотиків. Ерготерапевт торкається до різних ділянок тіла і кінцівок. Хворий навчається розрізняти дотики по силі, напрямку, жорсткості, текстурі та ін. Також пацієнт вчиться диференціювати руху в кожному суглобі, розрізняти положення окремих сегментів тіла і кінцівок. Добрі результати дає метод Перфетті в лікуванні неглекта (рис.3.13).



Рисунок 3.13 – Методика Перфетті

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 віброючих пристроїв: іграшок, масажерів та ін.

Метод рефлекторної інтеграції. Метод спрямований на придушення і інтеграцію зберігаються рефлексів новонароджених.

Рефлекси новонароджених – група рефлексів, формуються у дитини до народження і службовців 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, лабіринто-тонічний рефлекс, рефлекс Галанта, рефлекс Бауера, рефлекси 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.

Вправи для органів ротової порожнини

- 1) відкривання закривання рота та втримування зубів зімкненими – «Голодний вовк», «Парканчик»;
- 2) розтягування кутиків губ при відкритому роті – «Посмішка», «Напружена посмішка»;
- 3) опускання нижньої губи так, щоб було видно нижні зуби – «Оскал»;
- 4) витягування губ вперед, лабіалізація – «Трубочка»;
- 5) розтягування губ при закритому роті і втримування їх міцно зімкнутими – «Качечка»;

Відкривання закривання рота та втримування зубів зімкненими – позиція формується при участі жувальних м'язів (жувального, скроневого, середнього крилоподібного, бічного крилоподібного), а також їхніх антагоністів – надпід'язикових (щелепно-під'язикового, двочеревцевого, підборідно-під'язикового, шило-під'язикового) та підпід'язикових (грудинно-під'язикового, грудинно-щитоподібного, щито-під'язикового, лопатково-під'язикового). У процесі відкривання рота жувальні м'язи розслабляються і нижня щелепа опускається уже під власною вагою, проте в процесі вимови звуків мовлення додатково цей рух стимулюється активними рухами під'язикових та над'язикових м'язів. І навпаки, при закриванні рота і втримуванні його зімкнутим жувальний, скроневи та крилоподібні м'язи активізуються, тоді коли під'язикові – розслабляються. Розтягування кутиків губ при відкритому роті – позиція формується при активній участі групи м'язів: підіймача кутика рота підіймача верхньої губи, підіймача верхньої губи та крил носа, великого виличного, малого виличного, сміху. Їхніми антагоністами при утворенні цієї позиції є коловий м'яз рота та опускач кута рота. Опускання нижньої губи так, щоб було видно нижні зуби – позиція формується при активізації м'язів: опускача нижньої губи, опускача кута рота. Антагоністами по відношенню до них є коловий м'яз рота, великий і малий виличні, підіймач кутика рота, сміху.

Витягування губ вперед – забезпечується активністю колового м'яза рота та підборідного м'яза. При цьому ряд м'язів повинні бути розслабленими: опускач нижньої губи, опускач кута рота, великий і малий виличні, підіймач кутика рота, сміху, підіймач верхньої губи, підіймач верхньої губи та крил носа.

Зорово-моторна координація – здійснення координованих рухів, здійснюваних під контролем зору. Значимість даної функції зростає з початком навчання в школі. Тому у дітей старшого дошкільного віку розвинена зорово-моторна координація є необхідним елементом визначення готовності дитини до школи.

Розвитку зорово-моторної координації сприяє виконання таких вправ, як розфарбовування, обведення по контуру, штрихування та ін.. Але для підтримки інтересу дитині необхідно пропонувати нові завдання і вправи. Окорухові вправи дозволяють розширити простір зорового сприйняття. Рухи очей і мови розвивають міжпівкульну взаємодію і підвищують енергетику мозку. У тривимірному середовищі очі знаходяться в постійному русі, збирають інформацію і будують складні схеми образів, необхідні для навчання. Тривимірне візуальне сприйняття є необхідною умовою успішного навчання, правильного зчитування інформації з листа, розвитку просторового мислення.

Ігри та вправи для розвитку зорово-моторної координації

Початкове положення - лежачи, сидячи або стоячи. Голова фіксована, очі дивляться прямо перед собою

Вправа № 1.

Необхідно відпрацювати руху очей за чотирма основними (вправо, вліво, вгору, вниз) і чотирьом допоміжним напрямками (по діагоналях); а також зведення очей до центру. Кожне з рухів виконується спочатку на відстані витягнутої руки, потім на відстані ліктя і, нарешті, близько перенісся. Воно відбувається в повільному темпі (від 3 до 7 секунд) з фіксацією в крайніх положеннях; причому утримання повинно бути рівним по тривалості попереднього руху. При відпрацюванні окорухових вправ для залучення уваги дітей рекомендується використовувати будь-які яскраві предмети, маленькі іграшки, свічки, ліхтарики та ін.. На початку освоєння цих вправ діти стежать за предметом, що переміщуються дорослим, а потім пересувають його самостійно, тримаючи спочатку в правій руці, потім в лівій руці, а потім обома руками разом. Тим областям в поле зору дітей, де відбувається «зісковзування» погляду, слід приділити додаткову увагу, «прорисовуючи» їх кілька разів, поки утримання не стане стійким.

У тому випадку, якщо діти впевнено виконують рухи очима, можна поступово ускладнювати вправи і виконувати їх:

- а) з щільно стиснутими щелепами;
- б) з відкритим ротом;
- в) з легко прикушеним мовою;
- г) поєднувати з диханням чи рухами язиком

Завдання вправ:

Формування способів сприйняття рухомих предметів;

Розвиток досвіду простеження очима за дією руки;

Розвиток вміння утримувати в полі зору глядачів стимул при виконанні зорової задачі;

Розвиток дотику і дрібної моторики;

Формування вміння користуватися олівцем;

Розвиток вміння проводити лінії (прямі, косі, вигнуті) від заданого початку до заданого кінця, між кордонами, за зразком;

Розвиток вміння з'єднувати точки прямою лінією;

Розвиток вміння вибрати раціональний спосіб дії при виконанні графічних завдань.

Рухова терапія, індукована обмеженням (СІМТ), має і ключові особливості СІМТ – обмеження задіювання неураженої руки та направлення зусиль на розробляння / застосування ураженої руки. Терапія корисна для зменшення спастичності та поліпшення м'язової сили. Сприяє використанню паретичної кінцівки, обмежуючи руху домінуючою (рис.3.14).

Високо рекомендована форма втручання для дітей з геміпаретичною формою церебрального паралічу.

Спрямована на дрібну моторику, утримання ваги, загальну моторику і розвиток спритності.

Заснована на теорії про нейропластичності – здатність мозку реорганізовуватися і / або створювати нові зв'язки у відповідь на навчання або новий досвід.

Орієнтована на подолання засвоєного «невикористання» паретичної руки.

Кортикальна реорганізація, що залежить від використання кінцівки.

Перехід від компенсуючих стратегії до часткового відновлення.

Результати включають поліпшення функції кінцівок в повсякденних активностях, чутливості, рухливості, сили.

Бімануальне тренування (рис. 3.15)

- Спрямована на активності, які вимагають використовувати обидві верхні кінцівки разом під час програми;

- Упор на використання паретичної руки нарівні зі здоровою;

- Паретична рука виконує допоміжну функцію.

- Регулярна практика – ключ до успіху.

- Ретельно підібрані і спрямовані на досягнення цілей активності, що вимагають участі обох рук.

- Очікувані результати. Підвищує здатність до використання досвіду, а також покращує здатність до навчання і когнітивні процеси, які необхідні дітям, щоб розуміти, коли для виконання завдання потрібні дві руки.

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 в первинній моторній корі шляхом активації об'єктивних образів про дії через дзеркальну нейронну систему.

Функціональна електрична стимуляція (FES) верхньої кінцівки при геміпаретичній формі ураження можна застосовувати для сприяння відновлення моторної функції, зменшення болю, спастичності, зміцнення м'язів та збільшення діапазону рухів після інсульту.



Рисунок 3.14 – Індукована обмеження рухова терапія (СІМТ)



Рисунок 3.15 – Бімануальне тренування

Використання робототехнічних пристроїв в реабілітації верхньої кінцівки Робототехнічні пристрої можуть використовуватись для надання допомоги пацієнту за ряду обставин. Перш за все, робот може сприяти збільшенню пасивного діапазону рухів, щоб допомогти зберегти діапазон і гнучкість, тимчасово зменшити гіпертонус або опір пасивним рухам. Робот також може допомогти, коли пацієнт здійснює активні рухи, але не може повністю їх виконати самостійно. Робототехніка може найкраще підійти пацієнтам із щільною геміплегією, хоча такий підхід може застосовуватися і у пацієнтів, які вже досягли вищого рівня та бажають збільшити силу, надаючи опір під час руху.

Робототехнічні пристрої, що на даний час використовуються для реабілітації верхніх кінцівок:

Робот In Motion (MIT-Manus) – він оснащений роботом-маніпулятором на 2 ступені свободи, який допомагає рухати плечима і ліктями, керуючи рукою пацієнта в горизонтальній площині, тоді як зоровий, слуховий та тактильний зворотній зв'язок забезпечується під час цілеспрямованих рухів.

Робот, що дозволяє бачити рухи у дзеркальному відображенні (MIME) – це робототехнічний пристрій на 6 ступенів свободи, розроблений для проведення терапії, що поєднує рухи обома руками з пасивними, активними та протидіючими рухами однією рукою при геміпаретичній формі ураження.

ARM in – цей робот – екзоскелет має 7 ступенів свободи, а також забезпечує інтенсивне тренування для виконання конкретних завдань, спрямованих на покращення моторних функцій.

Посібник з асистованої реабілітації та вимірювання (ARM) - цей пристрій використовує двигун і ланцюговий привід, щоб рухати руку користувача вздовж лінійної рейки, що допомагає досягти прямолінійної траєкторії руху.

Vi-Manu-Track – призначений для тренування рук та забезпечує двосторонні пасивні та активні рухи передпліччя та зап'ястя.

Нейрореабілітаційний робот (NeReBot) – призначений для створення сенсомоторної стимуляції. Пристрій із 3 ступенями свободи може виконувати просторові рухи плеча та ліктя, є портативним і може використовуватися, коли пацієнт нахилився або сидить.

Система терапії за сприяння роботизованого пристрою (GENTLE/s) – являє собою триступеневий тактильний кронштейн із механізмом кріплення на зап'ясті та системою підтримки руки у висячому положенні. Вага ураженої руки не відчувається завдяки вільно рухомій шині для ліктя. З його допомогою можна практикувати такі вправи, як рухи руки до рота і рухи, щоб дістати щось, при цьому надається біологічний зворотний зв'язок.

Amadeo – цей пристрій допомагає у реабілітації рук, оскільки працює як маніпулятор. Він допомагає при рухах пальців, оскільки сприяє синхронізації.

Music Glove. Така рукавичка використовується для гри, яка вимагає певних рухів пощипування, щоб попадати в ноти, що відображаються на екрані, таким чином активізуючи роботу кисті.

Роботизовані пристрої є важливою складовою сучасного реабілітаційного втручання для відновлення функцій верхньої кінцівки. Роботизована терапія

може значно покращити вмотивованість в реабілітації, адже забезпечує пацієнтам більш цікаві та активні вправи, ніж традиційна, пропонуючи такі стимули, як ігри, нові відчуття. Загалом, роботизовані пристрої сприяють ефективній розробці моторної активності верхньої кінцівки, дозволяють поліпшити повсякденну діяльність та відновити порушену функцію та м'язову силу.

Метод сенсорної інтеграції. Даний метод дозволяє за допомогою різних стимулів (тактильних, пропріоцептивних та ін.) відновити відчуття окремих частин тіла, їх положення в просторі, напрямку і швидкості руху. У дитячому, ранньому та дошкільному віці йде інтенсивний процес розвитку сенсомоторних функцій. Сенсомоторний розвиток має велике значення для психологічного розвитку дитини, виростає логічне пізнання, яке прискорює накопичення нових чуттєвих даних, сприяє їх включенню до раніше створеної системи знань і досвіду.

Сенсорна інтеграція (сенсорна інтеграційна терапія) процес, під час якого нервова система людини отримує інформацію від рецепторів всіх відчуттів (дотик, вестибулярний апарат, відчуття тіла або пропріоцепція, нюх, зір, слух, смак), потім організовує їх і інтерпретує так, щоб вони могли бути використані в цілеспрямованій діяльності. Іншими словами, це адаптаційна реакція, що служить для виконання певної дії, прийняття відповідного положення тіла, та ін. Метою (CI) є посилення, балансування і розвиток обробки сенсорних стимулів центральною нервовою системою.

Термін сенсорна інтеграція використовується в ерготерапії/фізичній терапії для позначення поведінкової реакції на вхідні сенсорні дані. Регуляція та інтеграція сенсорної системи у дітей з порушенням розвитку зазвичай не працюють як слід. Одним з можливих пояснень може бути, що дитина з порушенням розвитку не дозріла у деяких сферах, не досягла певного етапу. Концепція сенсорної інтеграції базується на цілеспрямованій стимуляції вестибулярної, пропріоцептивної та тактильної систем, що має допомогти дитині краще інтегрувати вхідні сенсорні дані та формувати адаптаційні реакції.



Рисунок 3.16 – Сенсорні системи

У немовлят та малюків порушення сенсорної інтеграції пов'язують з порушенням сну, прийомом їжі, поганою організацією під час гри та емоційними спалахами. У дітей старшого віку симптоми розладу сенсорної інтеграції (РСІ) проявляються індивідуально, залежно від типу розладу. Це можуть бути: гіперактивність або неухважність; поведінкові проблеми; можливі труднощі з мовленням, затримка розвитку мовлення чи погана артикуляція; гіпотонус, погіршена координація та стабільність; проблеми з навчанням (рис.3.16).

Під час терапії у недоношених дітей (терапія від 0 до 3 років), метою є обстеження дитини і надання батькам інформації про те, як визначити потреби дитини та як правильно стимулювати органи чуття дитини та надати рекомендації щодо подальших дій для забезпечення комплексного догляду.

Діти від 2 до 12 років. Мета: оптимізувати обробку сенсорних відчуттів; покращення уваги та самоконтролю; терапія проводиться в приміщенні, обладнаному спеціальними засобами, які пристосовані для забезпечення пропозицій для вестибулярного, пропріоцептивного та тактильного сприйняття.

Метою терапії є покращення процесу сенсорної інтеграції.

Це контрольоване забезпечення сенсорної стимуляції, яке відбувається у визначених інтервалах. Перевіряється, яка діяльність у сфері сенсомоторної діяльності робить дитині добре – з одного боку заспокоює центральну нервову систему, а з іншого – активує увагу, зв'язок зі своїм тілом, сприйняття «здорових» стимулів з навколишнього середовища.

«Сенсорна кімната» являє собою своєрідний тренажерний зал, де корекція порушених рухових функцій ефективно потенціюється синхронною можливістю гасіння нередуцивних примітивних тонічних рефлексів, корекцією процесів сприйняття, уваги та ін.. «Сенсорна кімната» укомплектовується вісьма варіабельно, в залежності від реабілітаційних цілей, але для вирішення названих вище завдань до складу її устаткування обов'язково повинні входити: «сухий» басейн (рис.3.17); гідроматрац з підігрівом, водяні циліндри висотою від підлоги до стелі зі спеціальним приладом, що забезпечує вертикальні пасажі різнокаліберних і різнобарвних повітряних бульбашок в рідкому середовищі; стереоскопічне мобільне панно з мінливими картинками, яке проектується на стіни кімнати; стенд для вироблення навичок маніпулятивної активності, тонкої моторики і стимуляції тактильної чутливості, забезпечений пучком світловодів з оптичних волокон, які змінюють своє забарвлення безпосередньо в руках у дитини («русалочий хвіст»).

Обстановка «сенсорної кімнати», з одного боку, відволікає дитину від усвідомлення того, що вона лікується. Дитина занурюється в атмосферу гри, пробуджуючи позитивну мотиваційну налаштованість на активне виконання того чи іншого реабілітаційного завдання, а з іншого боку, вона створює адекватні умови для руйнування існуючих порочних функціональних систем і формування нових, більш фізіологічних.

Можна надати такі поради: показувати дитині, як вона може висловлювати свої емоції – як радіти, як висловити гнів; навчити дитину, як можна заспокоїтися, коли з'являються сильні емоції; використовувати багато

дрібної моторики; завдання на велику моторику з варіантами. Регулярне проведення заспокійливих заходів, як правило, призводить до кращої концентрації, більшої мотивації, меншого ризику перевантаження, меншого ризику емоційних коливань.



Рисунок. 3.17 – Сенсорний басейн

Правила поведінки з дітьми, що мають сенсомоторні порушення:

Сенсомоторика (від лат. Sensus – почуття, відчуття та motor – двигун) – координація сенсорних та моторних компонентів діяльності. Сенсорні процеси нерозривно пов'язані з діяльністю органів почуттів. Відчуття і сприйняття – безпосереднє чуттєве пізнання дійсності.

Завдання сенсорного виховання:

- навчити дитину перцептивним діям (розгляд, обмацування);
- формувати вміння самостійно застосовувати системи сенсорних стандартів в практичній діяльності;
- активізувати всі види сприйняття дитиною навколишнього простору: зорового, слухового, тактильного, просторового;
- збагатити сенсомоторний досвід дітей та вдосконалення сенсомоторної координації за допомогою використання предметів, виготовлених з матеріалів різної фактури, форми, кольору, розміру.

Правила поведінки з дітьми при зорових порушеннях. В першу чергу, необхідно використовувати матові поверхні, щоб відблиски не заважали розрізняти предмети на його контури, використовувати стаціонарні лупи,

контрастність об'єктів. Пристосовувати дитину до письма за допомогою кольорових ручок, фломастерів, маркерів.

Правила поведіння з дітьми при порушеннях слуху та комунікації. Необхідно говорити голосно, використовувати низькі частоти голосу. Бути впевненим, що дитина бачить губи того, хто з ним говорить, так можна навчити дитину читати по губам. Якщо дитина використовує слуховий апарат, бути впевненим, що він правильно одягнений, за необхідності - допомогти з регулюванням. Необхідно використовувати візуальні стимули, щоб привернути увагу дитини.

Правила поведіння з дітьми при когнітивних порушеннях. Потрібно зменшити кількість навколишніх предметів, систематизувати їх та не змінювати порядок. Використовувати колір, фактуру або світлові сигнали для підказок. Розділяти складні завдання на прості послідовні частини. Закривати зайві частини письмового тексту чистим аркушем. Використовувати ширми та навушники, для зниження відволікання на подразники.

Правила поведіння з дітьми при рухових порушеннях ізольованих чи загальних. Не повинно бути слизьких підлог, сходи мають біти з поручнями. Завжди має бути надана адекватна висота сидінь, робочих поверхонь. Предмети повинні бути зручно розташовані для захоплення рукою з урахуванням можливостей дитини. При ризику падіння не носити предмети в руках - використовувати кишені, рюкзак.

3.4 Терапевтичні вправи і терапевтичні заняття з метою розвитку виконавчих умінь та навичок

Значення рухових навичок визначається наступними особливостями:

- Автоматизоване управління рухами;
- Концентрація уваги на цілі та умови дії;
- Стійкість, надійність дії;
- Стабільність.

Навчаючи руховим діям, вирішуються наступні конкретні завдання:

1. Формувати «початкову школу рухів», тобто «навчити керувати рух, виконуваними основними ланками рухового апарату, на основі чого буде створена база для більш складних форм рухової діяльності.

2. Навчити тим діям, які будуть використовуватися як «підготовчі» вправи або як засоби підготовчі, що вибірково діють на розвиток фізичних якостей.

3. Сформувати, а також довести до певного ступеня досконалості основні рухові вміння і навички, необхідні в повсякденному житті.

Інтервали між заняттями повинні бути короткими, щоб уникнути згасання ще нестійких рухових рефлексів

Мета - довести володіння технікою дії до досконалості, освоїти її деталі.

Завдання:

- а) поглибити розуміння закономірностей руху;

Питання для самоперевірки

1. Назвіть види ерготерапевтичних втручань.
2. Які сучасні роботизовані пристрої застосовуються для відновлення великої моторики верхньої кінцівки?
3. Поясніть правила поводження з дітьми, що мають сенсомоторні порушення.
4. Які вправи для розробки дрібної моторики верхньої кінцівки Ви знаєте? Покажіть деякі з них.
5. З якою метою використовують стенд соціально-побутової активності?

Тести

1. Ерготерапевтична оцінка пацієнта/клієнта будується:
 - а) виключно на шкалі (COPM);
 - б) на основі знань про порушення і можливості пацієнта та шкалах оцінки;
 - в) ерготерапевт не проводить оцінку пацієнта, це завдання інших фахівців
2. План ерготерапевтичного втручання:
 - а) враховує тільки порушення і можливості пацієнта;
 - б) враховує порушення, можливості, мотивацію і середовище оточення пацієнта;
 - в) враховує побажання лікаря
3. В процесі ерготерапії родичі – це:
 - а) середовище та інструмент ерготерапевтичного втручання;
 - б) фактор, що не впливає на процес;
 - в) виключно довкілля для пацієнта
4. Для проведення втручання ерготерапевт:
 - а) повинен провести оцінку і корекцію стресового стану пацієнта;
 - б) стресовий стан пацієнта не впливає на реабілітацію;
 - в) у пацієнта взагалі не може бути стресу
5. На початку втручання перед пацієнтом потрібно ставити мету:
 - а) далеку перспективну;
 - б) короткострокову досяжну;
 - в) не ставити мету

Ситуаційна задача

Юрію Олександровичу 63 роки, він архітектор, до хвороби працював приватно, виконуючи замовлення клієнтів. У нього є дружина, яка молодша за нього на 18 років, син 12 років. Вони живуть у двокімнатній квартирі в старому

будинку на другому поверсі. 2 місяці тому Юрій Олександрович переніс інсульт з правостороннім геміпарезом, більш вираженим у руці, з помірним підвищенням м'язового тону в тулубі і правих кінцівках. В даний час він спрямований в денний реабілітаційний центр. У повсякденній діяльності Юрій Олександрович досить незалежний, він самостійно їсть лівою рукою, розігріває собі їжу в мікрохвильовій печі (дружина попередньо залишає необхідні продукти на столі на кухні), може одягнутися і взутися без сторонньої допомоги, самостійно приймає душ (хоча відзначає, що це для нього дуже складно). Сам Ю.О. скаржиться на те, що він швидко втомлюється при ходьбі і йому «потрібно контролювати праву ногу», через це він не відчуває себе безпечно і впевнено на вулиці. Також він скаржиться на те, що «не працює права рука». При огляді ерготерапевт зазначив, що Ю.О. здатний притримувати предмети правою рукою, використовуючи долонне захоплення, але не використовує праву руку при прийомі їжі, питті, повороті дверної ручки. Ю.О. не може стоячи дотягнутися до полиці, розташованої на рівні очей, щоб взяти з неї кухоль або цукорницю правою рукою. При наданні занадто великого зусилля при виконанні дії (наприклад, коли виконує завдання взяти правою рукою шматок хліба зі столу), «допомагає» собі лівою і гримасами, приймає асиметричну позу, але може вирівнятися при нагадуванні. Ю.О. відмовляється ходити з тростиною, хоча з нею відчуває себе значно впевненіше («Я не інвалід»). Незважаючи на значне зниження слуху, не носить слуховий апарат, який у нього є вдома. Це призводить до проблем у спілкуванні з персоналом та домашніми, а також необхідність перепитувати, що викликає сильне роздратування у самого пацієнта. При спілкуванні з'ясовується, що він боїться, що не зможе також писати і малювати і невідомо, чи може користуватися комп'ютером.

Завдання:

1. Складіть список проблем пацієнта в форматі МКФ.
2. Які засоби ерготерапевтичного впливу можна застосувати для проведення успішної реабілітації?
3. Складіть індивідуальну програму ерготерапевтичного впливу.

📖 Тема 4 Терапевтичне використання заняттєвої активності

План

4.1 Тренінг активностей повсякденного життя (ADLs)

4.2 Продуктивна діяльність (робота, гра у дітей)

4.3 Відпочинок та дозвілля

4.1 Тренінг активностей повсякденного життя (ADLs)

Тренінги Активності у повсякденному житті (ADL)

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

Тренінги з соціально-побутової адаптації включають в себе наступні розділи:

Методику навчання самообслуговування: використання допоміжних засобів в особистій гігієні (розповідь про наявні допоміжні засоби та їх демонстрація; підбір необхідних засобів;

- поетапне навчання користуванню допоміжними засобами.);

- навчання одяганню / роздяганню, застібанню гудзиків, взування шнуровання;

- навчання роботі на кухні (знайомство з кухонним обладнанням, правила безпеки при роботі на кухні, навчання користуванню кухонними побутовими приладами, сервіровка столу, навчання нарізці продуктів з використанням спеціальних пристосувань, навчання чищенні овочів, навчання приготування салатів, підбір і навчання користуванню столовими приборами, навчання приготування гарячих напоїв, миття посуду.

I. Методики самообслуговування

Ці методики застосовуються для пацієнтів з геміпарезами, парепарезами, різними видами атаксії, апраксії, гіперкінезами.

Використання допоміжних засобів в особистій гігієні пацієнта.

Мета: ознайомити пацієнта з наявними допоміжними засобами; підібрати допоміжні засоби, що вимагаються конкретному пацієнту; навчити пацієнта користуванню підібраними допоміжними засобами.

Заняття 1. Розповідь про наявні допоміжні засоби та їх демонстрація.

Для формування правильного рухового стереотипу і відновлення самообслуговування пацієнта важливо створити зручний навколишній простір, в якому пацієнт був би максимально незалежним навіть при наявності парезу. Так, предмети першої необхідності повинні знаходитися на рівні, до якого пацієнт може дотягнутися. Висота ліжка повинна бути такою, щоб при вставанні пацієнт відразу діставав ногами до підлоги. Біля ліжка повинні бути стілець або ходунки, на які можна спертися, приліжковий столик. Стульчак

також повинен знаходитися поруч з ліжком. На кухні потрібна висока табуретка, на яку пацієнт міг би сідати. Слід прибрати пороги між кімнатами, щоб пацієнт не спотикався об них. Дверні ручки потрібно забезпечити пластиковими збільшувачами або використовувати ключі з подовженим захопленням.

У ванній кімнаті і туалеті необхідно прикріпити поручні. Замість туалетного паперу краще використовувати серветки. Предмети щоденного користування (ложка, ніж, ручка, зубна щітка, гребінець) повинні бути доступні для захоплення паретичною рукою.

Для цього потрібно зробити їх ручку товстою, наприклад, намотати на неї бинт або надягти поролонову трубку. Щоб пацієнт міг сам нарізати продукти, знадобиться обробна дошка з вбитими цвяхами, стіл з регульованою висотою стільниці. Доцільно використовувати глибокі тарілки, легкі пластикові чашки з двома ручками. Якщо немає порушень ковтання, то можна використовувати соломинки для пиття. Для зменшення ковзання тарілок застосовують неслизкі підставки або вологі рушники щоб полегшити включення водопровідних кранів, використовують важелі на крані, гумові або пластикові насадки. При одяганні необхідно дотримуватися правильну послідовність: спочатку надягають одяг на уражену сторону. Замість шнурків і гудзиків потрібно використовувати липучки. Знадобиться також довгий ріжок для взуття.

2. *Навчання одягання / роздягання* Мета: навчити пацієнта самостійно одягатися / роздягатися. Перед початком занять необхідно визначити положення пацієнта, найбільш сприятливе для одягання / роздягання.

Заняття 1. *Надягання пуловера / сорочки*. Пацієнтів з геміпарезами, верхніми парапарезами вчать одягатися таким чином: в положенні сидячи або стоячи потрібно вставити руки в рукава, потім підняти їх вгору, просунути голову в горловину. Якщо пацієнт не може підняти руки, потрібно пропустити спочатку голову, але в цьому випадку буде важко потрапити рукою в пройму. У положенні лежачи навчитися надягати одяг набагато важче.

Заняття 2. *Надягання брюк / спідниці*

Для пацієнтів з геміпарезами, верхніми парапарезами, тетрапарезами, нижніми параплегіями 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: пуловер / сорочка*

Якщо пацієнт може зробити рух назад плечем, він звільняє з допомогою домінуючою руки плече зі зворотного боку. Якщо немає, він 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. 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 хорошого 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, покладеної перед ним на столі, потім застібання одягу на собі. Для навчання краща одяг з вовни, петлі повинні бути більшими, ніж на його звичайному одязі.



Рисунок 4.1 – Пристосування для застібання гудзиків

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 (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. Що стосується труднощів зі шнурівкою необхідно повторювати операцію кожен раз спочатку. 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, ревматоїдним поліартритом, ампутацією 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 її. Потім пацієнт намагається виконати цю операцію самостійно. Мета: навчання користуванню пристосуваннями для надягання панчох і шкарпеток. Застосовується для пацієнтів з нижньою параплегією. Демонструють пацієнтові послідовність надягання панчох і шкарпеток. Спочатку на пристосування, розташоване на колінах, натягують колготи, потім опускають його вниз, утримуючи за тасьму, і натягують на ноги разом з надітими на нього панчогами (рис.4.2).



Рисунок 4.2 – Пристосування для надівання панчіх

На 3 етапі програми проводилося навчання користуванню побутовими приладами: електроплитою, електропраскою, водопровідними кранами в мийці, але без підключення води і електрики. Потім роботу продовжують в реальних умовах під контролем ерготерапевта. Проводяться тренінги з метою навчання самостійного прийому, приготування їжі. Заняття по відновленню побутових навичок проводять індивідуально або в малих групах по 2-3 хворих, за участю осіб що доглядають їх.

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 гострою поверхнею; при роботі, пов'язаній з водою, для запобігання травматизму стежити за тим, щоб розприскувалося якомога менше води; з особливою обережністю переміщати посуду з гарячою водою.

Заняття 3. *Навчання користуванню кухонними побутовими приладами*. Проводиться бесіда про призначення побутових приладів: електроплити, холодильники, електрочайника, ключа для відкривання консервних банок. 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*. 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 та ін.. 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; приміщення овочів на пристосування для їх закріплення; чистка варених овочів; чистка сирих овочів. Потім разом з пацієнтом переходять до виконання цих дій.

Заняття 7. *Навчання приготуванню 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 (рис.4.3).

Заняття 8. *Підбір і навчання користуванню столовими приладами*. Відповідно до патологій здійснюється підбір столових приборів: насадки для ножів, виделок, ложок, столових приладів з вигнутою ручкою, ремінців для руки для полегшення користування столовими приборами, накладних бортиків для тарілки, килимків з нековзкого матеріалу під столові прибори, кухлів з двома ручками. Протягом декількох занять проводиться робота по навчанню використання столових приладів (рис.4.4).



Рисунок 4.3 – Навчання нарізці овочів



Рисунок 4.4 – Столові прилади

Заняття 9. *Навчання приготуванню гарячих напоїв.* Відповідно до патології 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 в 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.

4.2 Продуктивна діяльність (робота, гра у дітей)

Працетерапія – це структурована діяльність, націлена на зменшення напруги і посилення віри в самого себе у підопічних, а також тренування їх взаємодії з іншими людьми, розвиток і реабілітація їх щоденних і професійних навичок; це активний метод відновлення втрачених функцій та працеспроможності у осіб з інвалідністю та осіб похилого віку за допомогою різноманітних операцій.

Працетерапія позитивно впливає на формування кола ціннісних орієнтацій і потреб осіб з обмеженими можливостями, тим самим сприяючи нормалізації їхніх взаємин з навколишнім світом. В процесі працетерапії, опановуючи тими чи іншими прийомами професійної діяльності, використовують найбільш розвинені якості, а недолік одних компенсують іншими. Завдяки працетерапії можна досягти і розвинути психічні функції, активувати роботу м'язів та рефлексивно впливати на вегетативну нервову систему, викликати зміни в діяльності внутрішніх органів.

Працетерапія, як метод колективної взаємодії, сприяє становленню рольових функцій хворого і формуванню адекватних психосоціальних механізмів, тим самим працетерапія робить позитивний вплив на людину та його навколишнє середовище.

Працетерапія сприяє розвитку дрібної моторики, покращує розумовий розвиток, а саме підвищує увагу, точність, тренує просторове мислення, пам'ять, сприяє формуванню понять величини, форми, кольору, кількості.

Форми терапії працею:

1. *Відновлювальна* (функціональна) працетерапія, спрямована на відновлення порушених функцій організму хворого.

2. *Загальнозміцнююча* працетерапія, спрямована на відновлення фізіологічної толерантності пацієнта до певного рівня навантаження.

3. *Виробнича* працетерапія, спрямована на відновлення порушеного або формування нового динамічного робочого стереотипу.

Види працетерапії: робота по дереву, робота з папером і картоном, робота з глиною, ткацтво, моделювання, художнє оформлення, робота з текстилем, плетіння (таб.4.1)

Таблиця 4.1 – Види працетерапії

Види працетерапії	Фізичний розвиток	Розумовий розвиток	Соціально-емоційний розвиток	Протипокази
Робота з папером і картоном	розвиток дрібної моторики (хапальна функція пальців, кисті руки), розвиток	формування понять величини, форми, кольору, кількості, точність, концентрація	зосередженість на діяльності, переживання успіху творчості, підвищення самооцінки, працездатність	немає (обережне поводження з ножицями)

	загальної моторики	увага, тренування просторового мислення, тренування пам'яті	вміння налагоджувати контакти в групі	
Моделювання (глина, пластилін, тісто)	тонка моторика (рухливість, спритність, чутливість), розвиток загальної моторики пальців (зміцнення сили рук, збільшення розмаху руху), розслаблення контрактур, профілактика контрактур	формування пізнавальної здатності, почуття сприйняття, розвиток конструктивних здібностей, розвиток абстрактного мислення, концентрація уваги	подолання страху, можливість проявити себе, розвиток фантазії і творчих здібностей, здатність планувати і приймати рішення, здатність співпрацювати з іншими, переживання радості, накопичення досвіду	відкриті рани, алергічні реакції, ревматизм, застосовувати з 3-х років, спастичність (вплив на долоню збільшує спастичність)
Робота по дереву	розвиток грубої моторики (рухливість плеча, ліктів, кисті; збільшення розмаху рухів), тренування сили, витривалості, поліпшення кровообігу, розвиток чутливості	підвищує увагу і концентрацію, розвиток абстрактних просторових уявлень, формування поняття форм, розмірів, розвиток здатності планування і розподілу часу.	покращує самооцінку, правильний розподіл енергії, стимулює інтерес, мотивацію.	відкриті рани, незагоєні рани, ревматизм, алергія на деревний пил, неконтрольовані рухи
Художня	розвиток	поняття	подолання	немає

творчість	дрібноі моторики, розвиток загальноі моторики, розвиток чутливості пальців	кольору, форми, простору, концентрація уваги.	невпевненості в собі і збільшення почуття власної гідності, подолання почуття страху, поліпшення комунікації (невербальне спілкування), розвиток творчих здібностей, сприйняття себе як особистості	
Плетіння	зміцнює м'язи рук, спини, рухливість пальців, розвиває координацію рухів, спритність, вправність, профілактика контрактур	розвиває концентрацію уваги, покращує здатність сприйняття, покращує пам'ять, здатність планування	створення можливості самовираження, поліпшення чутливості тіла, підвищення витривалості організму, розширення соціальних контактів, підвищення емоційності, знаходження нових захоплень, хобі	немає

Організація тренінгу:

1. Пояснювальний етап. Обов'язково пояснити людині що її позитивний результат закріплює певну структуру операцій.

2. Розвиток уваги людини. Потрібно сконцентрувати людину на виконання саме певної дії. Навчити планувати і розподіляти час роботи.

3. Стимулювання інтересів: надати людині соціально – емоційний розвиток, для того щоб покращити самооцінку, психічний стан та підвищити мотивацію до виконання розумових або фізичних дій.

Використання гри при ранньому втручанні у дітей. Гра може бути корисним інструментом при ранньому втручанні у дітей, оскільки вона сприяє їхньому розвитку та сприйняттю світу навколо. Гра допомагає дітям розвивати

різноманітні навички, такі як мовлення, соціальні вміння, моторні навички та творчість. Вона може бути використана для стимулювання розвитку пам'яті та уваги, а також для тренування різних когнітивних процесів, наприклад, розуміння просторової орієнтації та розвитку логічного мислення.

Раннє втручання через гру може бути особливо корисним для дітей з порушеннями розвитку або з особливими потребами. Гра може допомогти таким дітям розвивати навички, які необхідні для успішної взаємодії з оточуючим світом та для досягнення свого потенціалу.

По-перше, гра може допомогти дітям розвивати свої фізичні навички, такі як моторику та координацію рухів. Наприклад, ігри з м'ячем можуть допомогти дітям розвивати свої навички кидання та ловлення, а ігри на свіжому повітрі можуть допомогти дітям розвивати свої моторні навички.

По-друге, гра може допомогти дітям розвивати свої когнітивні навички, такі як сприйняття, увага, пам'ять та розв'язання проблем. Наприклад, ігри на розвиток пам'яті або ігри з головоломками можуть допомогти дітям розвивати ці навички. Також гра може допомогти дітям розвивати свої соціальні навички, такі як комунікація, співпраця та повага до інших. Важливо також після тренування певних змодельованих ситуаціях, необхідно тренувати таку практику в реальному житті.

Наприклад, ігри, які потребують командної роботи, можуть допомогти дітям навчитися працювати в команді та поважати думку інших. Було встановлено що гра може допомогти дітям розвивати свої емоційні навички, такі як управління емоціями та розвиток емпатії. Наприклад, ігри на розвиток емпатії можуть допомогти дітям навчитися розуміти почуття та емоції інших людей, що є важливим аспектом соціальної взаємодії.

Існує велика кількість певних ігор, спрямованих на розвиток дитини. Нижче наведено декілька прикладів ігор, які можуть бути корисними для розвитку різних навичок у дітей:

- Ігри на розвиток моторики – такі як кидання та ловлення м'яча, стрибання на скакалці, бігання, катання на велосипеді, тощо.
- Ігри на розвиток когнітивних навичок – такі як головоломки, ігри на розвиток пам'яті, ігри на логіку та розв'язання проблем.
- Ігри на розвиток соціальних навичок – такі як ігри на командну роботу, ігри на розвиток емпатії та співпереживання, ігри на взаємодію з іншими.
- Ігри на розвиток емоційних навичок – такі як ігри на розвиток саморегуляції, вміння керувати своїми емоціями та емоційна грамотність.

Наприклад, деякі з цих ігор можуть бути: м'ячикові ігри, такі як баскетбол, футбол або волейбол, для розвитку моторики та командної роботи. Ігри на розвиток пам'яті, такі як «Пам'ятай ім'я», «Пам'ятай маршрут», «Меморі», для розвитку когнітивних навичок. Ігри-симулятори, такі як «Крамниця», «Кафе», «Лікарня», для розвитку соціальних навичок. Рольові ігри, такі як «Школа», «Поліція», «Кухар», для розвитку соціальних та емоційних навичок.

Таким чином, гра може бути ефективним інструментом для раннього втручання у дітей, оскільки вона допомагає розвивати широкий спектр навичок та умінь, необхідних для успішної соціальної адаптації та спілкування, багато

побутових і соціальних функцій людини, можна перевести на ігровий лад та в ігровій формі навчати дитини цим навичкам.

4.3 Відпочинок та дозвілля

Пацієнту вкрай важливий відпочинок. Він втомлюється від реабілітації.

Якщо пацієнт робить гімнастику, тренує пам'ять, тренує мову, йому роблять якісь процедури, все це навантаження для нервової системи та інших систем організму.

Реабілітація це робота. Від роботи потрібно відпочивати.

Якщо у пацієнта є вихідний день, то реабілітація в інші дні буде більш успішною.

Вихідний день це умовна неділя, коли пацієнт може нічого не робити.

Якщо вихідного у пацієнта немає, він накопичує втому, роздратування і у нього знижується мотивація.

Дозвілля не менш важливе.

Воно дозволяє уникнути зациклення на одному завданні чи проблемі, або переживанні.

Дозвілля відноситься до ігрової діяльності, а значить воно покращує настрій без антидепресантів. При цьому, дозвілля не має побічних ефектів, як таблетки, і регулює емоції більш природним шляхом.

Дозвільні заняття стимулюють роботу мозку, забезпечують перемикання між різними режимами сприйняття і обробки інформації. Це важливо для підтримки і поліпшення когнітивних функцій.

Бібліотерапія. Організація будь-якого літературного і поетичного клубу, в якому періодично проводяться виставки книг, може стати улюбленим захопленням для багатьох людей з обмеженими можливостями. Бібліотерапія допомагає формувати самосвідомість своїх можливостей, розвиває творчий потенціал, розширює кругозір і налагоджує зв'язки з однодумцями. Для людей з порушеннями мови – це прекрасна можливість відновити мовний апарат. У бібліотерапії для впливу на людей з обмеженими можливостями здійснюється вплив за допомогою спеціальної літератури, що сприяє приведенню в норму психічного стану. Для людей, які відчувають незадоволеність способом свого життя і прагнуть змінити такий порядок, буде корисним корекційне читання. Воно дозволяє людям спілкуватися з тими, хто володіє мистецтвом слова і дає можливість поділитися власним творчим досвідом. Реабілітаційна спрямованість читання складається так само і в тому, що літературні образи можуть заміщати власну тривожність і врівноважувати почуття, що в кінцевому підсумку може сприяти душевній рівновазі.

Ізотерапія. За допомогою малюнка люди отримують можливість для вираження внутрішнього стану і особистих переживань. Образотворче мистецтво безпосередньо пов'язане з основними функціями психіки – зором, моторикою, мисленням, що дає можливість в процесі малювання впорядкувати одержувані знання і висловити особисті уявлення щодо навколишнього світу.

Ігрова терапія включає систему реабілітаційних ігрових технологій. Дуже часто ігрову терапію розглядають, як ефективний спосіб розкріпачення психологічного стану, яке відноситься до патологій. Вона є комплексним реабілітаційним засобом, що сприяє адаптації, соціалізації, відновлення і вихованню. До переліку засобів ігротерапії входять гри розвиваючого і пізнавального характеру, конкурси, змагання, комп'ютерні програми, настільні та рухливі ігри. Корируючи певні ігрові елементи (полегшуючи правила, скорочуючи тимчасові проміжки, зменшуючи число учасників та ін.) Можна адаптувати будь-яку гру до можливостей людей з особливими потребами.

Глиноterapia включає роботу з різними пластичними матеріалами (тісто, пластилін, глина), вважається одним з найефективніших реабілітаційних засобів. Крім того, і сама глина, як матеріал, цілюще впливає на людину. Представники професій, які передбачають безпосередній контакт з глиною, менше за інших страждають від відкладення солей, хвороби суглобів, підвищеного тиску і інших захворювань. Реабілітаційна цінність глини полягає також у розвитку дрібної моторики, інтелектуальних здібностей і в отриманні професійних навичок.

Гарденотерапія як окрема галузь профреабілітації, включає залучення людей похилого віку до вирощування рослин і догляду за ними. Таке проведення часу створює особливий емоційний фон і надає заспокійливу дію на психіку. Психотерапевтична цінність гарденотерапії полягає в ефективній корекції розладів емоційного і поведінкового характеру. Вона використовується як засіб для відновлення після лікування різних захворювань, а також для нормалізації психічного стану людей, у яких є патології в роботі деяких органів. Гарденотерапія може поєднуватися з іншими варіантами діяльності - музикотерапією, дизайном, фотографією, бібліотерапією.

Туризм - також можна віднести до кращих варіантів для адаптації та реабілітації людей похилого віку, коли вже активний спорт стає недоступним. Туризм може стати першим кроком до постійної фізичної активності. Подорожі та походи сприяють підвищенню рівня життєвого інтересу, тому ефективно збільшують ступінь активності людей з обмеженими можливостями. Туристична програма дозвілля літніх людей має такі особливості: вид туризму повинен підбиратися на підставі індивідуальної реабілітаційної програми з урахуванням наявних фізичних порушень, особистих інтересів, бажань, рівня добробуту і місця проживання; гарантія безпеки для літніх туристів; наявність значних пам'яток; необхідно враховувати фізичну і психологічну підготовку; потрібно порівнювати передбачувані навантаження зі станом здоров'я. Цей варіант дозвілля перемикає свідомість на думки про оздоровлення в найбільш безвихідних ситуаціях.

Музикотерапія. Прослуховування музики знімає внутрішнє напруження і різного роду негативні переживання.

Використання музики як ритмічного подразника може підвищити ритмічні процеси організму, зменшити енергетичні витрати і поліпшити компактність роботи нервової системи та м'язів.

Варто зазначити існування таких видів музикотерапії як:

1. *Активна музикотерапія*: цей метод використовує різноманітні музичні інструменти, щоб допомогти людям з фізичними обмеженнями відновити рухи та покращити координацію рухів. Для людей з фізичними обмеженнями можуть використовуватися спеціальні музичні інструменти, які можуть бути легко доступними та керованими, наприклад, спеціальні рукавички з датчиками руху.

2. *Рецептивна музикотерапія*: цей метод використовує різноманітні музичні інструменти, включаючи фонографи, гітари, клавішні інструменти, духові та струнні, як засіб для покращення настрою, зменшення болю та стресу, а також для покращення сприйняття та концентрації. Цей метод використовує звукові хвилі та музику для стимулювання нервової системи та покращення здоров'я. Цей метод може бути корисним для людей зі схильністю до депресії, тривожності або інших психічних проблем. Для реабілітації нерідко використовують ударні, струнні, духові та клавішні інструменти. Також інструменти, які можуть допомогти людям висловлювати свої емоції, наприклад, барабани, маракаси, музичні коробочки тощо.

3. *Когнітивна музикотерапія*: цей метод використовує музику як інструмент для покращення когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага та концентрація. Цей метод може бути корисним для людей з деменцією або іншими психічними порушеннями.

Музикотерапія може допомогти розвинути соціальні навички, такі як співпраця та спільне планування.

Питання для самоперевірки

1. Обґрунтуйте необхідність застосування працетерапії у фізичній реабілітації хворих і в яких випадках вона протипоказана.

2. Які види працетерапії Ви знаєте і з якою метою вони застосовуються?

3. Основна відмінність працетерапії від інших засобів фізичної реабілітації?

Тести

1. Працетерапія – активний метод відновлення або компенсації втрачених функцій за допомогою:

- a) діяльності;
- b) роботи;
- c) фізичних вправ;
- d) творчості

2. Форми працетерапії:

- a) відновна, оздоровча, загальнозміцнююча;
- b) виробнича, загальнозміцнююча, відновна;
- c) розвиваюча, виробнича, загальнозміцнююча

3. Форма працетерапії, спрямована на відновлення фізіологічної толерантності пацієнта до певного рівня:

- a) загальнозміцнююча;
- b) відновна;
- c) виробнича

4. На формування яких здібностей впливає моделювання (глина, тісто, пластилін):

- a) здатність планувати і приймати рішення, здатність співпрацювати з іншими;
- b) підвищує самооцінку;
- c) розвиває координацію рухів, спритність, вправність;
- d) тренування сили

5. Який вид роботи сприяє формуванню понять величини, форми, кольору, кількості, тренування пам'яті і просторового мислення:

- a) робота по дереву;
- b) робота з папером і картоном;
- c) плетіння;
- d) моделювання

6. Виробнича працетерапія готує до:

- a) професійної діяльності, що здійснюється в близьких до виробництва умовах;
- b) тренування постраждалих функцій і використання замісних, необхідних для життєзабезпечення в побуті;
- v) загального зміцнення, підтримання функціонального стану й підвищення фізичної працездатності;
- г) тренування постраждалих функцій і використання замісних, необхідних при виконанні трудових операцій;
- e) тренування постраждалих функцій і загального зміцнення

Ситуаційна задача

Юлі 21 рік. Вона талановита життєрадісна особа, яка пише вірші, полюбляє музику, вільно говорить на 3-х мовах. Юля успішно вчиться в Університеті на факультеті економіки і менеджменту. Юля живе з мамою і вітчимою в зручній квартирі в новому будинку на 5-му поверсі. У неї багато друзів, подруг і хороші відносини з рідним батьком, який часто з нею зустрічається. 6 місяців тому Юля випадково через необережність випала з вікна. Після перенесеної черепно-мозкової травми вона 2 місяці пролежала в комі, а коли отямилася – її виписали додому. У момент виписки у неї вже зрослася зламана кістка передпліччя, але лікоть правої руки до кінця не розгинається. Ліва рука теж не достатньо спритна, так як у Юлі – спастичний тетрапарез – у неї підвищений м'язовий тонус у всіх кінцівках. Відразу після

виписки (3 місяці після травми) батьки запросили приватного фахівця з фізичної реабілітації та в результаті занять Юля зараз може сидіти, встає, тримаючись за руки помічника, що стоїть попереду. Юля ходить тільки з підтримкою або тримаючись за стіни і меблі, так як у неї атаксія – порушення координації. Вона може брати предмети руками, їсти ложкою самостійно, якщо їй на стіл поставлять готову і розкладену їжу. Юля самостійно ходить в туалет, тримаючись за поручні, прибиті уздовж стін. Їй погано даються дрібні рухи – взяти дрібні предмети, вона не може зібрати волосся в пучок і перетягнути їх резинкою, пише каракулі. Батьки і 2 бабусі, по черзі сидять з Юлею в будинку та намагаються, щоб вона більше займалася вправами: в одній з кімнат їй організували спортивний зал зі шведською стінкою, дзеркалом і килимом. У неї є великий гімнастичний м'яч. Її ні на хвилину не залишають одну вдома, тому що бояться, що вона може впасти.

Кожен день їй пропонують вийти у двір для того, щоб тренувати ходьбу. Юля погоджується не завжди. Мама попросила Юлю зробити їй подарунок на День народження – вишити серветку за трафаретом, Юля погодилася, але вже другий місяць вона ніяк не може його закінчити. Читає мало – каже, що починає боліти голова. Іноді дивиться телевізор. Часто сидить на підлозі, просто дивлячись перед собою. Юля займається вдома з логопедом – вона не може виразно вимовляти слова і не завжди – може контролювати слину. Ще однією проблемою є порушення пам'яті Юля часто не може сказати, що відбувалося 5 хвилин тому, особливо якщо їй щось сказали в метушливій або галасливій обстановці – їй важко сконцентрувати увагу. Для того, щоб зробити прості речі, наприклад, знайти відеокасету в шафі, їй доводиться робити зупинки, коли вона завмирає і дивиться в одну точку. Її інтелект сильно не постраждав – вона жартує над собою, іронічна по відношенню до вітчима, протестує проти гіперопіки бабусі, пам'ятає вірші і розуміє англійську. Батькам сказали, що в поліклініці за місцем проживання відкрився реабілітаційний Центр, який надає пацієнтам допомогу також і на дому.

Завдання:

1. Підібрати вид активності, що підходить Юлі.
2. Яким чином ви адаптуєте цю активність для Юлі?
3. Яке оптимальне фізичне оточення?
4. Яке оптимальне соціальне оточення?
5. Створити наочну інструкцію виконання даної активності.

Тема 5. Підбір та призначення технічних засобів реабілітації

План

- 5.1 Позиціонування та правила безпечного переміщення
- 5.2 Допоміжні засоби пересування. Ходунки, милиці
- 5.3 Протезування
- 5.4 Принципи вибору крісла колісного та правила пересування у ньому

5.1 Позиціонування та правила безпечного переміщення

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

З питанням укладання дорослого пацієнта в зручному положенні стикається не тільки медичний персонал, а й родичі. У медичних установах передбачені функціональні ліжка, де можна симетрично підняти верхню чи нижню частину тіла. Позиціонування, воно ж лікування становищем – це не тільки зручність, це необхідність. Правильна укладка допомагає запобігти ряд ускладнень таких як контрактури, пролежні, набряки, суглобові болі і спастичні синдроми.

Головні правила в позиціонуванні – симетричність розташування великих суглобів і регулярна зміна цих положень. Для досягнення цих цілей застосовують засоби, які дають можливість полегшити процес догляду за лежачим пацієнтом – подушки різних форм, розмірів і щільності.

З проблемою патологічних поз у особливих дітей стикається кожна мама. Дитина постійно сповзає вперед, не може утримувати рівновагу і змушена, грати і виконувати інші необхідні дії, перебуваючи в скрутних умовах. Теж саме стосується і часу відпочинку, голова закидається назад, ручки підтягуються до тіла, ніжки щільно зводяться разом, а то і зовсім знаходяться в Х-положенні. Якщо тривалий час дитина буде спати і сидіти в неправильному положенні, то, як наслідок, це може призвести до викривлення хребта, формування вивиху стегна, контрактури колінного і гомілковостопного суглобів, розвитку пролежнів.

Допоміжні засоби:

- На циліндрах і напівциліндрах навчаються утримувати рівновагу. Такі на перший погляд прості рухи, як похитування з дитиною на округлої поверхні - це вже гарне тренування для розвитку вестибулярного апарату.
- На клиноподібних подушках – розвивають навички утримання голови, зміцнюють м'язи спини і шиї (Рис.5.1).
- На U-подушці зможуть сидіти без Вашої участі, а широке розведення ніжок в цій позиції буде відмінною профілактикою підвивиху стегна.
- Брусочки допоможуть навчитися стояти навколішках, зміцнити м'язи ручок і ніжок.

- Куб зарекомендував себе як гарний помічник у питанні придбання навичок вертикалізації, перших кроків, дотягування ручками.



Рисунок 5.1 – Позиціонування за допомогою застосування клину

Застосування клиновидної подушки:

- Служить для упору ступні, якщо є ризик провисання.
- Зручний для позиціонування рук
- Помістивши під коліно, можна розташувати ногу в трохи зігнутому положенні, що є фізіологічною нормою.
- При наявності або ризик пролежня поміщають під пацієнта, поруч з проблемним місцем, трохи піднімаючи над поверхнею, щоб не було торкання з постіллю.
- Використовують для повороту в бік і фіксації голови.
- Розташований під попою, служить для правильного вигину хребта дитини, якщо він звик до пози W.

Подушка-напіввалик отримала своє застосування і в дитячій реабілітації - лікуванні положенням:

- Якщо покласти її під шию дитини - підборіддя підтягується до грудей, що зменшує прояви спастичності м'язів;
- Якщо покласти її під колінця дитини - формується правильне положення ніг, яке максимально розслаблює м'язи ніг і розвантажує поперековий відділ хребта (рис.5.2);



Рисунок 5.2 – Позиціонування за допомогою валика та надувної камери

- Якщо покласти її уздовж дитини, що лежить на боці, під ручки і ніжки (дитина обіймає її) – формується комфортне положення для сну, правильне розташування великих суглобів, надійна фіксація в положенні «на боці».

Класифікація переміщень :

1.Залежне переміщення у позі лежачи

Цей вид переміщення застосовують тоді, коли пацієнт фізично нездатний допомагати з переміщенням і його не можна перевести у позу сидячи. Для того, щоб перемістити пацієнта з однієї поверхні на іншу може бути потрібна допомога однієї, двох чи трьох осіб або спеціального обладнання.

2.Залежне сидіння і піднімання

Для того, щоб перемістити пацієнта з однієї поверхні на іншу може бути потрібна допомога однієї, двох чи трьох осіб. Можна замінити велику кількість помічників механічним ліфтом, у цьому випадку допомагати може і один реабілітолог. Цей вид переміщення застосовують, коли пацієнт цілком не може фізично допомогти під час переміщення.

3.Залежне переміщення у позі сидячи

Пацієнт може переміщатись з однієї поверхні на іншу, перебуваючи у сидячому положенні, за допомогою хоча б однієї сторонньої особи. Таке переміщення може вимагати наявності дошки для ковзання, рами чи перекладини над ліжком чи іншого обладнання. Ці знаряддя дозволяють навести місток між двома поверхнями або дозволяють пацієнту використати верхні кінцівки для допомоги при переміщенні. Пацієнт може бути спроможний допомагати фізично під час переміщення, але вимагає допомоги при переміщенні і його слід підстрахувувати протягом усього переміщення.

4. Незалежне переміщення у позі сидячи

Пацієнт може безпечно і ефективно переміщатись з однієї поверхні на іншу перебуваючи у сидячому положенні без допомоги сторонньої особи. Для пацієнта може бути доцільним використання дошки для переміщень, рами чи перекладини над ліжком чи іншого обладнання.

5. Залежне стояння і обертання.

Цей вид переміщення вимагає присутності хоча б ще однієї особи, щоб асистувати пацієнту. Пацієнт з сторонньою допомогою переходить у позу стоячи, зазвичай, з ліжка, кушетки, туалетного сидіння чи візка і повертається таким чином, що його спина скерована до того об'єкту, на який його слід перемістити. Від вас може вимагатись підняти пацієнта у позу стоячи, стабілізувати його колінні і кульшові суглоби для виконання повороту і допомогти сісти. Деякі пацієнти можуть допомагати, використовуючи свої верхні кінцівки, інші – можуть бути цілком залежні від сторонньої допомоги.

6. Напівзалежне переміщення у позі стоячи

Цей вид переміщення може потребувати часткової фізичної допомоги або страхування з боку іншої особи. Деякі пацієнти під час виконання цього переміщення можуть бути здатними стояти, повертатись і сідати, переміщаючись з одного об'єкту на інший з мінімальною сторонньою допомогою. Допомога, якої вони потребують може коливатись від подачі консультативних реплік до страхування або до стабілізації і підтримки. Тут, так само як і у попередньому випадку, велике значення має забезпечення належної безпеки при виконанні переміщення.

7. Незалежне переміщення у позі стоячи

Пацієнт може виконати переміщення безпечно і ефективно без будь-якої сторонньої словесної чи фізичної допомоги.

5.2 Допоміжні засоби пересування. Ходунки, милиці

Технічними та іншими засобами реабілітації є (рис.5.3):

- протезно-ортопедичні вироби, у тому числі ортопедичне взуття; (протези верхніх та нижніх кінцівок, апарати та татори верхніх та нижніх кінцівок, корсети жорсткі та текстильні; бандажні вироби; ортопедичне взуття та устілки; протези молочної залози та ліфи для їх кріплення та компресійні рукави при лімфедемі для жінок після мастектомії);
- засоби для пересування (крісла колісні, палиці, милиці, ходунці);
- спеціальні засоби для особистого догляду та самообслуговування наколінники, налокітники, пристосування для підтримання кінцівок та тулуба) (засоби для одягання, захоплювачі, сидіння для ванни, туалетні стільці, інше);
- допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому;
- спеціальні засоби для освіти;

- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією; (засоби для писання, диктофони, телефони, магнітофони, годинники для осіб із порушенням зору та слуху);
- спеціальні меблі та оснащення тощо.
- спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар.



Рис.5.3 Різноманітні допоміжні засоби.

До простих і доступних засобів пересування відносяться візок, чотирихточкова палиця, ходунці, милиці тощо.

Візок. Використовують для трансферу осіб, які з різних причин не здатні самостійно пересуватися.

Чотирихточкова палиця. Найчастіше використовується для пацієнтів, які мають лише одну функціональну верхню кінцівку та проблеми з рівновагою і координацією. Зазвичай, це пацієнти з наслідками інсульту, після черепно-мозкової травми, іншими неврологічними порушеннями, при яких паралізована права чи ліва сторона тіла.

Ходунці. Використовуються для пацієнтів, у яких дві верхні кінцівки функціональні, а нижні – ослаблені, або – при загальній слабкості і порушеннях координації.

Канадські милиці. Їх застосовують, коли у пацієнта функціональні дві верхні кінцівки та хороша координація руху. Найчастіше їх використовують після травматизації однієї нижньої кінцівки.

5.3 Протезування

Проблема протезування кінцівок, зокрема власне верхніх, для постраждалих військових та цивільних в умовах сучасності буде збільшуватися та набирати обертів, про що свідчить статистична інформація від джерел авторитетних видань, громадських організацій та офіційних джерел влади.

Зокрема зазначене протезування важливе і тому, що воно на даний момент в Україні складає близько 30% всіх протезувань.

В Україні через свою доступність широкого використання набули косметичні протези, що не дають повного функціоналу, і тому на даний час найбільш перспективними вважаються біонічні протези, які почали встановлювати на території України в обмеженій кількості тільки навесні 2022 року.

За видами протези верхніх кінцівок поділяють на протези окремих пальців; протези цілої кисті, на різній відстані від ліктьового суглоба; протези передпліччя з ліктьовим суглобом; протези плеча. За функціональністю – косметичні, функціональні, тягові – механічні; а також біонічні і біоелектричні.

Косметичні не мають функціональних частин і зроблені таким чином, щоб максимально виглядати як кінцівка, включаючи колір.

Активні протези управляються людиною за допомогою спеціальних тяг і є повністю механічними, надійними. Сучасними на даний час вважаються протези міоелектричні, біонічні. При скороченні відповідної м'язи датчик, встановлений в протезі, зчитує електричний потенціал скорочення і передає його на мікропроцесор, керуючий важелями протеза. В результаті після відповідного тренування вдається домогтися складних рухів кисті і пальців, а це більше 30 рухів різного типу.

Протезування верхніх кінцівок поділяються на:

- *Пасивне*: протезування виконує головним чином косметичне призначення, воно встановлюється шляхом з'єднання через рукав/вкладиш із гачком на протезі та зазвичай використовується в основному для утримання під час діяльності та функціонально дуже обмежене.

- *Активне*: управляється силою опосередковано – тягою та важелем – завершується вручну або робочим пристосуванням. Міоелектричний протез керується зовнішньою силою. Функція міоелектричного протеза полягає в тому, що чутливі електроди розміщуються на групах м'язів згиначів і розгиначів, які сприймають мікропотенціал, що посилюється за допомогою джерела електричного струму від батареї в макропотенціали, які керують невеликим електродвигуном. Останній згодом виконує необхідний рух, наприклад, розкривання та змикання долоні, обидва обертання в зап'ясті або згинання та розгинання в ліктьовому суглобі. Недоліком міоелектричних протезів є складність навчання управлінню протезом, більша вага і висока закупівельна ціна. Вищий відсоток відмов і менша стійкість до зовнішнього впливу навколишнього середовища. Залежність від джерела енергії (заміна та підзарядка акумуляторної батареї).

– Гібридне: кисть є міоелектрична, тяга ліктя, гібридні протези використовуються для вищих ступенів ампутації, особливо на руці – біонічна рука – Цssur – i-Limb®.

Процес реабілітації умовно можна поділити на передпротезний етап, етап протезування та період після протезування. Контроль за ходом процесу лежить на членах мультидисциплінарної реабілітаційної команди, а особливо на ерготерапевті, функції якого безпосередньо пов'язані із вказаними нижче етапами реабілітації:

Передпротезний етап включає:

- навчання пацієнта щодо правильної гігієни (перевірка шкіри на почервоніння, язв тощо);
- огляд та контроль рани;
- перев'язка кукси еластичним бинтом;
- прийоми зменшення чутливості кукси – мануальні техніки (постукування, вібрація, масаж різної глибини);
- дзеркальна терапія;
- менеджмент лікування рубців (масаж навколорубцевої зони, тепло та ультразвук);
- пасивно-активна розробка суглоба під час ризику контрактур;
- ізометричні та ізотонічні вправи;
- моторне перенавчання;
- негайний післяопераційний протез.

На етапі протезування вирішують питання:

- навчання пацієнта (одягнення, зняття протезу, зберігання)
- суб'єктивна оцінка, підгонка (чи підходить протез, чи він комфортний, чи людина може підняти речі мінімальної ваги)
- контроль побутової діяльності.

Період після протезування можна поділити на фазу адаптації, повного користування та ресоціалізації.

У фазі адаптації пацієнт отримує максимум від навчання захвату, доповненому терапевтичними вправами з допоміжними засобами та без них. Під час терапії ерготерапевт намагається обирати предмети різної форми, розміру та маси. Для тренування також можна використовувати панель для відпрацювання захоплень звичайних предметів, таких як дверна ручка, кран, поручнів, ручок та ін.

У фазі повного використання ерготерапевт відіграє важливу роль у виборі відповідних видів діяльності, якими пацієнт незабаром зможе оволодіти, а також тих, які виявлятимуть недоліки та впливатимуть на них. Реабілітація зосереджена на всіх повсякденних видах діяльності, з максимальним залученням кінцівки з протезом у повсякденне життя що впливає на самостійність, а також на дозвілля, хобі, освітню діяльність тощо.

У фазі ресоціалізації зосереджується на адаптації до нормального середовища, щоб пацієнт включався у життя суспільства.

5.4 Принципи вибору крісла колісного та правила пересування у ньому

Головним критерієм, яким повинні відповідати крісло колісне є комфорт та зручність. Адже його основна функція – спростити і полегшити життя людей, які мають обмежені можливості, а не додавати ще більших труднощів. Коли хтось звертається до служби для отримання інвалідного візка, важливо мати чітку впевненість в тому, що ця особа справді його потребує.

Як правило, крісло колісне необхідне, якщо особа :

- не може ходити
- здатна ходити, але це для неї важко і вона спроможна пройти лише короткий відстань.

Крісло колісне активного типу. Цей вид крісла призначений для активного самостійного пересування людей з обмеженими фізичними можливостями. Крісло активного типу зазвичай виготовляють з міцних матеріалів, які витримують тривалі навантаження, а полегшена конструкція дозволяє мобільно пересуватися.

Крісло з важільним / механічним приводом. Інвалідні крісла з важелем / механічним приводом оснащені пневматичними шинами, які дозволяють амортизувати коляску на нерівних поверхнях. За рахунок цього можна вільно пересуватися на вулиці. Крісла з важільним приводом забезпечує надійність і безпеку руху завдяки контакту з поверхнею. Крісла з важільним приводом мають найчастіше що регулюється спинку, яка дозволяє змінювати кут її нахилу. Крісла такого типу дозволяють людям з частковим обмеженням можливостей активно пересуватися і навіть бути активними в спорті.

Електричне крісло-коляска. Ідеальний варіант для вільного пересування. На кріслі з електричним приводом можна пересуватися як усередині приміщення, так і на вулиці. Електрична коляска працює від акумуляторної батареї і оснащена пультом управління, який може встановлюватися справа, зліва і посередині. За допомогою пульта управління людина може управляти кріслом, не докладаючи особливих зусиль. За рахунок численних переваг вартість інвалідного крісла з електричним приводом досить висока. Варто також відзначити особливі інвалідні крісла – спортивні, дитячі та санітарні.

Спортивні крісла розробляються спеціально для занять спортом. Вони мають принцип конструкції активного типу, але за рахунок коліс, розташованих під певним кутом, є більш стійкими і мобільними. Це дозволяє людям з обмеженими рухами займатися спортом і брати участь в змаганнях.

Дитячі крісла зазвичай виготовляються індивідуально під замовлення, так як крісло для дитини має мати невеликі розміри, обов'язково регульовану спинку і інші особливості, з огляду на специфіку і призначення даного обладнання.

Санітарні крісла оснащені знімним судном і іншими зручностями, і тому можуть використовуватися для прийому душу або відвідування туалету.

Особливості при виборі інвалідного крісла:

Перш ніж купити/обрати крісло колісне, треба оцінити чи буде воно використовуватися в приміщенні або на вулиці, на якій поверхні та ін.. Важливо пам'ятати, що легше і дешевше купити інвалідне крісло, завчасно підбране за розмірами і специфікою, це дозволить уникнути багатьох проблем під час її експлуатації.

Інвалідні крісла класифікуються по ряду характеристик, наприклад, наявність підніжок, протиперекидного пристрою, можливості заїзду під стіл, складатися (складна рама – не замінна при транспортуванні), знімні підлокітники, регульована спинка і підголівник, які забезпечують зручність і певний комфорт в повсякденній експлуатації, ширина коліс, тип коліс і багато іншого від чого може залежати комфорт пацієнта або інваліда. Наприклад, фіксовані підлокітники можуть сильно ускладнити хворому процес пересідання.

Важливо пам'ятати: щоб не зашкодити здоров'ю при виборі крісла найважливішими критеріями є вага і розмір людини.

Перш за все, при виборі крісла, потрібно провести обстеження людини, яке включає в себе два компоненти :

- збір інформації;
- обстеження фізичного стану.

Проведення обстеження при зверненні до служби для отримання крісла колісного дає змогу отримати інформацію, яка допоможе (таб.5.1):

- обрати для користувача найбільш правильно підбране крісло колісне з доступних;
- обрати найбільш правильно підібрані складові крісла колісного з наявних;
- З'ясувати якого навчання потребує користувач та/або члени родини для ефективної експлуатації крісла колісного.

Обстеження завжди потрібно проводити в чистому, тихому приміщенні. Це може бути приміщення на території служби, в іншій установі охорони здоров'я чи в громадській будівлі або вдома у користувача. Якщо необхідно перевірити наявність пролежнів , це слід робити в окремому приміщенні.

Фізичний стан має важливе значення, оскільки деякі симптоми захворювань можуть впливати на вибір тієї чи іншої моделі крісла колісного.

Таблиця 5.1 – Різні стани, які впливають на припис (вибір) крісла колісного

Різні стани	Що потрібно знати	Завжди пам'ятайте
Церебральний параліч	Симптоматика церебрального паралічу в різних людей суттєво різниться. Якщо особа здатна сидіти прямо, важливо пам'ятати, що	Велике значення має належна система підтримки тіла. Користувачі з церебральним паралічем часто потребують

	через втому їй складно підтримувати тіло в сидячому положенні певний тривалий час. Це ускладнює активну діяльність і спричиняє додаткове навантаження	додаткових елементів підтримки постави у кріслі колісному. Щоб забезпечити їх ефективно і безпечно, необхідно пройти навчальну підготовку середнього (проміжного) рівня
Травма спинного мозку	Мають ризик утворення пролежнів. Це зумовлено тим, що в більшості випадків втрачається чутливість нижче рівня травми	Для цієї групи користувачів завжди необхідно приписувати протипролежневу подушку
Проблеми з сечовипусканням і випорожненням	Деякі користувачі не в змозі контролювати процеси сечовипускання та випорожнення. У багатьох випадках ця проблема вирішується з допомогою відповідного обладнання (наприклад, катетерів), медичних препаратів і реабілітаційної програми для відновлення контролю за кишечником і сечовим міхуром. Зважаючи на високу вразливість шкіри, користувачі з проблемами випорожнення чи сечовипускання не повинні сидіти на вологій чи брудній подушці. Крім того, бактерії у фекаліях швидко призводять до появи інфікованих пролежнів	Користувача потрібно забезпечити подушкою з водостійким чохлам. Необхідно провести інструктаж для користувача стосовно того, як мити та сушити таку подушку. Наявність другої подушки дасть змогу користувачу продовжувати займатися повсякденним справами, поки сохне перша
Статистика чи клонус	У деяких користувачів спостерігаються проблеми пов'язані з	Необхідно обирати безпечну позицію розташування задніх коліс

	<p>раптовими рухами, які нагадують підстрибування і які вони не в змозі контролювати (клонус)</p> <p>При такому русі вага користувача може переміститися назад, що може призвести до перекидання крісла колісного</p> <p>Клонус іноді призводить до раптового «зіскакування» стоп з підніжок, створюючи небезпечну ситуацію під час їзди</p>	<p>або дуже стійке крісло колісне</p> <p>Для фіксації положення стоп рекомендується застосовувати ремені</p> <p>Примітка: важливо застосовувати ремені - фіксатори на «липучках», щоб при падінні користувача з крісла колісного ремень розстібався</p>
Інсульт	<p>У користувачів, які перенесли інсульт, зазвичай уражена одна сторона тіла. Це означає що сидячи у кріслі колісному, вони схильні падати набік. Внаслідок інсульту іноді спостерігається порушення чутливості з ураженої сторони тіла. Деякі користувачі після перенесеного інсульту здатні переміщатися з крісла колісного та у ньому через положення стоячи</p>	<p>Велике значення має хороша система підтримки тіла. Потрібно перевірити наявність чутливості: користувачу може бути необхідна протипролежнева подушка.</p> <p>Деякі користувачі після інсульту надають перевагу кріслу колісному з підніжками, які можна прибрати, звільняючи простір для ніг при переміщенні через положення стоячи</p>
Ампутація нижньої кінцівки	<p>Користувачі з двосторонньою ампутацією ніг не мають ваги нижніх кінцівок, яка б утримала крісло колісне від перекидання назад</p>	<p>Слід бути уважним щоразу, коли особа з ампутацією нижньої кінцівки вперше вчиться користуватися кріслом колісним. Потрібно перевірити баланс крісла колісного. Може виявитися необхідність змістити задні колеса назад для посилення його</p>

		стійкості
Немічність	<p>Людам літнього віку крісло колісне може бути необхідне з різних причин. Як правило, тому, що їм важко ходити. Наявність крісла колісного допоможе їм залишатися частиною своєї родини й надалі брати активну участь у суспільному житті</p> <p>Зазвичай, люди літнього віку здатні переміщатися з крісла колісного та у нього через положення стоячи і тому надають перевагу моделям з відкидними чи поворотно-відкидними підніжками</p>	<p>Користувачам літнього віку завжди потрібно надавати крісло колісне, яке забезпечує високий рівень комфорту й підтримки тіла. Це допоможе їм сидіти зручно й уникнути проблем, спричинених поганою поставою. Також, оптимальним варіантом для цієї групи користувачів є модель з відкидними чи поворотно-відкидними підніжками</p>
Поліомієліт	<p>Користувачі, які мають поліомієліт, відчувають слабкість чи «в'ялість м'язів» у певних частинах тіла. Поліомієліт може уражати ноги ,руки чи тулуб, але найбільш поширеним є ураження ніг. Це призводить до атрофії м'язів та сповільнення росту кісток, внаслідок чого кінцівки мають різну довжину. При ураженні тулуба, він здається коротшим</p>	<p>Попри збережену чутливість, користувачам із поліомієлітом важливо мати подушку для комфорту. Вища подушка може забезпечити користувачу комфортне положення для управління кріслом колісним</p>

Критерії зняття вимірів тіла:

Ширина (габарити) коляски. Правильно підібраний розмір коляски забезпечує комфортне і безпечне розміщення в ній пацієнта. Важливим моментом є те, що в ширину коляска однозначно повинна бути вже дверних прорізів і проходу в ліфт.

Щоб правильно визначити розміри коляски, потрібно виміряти ширину стегон пацієнта (в місці максимальної ширини стегон) і додати до цієї цифри 5 см. Також слід додати пару сантиметрів, якщо пацієнт буде виїжджати на візку в об'ємної верхньому одязі.



Рисунок 5.4 – Елементи крісла колісного

Нижче наведені рекомендовані розміри коляски, зорієнтовані на розмір одягу людини:

розмір до 48 - ширина коляски 38-40 см

розмір до 52 - ширина коляски 42 см

розмір 54-56 - ширина коляски 43 см

розмір 56-58 - ширина коляски 46 см

розмір 58-64 - ширина коляски 50 см

Пропорції сидіння повинні бути підібрані правильно, так як якщо сидіння буде занадто вузьким, пацієнту буде незручно повертати корпус і його рухливість буде обмежена. Також в цьому випадку може посилитися тиск на сидниці, в результаті чого існує ймовірність утворення пролежнів. При занадто широкому сидінні відсутня фіксація корпусу, а саме спини, що призводить до того, що пацієнт буде завалюватися на бік або сидіти нерівно і в некомфортною позі. Це може призвести до викривлення хребта і тазу. Крім цього пацієнтові буде незручно управляти інвалідним кріслом. При правильно підбраною ширині сидіння між стінкою крісла і стегном людини поміститься долоню або тонка книга.

Глибина крісла – відстань від зовнішнього краю інвалідного візка до спинки. При правильно підбраною глибині крісла вага пацієнта рівномірно розподіляється на стегна і сидниці, що дозволяє уникнути сильного тиску на

сідничні горби і уникнути пролежнів, порушення циркуляції крові, шкірних подразнень на колінах. Щоб визначити правильну глибину сидіння потрібно виміряти відстань від краю стегон до колін в зігнутому стані (сидячи), а від отриманої цифри відняти 5-7 см. Пам'ятайте, що в разі, якщо глибина крісла занадто мала, вага тіла пацієнта буде розподілятися нерівномірно, що призведе до зміщення центру ваги і посиленому тиску на сідничні горби. Під час активного руху пацієнт може просто випасти з крісла. Якщо крісло надто глибоке, його край буде натискати на гомілку і підколінну частину, що може викликати порушення циркуляції крові і шкірне роздратування. Також неправильна глибина може стати причиною розвитку кіфозу (випинання хребта назад), а також того, що пацієнт буде вислизати з коляски. При правильно підбраною глибині крісла відстань між ногами людини і краєм сидіння складе близько 6-7 см (або приблизна ширина 3-4 пальців). Щоб відрегулювати глибину сидіння коляски можна використовувати ортопедичну подушку, встановлену і закріплену паралельно спинці крісла.

Висота спинки крісла також один з важливих чинників вибору, так як правильно підбрана спинка дозволяє пацієнтові перебувати в зручній і комфортній позі, забезпечує підтримку тулуба, що позитивно позначається на стані хребта. У разі, коли необхідна стандартна (мінімальна) підтримка тулуба, слід виміряти відстань від самого сидіння до пахв і потім від отриманої цифри відняти 10 см. У разі, коли пацієнту необхідна повна комфортна підтримка спини, слід вимірювати відстань між сидінням і головою / плечима / шиєю, в залежності від того, в якій частині тулуба необхідна фіксація. При занадто високій спинці рухливість пацієнта може бути обмежена, а при дуже низькій голова і плечі будуть постійно відкидатися назад, викликаючи дискомфорт. При правильно встановленої висоті спинки простір між краєм сидіння та під пахвами становить близько 10 см.

Висота підлокітників також грає важливу роль в створенні комфортних умов при сидінні в інвалідному кріслі. При правильній висоті підлокітників пацієнт відчуває себе впевнено і комфортно, і це в свою чергу позитивно впливає на поставу. Щоб визначити правильну висоту розміщення підлокітників потрібно вимірювати відстань від сидіння до ліктів, після це додавши до отриманої суми ще 2,5 см. Отримана в результаті підрахунку цифра означає рівень, на якому повинні розташовуватися підлокітники. Особливо популярними сьогодні є коляски з регульованими спинкою, підлокітниками, підніжками. Можливість складати / розкласти спинку або підлокітники істотно полегшує переміщення пацієнта з коляски на ліжко, наприклад, а також дозволяє підібрати індивідуальне положення для максимального комфорту пацієнта.

Сьогодні також розробляються індивідуальні інвалідні коляски з урахуванням особистих антропологічних особливостей людини. Це досить зручно, оскільки дозволяє створити найзручніші умови для пацієнта.

Залежно від того, де буде використовуватися коляска (в приміщенні або на вулиці) розрізняють пневматичні колеса і литі. Пневматичні колеса

забезпечують більш високий і надійний рівень амортизації, а литі є більш довговічними і зносостійкими.

Литі колеса підходять для руху по рівній поверхні, наприклад, вдома або в лікарні. Такі колеса є довговічними і практично не вимагають догляду. Якщо лите колесо пошкоджується, воно замінюється повністю на нове.

Крісла з пневматичними колесами відмінно підходять для пересування по вулиці і на нерівній поверхні. Вони забезпечують хорошу амортизацію, за рахунок чого поїздка в колясці буде м'якою, незважаючи на нерівності дороги. Якщо ви вибрали коляску з пневматичними колесами, вам доведеться періодично за ними доглядати – підкачувати насосом мул і замінювати. У разі проколу колеса можна просто замінити камеру і покришку на нову.

Щоб вибрати найбільш підходящий розмір крісла колісного з наявної розмірної лінійки для конкретного користувача, з нього/неї потрібно зняти наступні виміри тіла: ширину стегон, довжину стегон, довжину гомілок, нижній рівень грудної клітки, нижній рівень лопатки та занести параметри у таблицю (таблиця 5.2).

Інструменти для зняття вимірів тіла

- Використовуйте металеву рулетку
- Для проведення більш точних вимірювань можна застосовувати планшети для паперів або книжки
- Дуже корисними є великі штангенциркулі в якості додаткового вимірювального інструменту. Їх можна виготовити з дерева в місцевих умовах .
- Для підтримання стоп користувача на правильній висоті доцільно використовувати підставку для ніг

Процес знімання вимірів тіла (таб.5.3)

Таблиця 5.2 – Таблиця для запису результатів вимірювання параметрів тіла

	(см)	Показник (см)	Параметри крісла колісного (см)	
	Ширина стегон			
	Довжина стегон			
	Довжина гомілки			
	Нижній рівень грудної клітини			
	Нижній рівень лопатки			

Попросіть користувача крісла колісного сісти якомога рівніше.

Стопи користувача мають бути на підлозі або на підставці для ніг ,якщо вони не достають до підлоги.

Під час зняття вимірів тіла рулетка має бути рівною і користувач крісла колісного має сидіти прямо. Щоб точно визначити потрібний показник ,рекомендується тримати планшети для паперів або книжки по обидва боки користувача.

Потрібно нахилитися, щоб подивитися на позначки на рулетці під правильним кутом.

Таблиця 5.3 – Алгоритм вимірювання параметрів тіла

А	Перед тим як знімати виміри тіла, переконатися в тому, що в кишенях користувача крісла колісного нічого не має. Зробити вимір ширини тазу або найширшої частини стегон. Щоб отримати точний вимір, рекомендується приставити планшети для паперів або книжки по обидва боки користувача крісла колісного.
В	Щоб точно зняти вимір, потрібно поставити планшет для паперів або книжку до нижнього рівня спини користувача крісла колісного. Виміряти довжину суцільної прямої лінії від краю сидниці (на рівні спини) до підколінного кута. Вимірюються обидві ноги (якщо одна - то одну ногу). Якщо вимір ніг відрізняються, перевірте чи користувач сидів прямо та положення тазу. Якщо розбіжність вимірів зберігається, то при прописуванні крісла колісного потрібно орієнтуватися на розміри коротшого боку.
С	Поміряти відстань від підколінного кута до основи п'ятки Простежити за тим, щоб під час зняття цього виміру стопи користувача крісла колісного були зігнуті під кутом 90° (за можливості). Вимірювати обидві ноги. Під час зняття вимірів на ногах у користувача крісла колісного має бути взуття, яке він/вона переважно носить (якщо є).
D	Виміряти відстань від нижнього рівня сидниць до нижнього рівня грудної клітки. Щоб визначити нижній рівень грудної клітки, покласти руки по обидва боки тазу користувача. Обережно натиснути руками всередину і провести вверх. Нижній рівень грудної клітки знаходиться прямо над талією.
Е	Зробити вимір від нижнього краю сидниць до нижнього рівня лопатки по вертикалі. Щоб визначити нижній рівень лопатки, попросіть користувача знизати плечима.

Підготовка крісла колісного

Підготовку крісла колісного рекомендується здійснювати в такому порядку:

1. Перевірити, чи відповідає це крісло колісне вимогам припису (вибору) за параметрами ширини і глибини сидіння.

2. Перевірити, чи ширина й глибина подушки відповідають параметрам сидіння.

3. Відрегулюйте (за можливості) :

- висоту і кут нахилу спинки;
- висоту підлокітників;
- положення задніх коліс;
- положення гальм;
- висоту підніжок;
- висоту ручок;
- будь-які інші складові.

4. Перевірити безпечність крісла колісного і його готовність до використання.

Успішна практика підготовки засобу :

- Кожне крісло колісне у процесі підготовки необхідно позначити ярликом з ім'ям відповідного користувача .

- Будь-які модифікації крісла колісного має здійснювати спеціаліст, який володіє відповідними знаннями і навичками. Модифікації можуть впливати на міцність і функціонування крісла колісного.

- Перед тим, як особа спробує користуватись кріслом колісним завжди перевіряйте безпечність даного засобу, його готовність до використання та роботу всіх складових.

Принципи організації ефективного навчання для користувача крісла колісного:

- З'ясувати поточний знань і навичок користувача крісла колісного.
- Поясніть потрібні навички, продемонструйте їх застосування і дайте можливість користувачу повторити їх.
- Говорити загальнозрозумілою мовою.
- Залучати інших користувачів крісел колісних для допомоги в проведенні навчання.
- Використовуйте навички ефективного спілкування.
- Підтримувати і заохочувати.

Правильно підібране крісло колісне покликане полегшувати користувачам виконання необхідних видів діяльності. Користувачі повинні мати змогу переміщатися з крісла колісного та у нього, приводити крісло колісне у рух, складати його для транспортування і зберігання та займатися своїми повсякденними справами. Наявність крісла колісного правильного типу спрощує користувачу виконання усіх цих дій.

Користувачі кріслами колісними рухаються по-різному. Багато з них пересувається у кріслі колісному за допомогою зусилля рук. Інші рухаються у кріслі колісному за допомогою зусилля ніг, або однієї руки та однієї ноги. Деякі користувачі потребують допомоги іншої особи, яка штовхає крісло колісне певний час або постійно. Пересуватися у кріслі колісному за допомогою рук полегшується, коли правильно підібрана висота підлокітників і спинки.

Усі користувачі крісел колісних мають різні антропометричні параметри. Крісло колісне має бути правильно налаштоване для користувача, забезпечуючи його опорою.

Пересування у кріслі колісному по рівній поверхні

Пацієнт береться руками за обручі коліс у верхній точці (на рівні 12 години) і штовхає колеса вперед чи назад, прикладаючи однакову силу до кожного обруча. Щоб повернути, потрібно притримати один обруч, штовхаючи інший; щоб виконати поворот швидше можна одночасно тягнути один обруч і штовхати інший.

Підйом на бордюр передом

Пацієнт повинен розташувати крісло колісне перед бордюром. Ерготерапевт повинен підняти передні колеса візка натискаючи ногою у напрямку донизу і вперед на раму візка чи обмежувач перекидання та натискаючи руками на ручки у напрямку донизу і назад. Після цього візок штовхають вперед на задніх колесах доти, доки вони не доторкнуться до бордюру, а передні колеса не опиняться над ним. Передні колеса опускають на бордюр і штовхають візок вперед, згинаючи руки в ліктях, щоб задні колеса піднялися на бордюр. Людина у візку може допомогти нахиляючи тулуб вперед і штовхаючи руками обручі коліс, якщо вона має досить сильно розвинуту мускулатуру верхніх кінцівок і м'язів тулуба, а також добрий функціональний контроль над ними і достатньо розвинуте відчуття рівноваги. Цей метод є легший у використанні, забезпечує більший контроль над візком і вимагає менше зусиль від ерготерапевта.

Підйом на бордюр задом

Візок повинен бути розташований так, щоб задні колеса доторкались бордюру, слід підняти передні колеса, відхиляючи візок назад. Ерготерапевт тягне за ручки візка, піднімаючи його на бордюр. Тягнути слід до тих пір, доки передні колеса не перейдуть через край бордюру, а тоді опустити їх на землю.

Особа у візку може допомагати, відхиляючись назад і тягнучи назад обручі коліс, коли візок піднімається на бордюр. Цей метод є складніший, оскільки вимагає прикладання більших зусиль з боку ерготерапевта, щоб підняти візок на бордюр і контролювати його під час цього процесу.

Спуск з бордюру задом

Візок слід розташувати таким чином, щоб задні колеса були близько до його бровки. Потрібно стати позаду візка і контролювати, як він повільно

скочується назад з бордюру. Рух униз може бути сповільнений якщо впертися у спинку візка стегном. Після того як задні колеса стали на землю під бордюром, візок відкочують на задніх колесах від нього, доки передні колеса і підніжки не перейдуть через бровку, після чого опускають передні колеса на землю. Особа у візку може допомагати шляхом нахилання тулуба вперед і притримування руками обручів коліс. Цей метод є легший у використанні, забезпечує більший контроль над візком і вимагає менше зусиль від ерготерапевта.

Спуск з бордюру передом

Візок слід розташувати таким чином, щоб передні колеса були впритул до бровки. Їх потрібно підняти у повітря і поступово штовхати візок вперед на задніх колесах, щоб він спустився на них з бордюру. Візок повинен знаходитись на задніх колесах, аж доки вони не стануть на землю під бордюром. Після цього можна обережно опустити на землю передні колеса. Особа у візку може допомагати, відхиляючись назад і притримуючи руками обручі коліс.

Підйом на сходи (спиною вперед)

Для виконання цієї дії найбільш безпечним є використання допомоги двох осіб, а часом і трьох, якщо людина у візку має значну масу або є зі значною неповносправністю. Візок слід поставити так, щоб задні колеса дотикались сходів. Передні колеса потрібно підняти. Піднімайте візок на кожен сходинку зокрема, як це описано для підйому на бордюр задом, не опускаючи при цьому передніх коліс. Асистент (якщо він є) повинен знаходитись нижче візка з одного чи іншого боку і триматись за раму візка, штовхаючи його одночасно з ерготерапевтом догори. У жодному випадку не можна тримати за з'ємні частини, такі як боковинки чи підніжки. Якщо є другий помічник, він займає місце з іншого боку візка. За командою лідера всі троє одночасно піднімають візок на одну сходинку. Особа у візку може допомагати, відхиляючись назад, тягнучи за командою обручі коліс назад. На горі сходів візок відтягують від них аж доки передні колеса не опиняться над землею і опускають їх на землю.

Особа, яка тягне візок за ручки, повинна правильно використовувати механіку тіла якомога розширяючи свою площу опори, тягнучи за ручки, а не намагаючись підняти візок і трохи присідаючи.

Спуск зі сходів (обличчям уперед)

Для виконання цієї дії найбільш безпечним також є використання допомоги двох осіб, а часом і трьох, якщо людина у візку має значну масу або ж зі значною неповносправністю. Візок слід поставити так, щоб передні колеса були на краї верхньої сходинки і підняти їх вгору. Візок потрібно поволі штовхати вперед, аж доки його задні колеса не досягнуть краю сходів.

Асистенти повинні знаходитись з обох боків візка і тримати його за раму. За командою всі разом опускають візок, сповільнюючи його рух донизу, на одну сходинку. На кожній сходинці потрібно робити зупинку. Особа у візку може допомагати, відхиляючись назад і притримуючи обручі коліс. Після

спуску з останньої сходинки передні колеса обережно опускають на землю. Ерготерапевт, який знаходиться позаду візка, повинен дотримуватись тих самих принципів використання механіки тіла, які написані вище.

Питання для самоперевірки

1. Класифікація протезів.
2. Поясніть алгоритм спуску крісла колісного зі сходів.
3. Поясніть алгоритм підбору крісла колісного.

Тести

1. Щоб визначитися з шириною сидіння крісла колісного, потрібно виміряти:
 - а) Ширину стегон пацієнта в сидячому положенні;
 - б) Ширину стегон пацієнта в положенні стоячи;
 - в) Додати розмір простору для ширини рук (приблизно плюс 2 см) з кожного боку;
 - г) Забрати розмір простору для ширини рук (приблизно плюс 2 см) з кожного боку;
 - д) Відстань від краю стегон до колін в зігнутому стані
2. При вимірюванні глибини сидіння враховують:
 - а) Відстань від краю сидниці уздовж стегна до внутрішнього згину коліна
 - б) Відстань від п'яти до рівня стегна.;
 - в) Відстань від поверхні сидіння до підстави ліктя;
 - г) Ширину стегон пацієнта
3. При правильно підбраній глибині крісла:
 - а). Відстань між ногами людини і краєм сидіння складе близько 1,5-2 см;
 - б) Відстань між ногами людини і краєм сидіння складе близько 2,5-5 см;
 - в) Відстань між ногами людини і краєм сидіння складе близько 5-7,5 см;
 - г) Відстань між ногами людини і краєм сидіння складе близько 8-10 см;
 - д) Відстань між ногами людини і краєм сидіння складе близько 10 см
4. Розташування майданчика для ніг необхідно забезпечити на рівні:
 - а) 2 см від поверхні підлоги;
 - б) 3 см від поверхні підлоги;
 - в) 5 см від поверхні підлоги;
 - г) 7 см від поверхні підлоги;
 - д) 10 см від поверхні підлоги
5. Щоб визначити нижній рівень лопатки, потрібно виміряти:
 - а) Відстань від нижнього рівня сидниці до верхнього рівня спинки;
 - б) Відстань від нижньої рівня сидниці до нижнього кута лопатки по

вертикалі;

в) Відстань від нижньої рівня сідниць до нижнього кута лопатки по горизонталі;

г) Відстань від краю сідниці до нижнього кута лопатки по вертикалі;

д) Відстань від нижньої рівня сідниць до верхнього кута лопатки по вертикалі

Ситуаційна задача

Губерт – 10-річний хлопчик з дитячим церебральним паралічем та спастичним парезом нижніх кінцівок. Хлопчик пересувається на інвалідному візку, позитивно ставиться до навколишнього світу і дуже життєрадісний. Він відвідує спеціальну школу та навчально-виховний центр, де бере участь у реабілітаційних заняттях. Його спонтанна активність обмежена, він може самостійно пересідати з візка, повзати на навколішках і ходити з допомогою терапевта. Хлопчик має значні труднощі з самообслуговуванням, подає сигнали про фізіологічні потреби. Мріє грати у футбол. Часто перебуває в сидячому положенні, що спричиняє контрактури в суглобах нижніх кінцівок. Основною метою терапії Губерта було відновлення ходи, стабілізації та рівноваги, а також досягнення вертикального положення, що запобігало б контрактурам нижніх кінцівок та дозволило б дитині хоча б частково реалізувати свою мрію – грати у футбол.

Завдання:

1. Складіть список проблем пацієнта в форматі МКФ.
2. Які засоби ерготерапевтичного впливу можна застосувати для проведення успішної реабілітації ?
3. Складіть індивідуальну програму ерготерапевтичного впливу.

📖 Тема 6 Оцінка та адаптація оточуючого середовища

План

6.1 Принципи універсального дизайну

6.2 Побутова адаптація особи з обмеженими можливостями до середовища існування

6.3 Принципи та методи формування доступного громадського простору

6.1 Принципи універсального дизайну

Принципи універсального дизайну були розроблені у 1997 р. групою, до складу якої входили архітектори, дизайнери товарів, інженери та дослідники дизайну оточуючого середовища.

Згідно з позицією Центру з питань універсального дизайну в NCSU (NCSU – North Carolina State University – Державний університет Північної Кароліни) принципи можна застосовувати для оцінки існуючого дизайну, спрямування процесу подальшого розвитку дизайну та навчання як дизайнерів, так і споживачів використовувати товари та умови оточуючого середовища за більш придатними характеристиками.

Принцип 1: Рівноправне використання

Принцип рівності та доступності середовища для кожного – надання однакових засобів для всіх користувачів з метою уникнення уособлення окремих груп населення. Дизайн має бути корисним та легким у сприйнятті та використанні для людей з різним рівнем можливостей.

Рекомендації:

- Дизайн має враховувати те, що продуктом будуть користуватися особи з різними фізичними та когнітивними можливостями.
- Завжди забезпечуйте для всіх користувачів рівні умови використання засобів.
- Уникайте будь-якого виділення груп користувачів чи «навішування ярликів».
- Недоторканість особистого життя, безпека і надійність, повинні бути досяжні всім користувачам.
- Дизайн має бути привабливим для всіх користувачів.

Принцип 2: Гнучкість у користуванні

Дизайн має забезпечити наявність широкого переліку індивідуальних налаштувань та можливостей з врахуванням потреб користувачів.

Рекомендації:

- Дизайн має відповідати багатьом різним уподобанням і можливостям користувачів.
- Користувач має сам обирати, в який спосіб він може скористатися виробом.
- Враховувати, що виробом може користуватися шульга.
- Необхідно адаптувати вироби під темп користувача.

Принцип 3: Просте та зручне використання

Дизайну повинна бути притаманна простота та інтуїтивно зрозуміле використання незалежно від досвіду, освіти, мовного рівня та віку користувачів.

Рекомендації:

- Як використовувати продукт, має бути зрозуміло будь-якій особі, незалежно від особистого досвіду, знань, лінгвістичних навичок або рівня концентрації уваги на даний момент.
- Уникайте зайвих ускладнень.
- Узгоджуйте дизайн з інтуїцією та очікуваннями користувачів.
- Враховуйте різні рівні освіти.
- Розміщуйте інформацію у порядку з урахуванням її важливості.

Принцип 4: Сприйняття інформації незалежно від сенсорних можливостей користувачів.

Дизайн сприяє ефективному донесенню всієї необхідної інформації до користувача, незалежно від зовнішніх умов або можливостей сприйняття користувачем.

Рекомендації:

- Надайте важливу інформацію у різний спосіб – візуальний, вербальний, тактильний.
- Забезпечте належний контраст між важливішою та супутньою інформацією.
- Найважливіша інформація має бути викладена максимально зрозуміло.
- Полегшіть процес розуміння інструкцій та вказівок.
- Забезпечте сумісність з різними технологіями і засобами, які використовують особи з обмеженими можливостями (компенсаторні і допоміжні засоби).
- Дизайн має ефективно надавати необхідну інформацію незалежно від умов оточуючого середовища або особливостей сприйняття самого користувача.

Принцип 5: Припустимість помилок

Дизайн зводить до мінімуму можливість виникнення ризиків та шкідливих наслідків випадкових або ненавмисних дій користувачів.

Рекомендації:

- Дизайн має звести до мінімуму небезпеку чи негативні наслідки від випадкових чи непередбачуваних дій користувача.
- Елементи, що використовуються найчастіше, мають бути найдоступнішими.
- Небезпечні елементи потрібно ізолювати, вилучити, або убезпечити.
- Забезпечте застереження про небезпеку або можливу помилку.
- Потурбуйтеся про відсутність небезпечних наслідків при ушкодженні обладнання.
- Упередьте можливість несвідомих дій з боку користувачів при виконанні завдань.

- Забезпечуйте наявність характеристик, які були б стійкими до помилок або автоматично виправляли допущені помилки.

- Блокуйте неусвідомлені/ненавмисні дії в завданні, що вимагає пильності.

Принцип 6: Низький рівень фізичних зусиль.

Дизайн сприяє дієвому та зручному використанню з мінімальним рівнем стомлюваності.

Дизайн розраховано на незначні фізичні ресурси зусилля, що їх мають докладати користувачі.

Рекомендації:

- Користувач має максимально ефективно і комфортно діяти у запропонованому форматі або використовувати продукт,кладаючи мінімум зусиль.

- Зробіть так, щоб користувач міг лишатись в зручному для нього положенні.

- Мінімізуйте дії, що повторюються.

- Доведіть до мінімуму необхідність використання довготривалого фізичного зусилля з боку користувача.

Принцип 7: Наявність необхідного розміру і простору при підході, під'їзді та різноманітних маніпуляціях незважаючи на антропометричні характеристики, стан та мобільність користувача.

Рекомендації:

- Забезпечте необхідний розмір і простір для зручного доступу, маніпуляцій та використання продукту будь-яким користувачем, незалежно від його зросту чи статури.

- Враховуйте ступінь мобільності (рухливості) користувача, та можливість використання допоміжних і компенсаторних засобів.

- Забезпечте видимість важливих елементів і легкий доступ до них для будь якого користувача, незалежно від того, стоїть він чи сидить (наприклад, у візку).

- Потрібно передбачати різні розміри рук і силу стискання.

- Забезпечуйте достатній простір для використання допоміжних засобів чи особистого помічника.

6.2 Побутова адаптація особи з обмеженими можливостями до середовища існування

Обладнанні квартири особи з обмеженими можливостями спеціальними засобами, що полегшують його перебування в ній, а також допомагають у побутовій адаптації та в інших життєвих сферах. Правильне облаштування квартири пацієнта - одне з найважливіших складових як щоденного догляду за ним, так і відновлення здібностей інваліда до самообслуговування.

Дефіцит рухів, який виникає у людини з обмеженими руховими можливостями, призводить до погіршення якості його життєдіяльності в цілому і, в тому числі, до відсутності можливості самообслуговування. Тобто клієнт не

може самостійно вмиватися, одягтися, приготувати їжу і поїсти, вимити посуд, прибратися в квартирі та ін. У цьому випадку для людини особливого значення набуває: відповідне його потребам планування квартири, потрібна величина дверних прорізів, установка різних технічних засобів, що забезпечують його побутову незалежність, а також отримання навичок їх використання. Тобто побутова адаптація особи включає в себе: як самі побутові прилади належної якості, так і можливість їх оптимального використання. Все що застосовується клієнтом обладнання повинно бути безпечним, міцним, простим у використанні і, бажано, компактним. Воно також має бути підібрано з урахуванням захворювання і індивідуальних потреб конкретного користувача.

На кухні побутова адаптація проявляється в застосуванні спеціального посуду: тарілок з обтяженим дном, вигнутими кухонними приладами з довгими потовщеними ручками, кружками з двома ручками, підставками на присосках, спеціальними дозаторами для сипучих і рідких продуктів, пристосуваннями для відкривання банок, пляшок. При сильному треморі (тремтінні), коли людина не може випити рідину, бажано придбати чашку зі спеціальною ручкою з двох перекладин, склянки з трубочкою або поїльник. До обіднього столу повинно бути зручно під'їжджати на інвалідному візку, і, в ідеалі, його висота повинна регулюватися. Площа кухні повинна дозволяти інваліду вільно переміщатися на ній.

Облаштування житлової кімнати. Для попередження падіння, в квартирі не повинно бути високих порогів, проводів, що лежать на шляху переміщення особи. На особливу увагу заслуговують паласи: складки на килимах і краю килима дуже небезпечні. Близько третини всіх переломів шийки стегна доводиться на падіння в результаті зіткнення з бортиком або складкою паласу. Тому килим необхідно міцно зафіксувати або прибрати його взагалі. Для вільного пересування необхідно прибрати в квартирі зайві меблі, убезпечити гострі кути, повісити каганець для безпечного переміщення по квартирі в темний час доби. Вимикачі встановлюють на висоті 80 см від рівня підлоги. Побутова адаптація в обов'язковому порядку включає в себе розширення дверних прорізів для безперешкодного проходження інваліда на візку. Необхідна ширина прорізів становить 80-95 см.

У житловій кімнаті побутова адаптація передбачає використання функціональної ліжка з бічними огорожами, що опускаються, оснащеної протипролежневою системою, надліжковими і приліжковими столиками, підйомником для безпечного переміщення особи в інвалідний візок. Плюсом буде придбання пристосувань для застібання гудзиків, одягання взуття, захопелень для предметів.

Побутова адаптація у ванній кімнаті полягає в облаштуванні її різними настінними поручнями, які розташовуються над ванною і раковиною, поручнем на самій ванні, протиковзними килимками на підлозі. Ванна також оснащується зручним сидінням або підйомним пристроєм з фіксатором для ніг, що забезпечує не повне занурення хворого. Корисно обладнати ванну довгим і гнучким душовим шлангом, які мають стійки для закріплення душа на стіні на різних рівнях. Раковина повинна розташовуватися на рівні, зручному для

використання інвалідом (80 см від рівня підлоги), а кран бажано вибирати з важільним управлінням. Всі необхідні для здійснення гігієнічних процедур пристосування (гребінець, мочалка, зубна щітка) оснащуються подовженими ручками. А душова кабіна повинна бути досить місткою і не мати високого порогу. Туалет, також як і ванна обладнується різними поручнями і протиковзними килимками. Навколо унітазу встановлюють відкидні або поворотні поручні, які забезпечують безпечне використання унітазу. Унітаз встановлюється на висоті 45 см від рівня підлоги, що забезпечує зручність процесу пересадки з крісла-коляски на унітаз. Звичайний унітаз набагато нижче, тому або його монтують на спеціальний подіум, або купують сидіння (насадку) на унітаз, що дозволяє збільшити його висоту до необхідного розміру. Причому можна вибрати насадку, як певної висоти, так і з регулюванням висоти. Тримач для туалетного паперу розміщують на висоті 75-80 см від підлоги.

Особливо відповідально потрібно підходити до технічних засобів, що використовуються особою. Необхідно регулярно перевіряти стан інвалідного візка, крісла-туалету, ліжка, ходунків, милиць і вчасно лагодити їх або робити заміну.

6.3 Принципи та методи формування доступного громадського простору

Ширина тротуару повинна бути не менше 1,50 м – це забезпечує можливість розминутися людині на візку з пішоходом, або ж розвернути візок. На тротуарі не повинно бути сходів, вибоїн, а щілини між тротуарними плитами чи решітками мають бути не більше 1,3x1,3 см (рис.6.1).

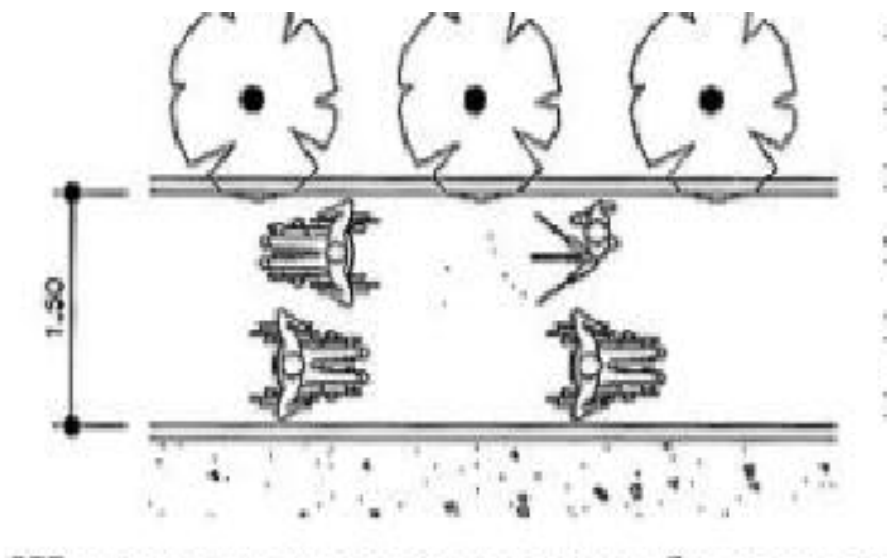


Рисунок 6.1 – Ширина тротуару

Стоки для дощової води повинні бути прикриті решітками для уникнення травм пішоходів та перевертання інвалідного візка. Проходи, місця перетину пішохідних шляхів/тротуарі в, проїзди у двори, заїзди на автостоянки, гаражі АЗС, тощо мають бути без бордюрів, з похилими з'їздами.

Парковка. На відкритих автостоянках поблизу установ, закладів слід виділяти щонайменше 10 % місць (не менше одного місця) для паркування транспорту людей з інвалідністю. Розміри: мін. ширина місця для автомобіля людини з інвалідністю – 3,60 м; для проїзду інвалідним візком між автомобілями на стоянці має бути інтервал щонайменше від 1.00 м. до 1,50 м (рис.6.3).



Рисунок 6.2 – Зазначення стоянки для людей з обмеженими можливостями.

Місця для паркування слід позначати знаками, які використовуються у міжнародній практиці. Для уникнення блокування проїзду до пандусного з'їзду, рекомендуємо встановити обмежувач руху з урахуванням можливості проїзду людини на візку (рис.6.2, 6.4).

Входи у приміщення необхідно облаштовувати пандусом чи іншим пристроєм, що забезпечує підйом осіб з інвалідністю на рівень входу в будинок, а відтак до рівня 1-го поверху чи ліфтового холу. В ідеальному варіанті пандус повинен примикати до сходів головного входу.

Уздовж обох боків пандусів, а також біля всіх перепадів висот більше 0,45 м необхідно встановлювати огорожу з поручнями. Поручні пандусів слід розташовувати на висоті 0,7-0,9м. Завершальні частини поручня повинні бути довші маршу або похилої частини пандуса на 0,3м. По повздовжніх краях маршів, пандусів, уздовж кромки перепаду висот горизонтальної поверхні більше 0,45 м повинні бути передбачені бортики заввишки не менше 0,05 м для запобігання зісковзуванню ноги, тростини, милиці чи коляски. Кнопка виклику використовується за умови недоступності приміщення, встановлюється поруч із вхідними дверима найближче до пандусу, на висоті 90-120 см.

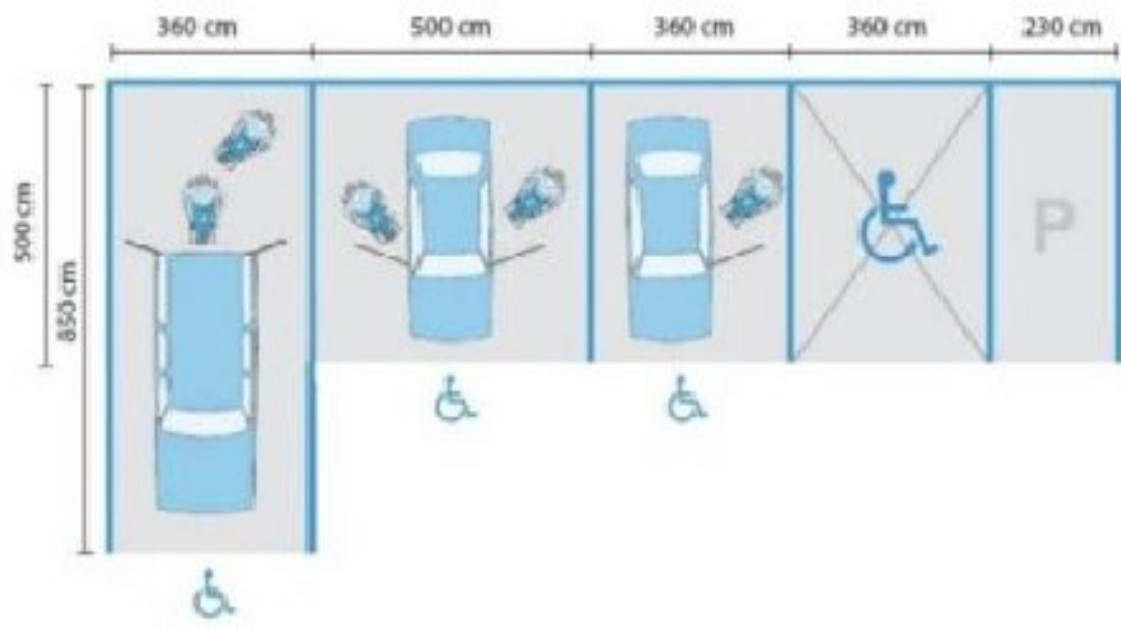
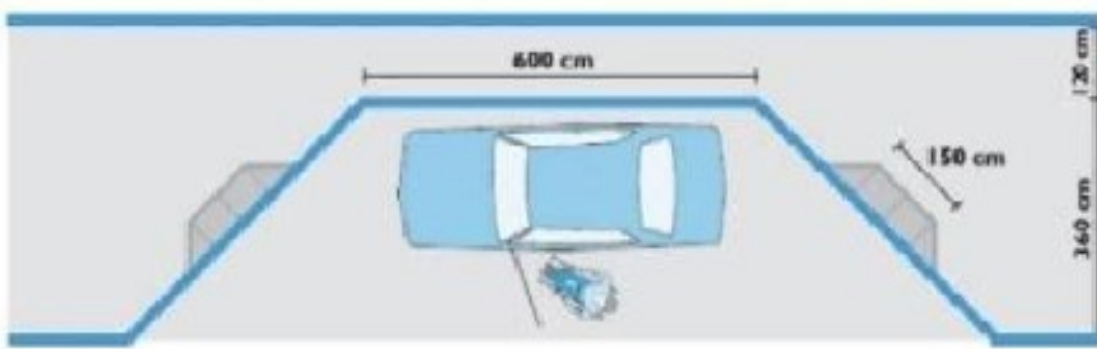
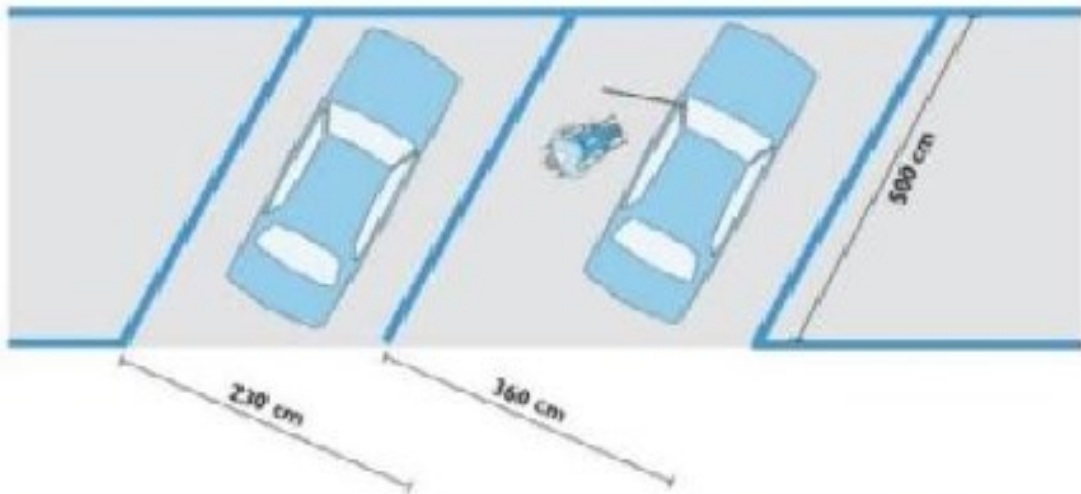


Рисунок 6.3 – Розміри парковки

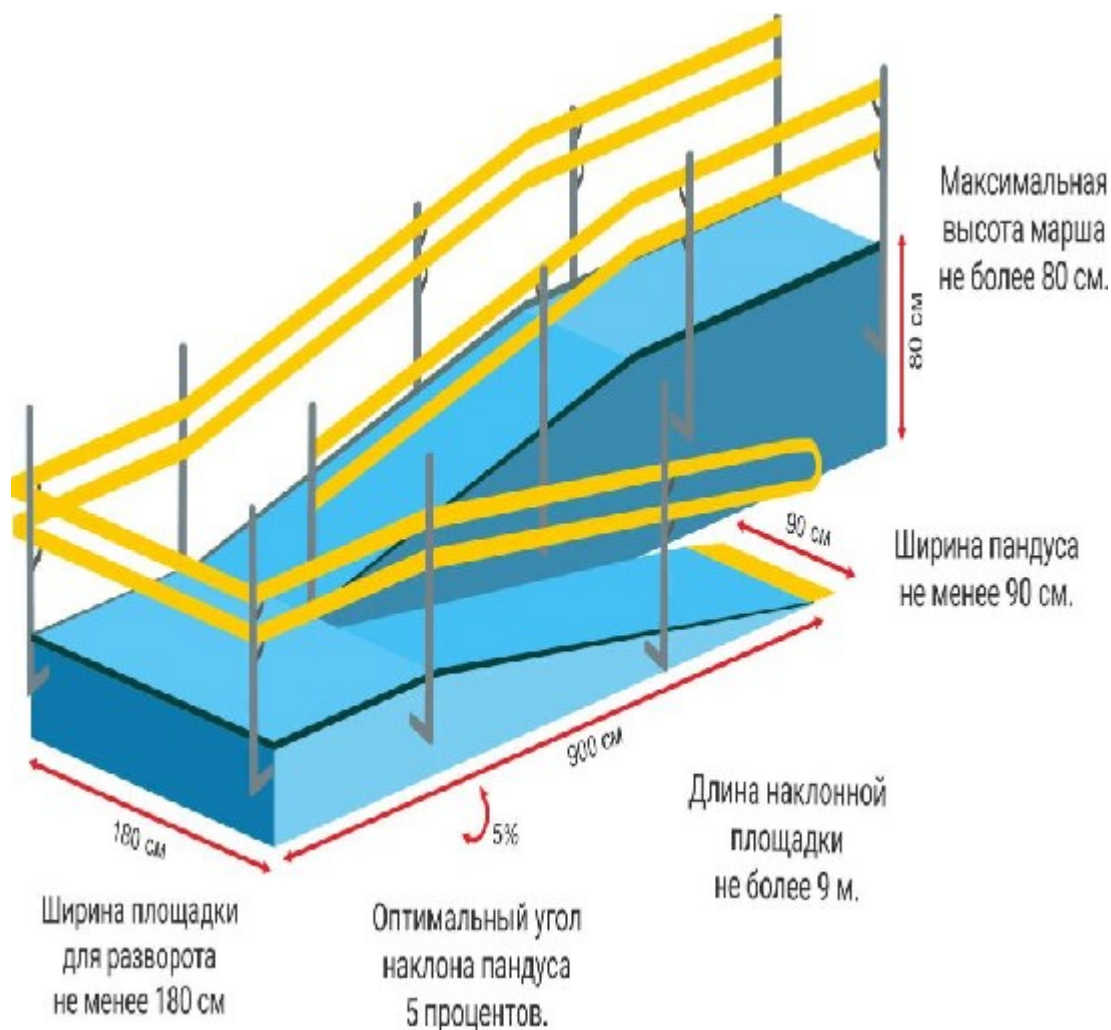


Рисунок 6.4 – Пандусний з'їзд

Вхідна площадка повинна мати: навіс, водовідведення, а також залежно від кліматичних умов – підігрів. Двері мають відкриватися у бік протилежний від пандуса. Розмір майданчика не менше 1,5х1,5 м. Якщо висота площадки менше 45 см, поручні та огороження можна не ставити. Для безпеки рекомендується встановлювати бортики на відкритих краях сходинок і пандуса, щоб костиль, палка або колесо візка не зісковзнули з площадки. Якщо ж висота входу більше 45 см площадка має бути огорожена, а сходи і пандус мати поручні (рис.6.5).

Зовнішні сходи. Сходинок одного прольоту повинні бути однаковими. Сходове покриття повинне бути нековзким, добре закріпленим, а також легким у догляді. Щонайменше через кожні 15 сходинок слід забезпечити майданчики для людей, яким важко долати високі сходи. Довжина такого майданчика має бути не менше 1,50 м (рис. 6.4, 6.5).

Краї сходинок слід робити контрастними до іншої поверхні з метою полегшення орієнтування людей з поганим зором. Сходинок мають бути виділені контрастною смугою (яскраво-жовтою або білою). На світлих сходинах можна використовувати чорний колір. Поручні біля сходів: Поруччя

повинні встановлюватися з обох боків сходових прольотів і вздовж майданчиків, оскільки людині з ослабленою функцією однієї руки при підйомі необхідний поручень з одного боку сходів, а при спуску – з іншого. Тактильні наклейки на початку і в кінці поруччя допоможуть орієнтуватися людині з порушенням зору.



Рисунок 6.5– Вхідна площадка

Пандус. Дуже важливо зробити правильний спуск, оскільки занадто круте спускання може виявитися небезпечним і непристосованим для людини, яка самостійно пересувається в інвалідному візку. Бажаний нахил пандуса становить 5 % (1:20), максимально прийнятний кут нахилу – 8 % (1:12), небезпечний – 12 % (1:8). Поручні необхідно встановлювати на пандусах висота цоколю якого вище 45 см. Поручні повинні закінчуватися плавними заокругленнями, їхні кінці слід надійно прикріплювати до підлоги, стіни чи до стоек. Поверхня поручня має бути безперервною по всій довжині і строго паралельна поверхні самого пандуса з урахуванням прилеглих до нього горизонтальних ділянок.

Вхідні двері. Двері в будівлю і приміщення не повинні мати порогів, а при їх необхідності, висота порогу не повинна перевищувати 2,5 см; Ручки дверей повинні мати зручну форму, щоб можна було легко схопити рукою, а також без зусиль відчинити двері рухом кисті руки або передпліччя; Двері повинні, як правило, відчинятися у бік, протилежний пандусу; Решітка чи щітка для витирання ніг перед входом в будівлю чи в тамбурі вхідних дверей не повинна створювати перешкоди.

Панелі управління мають мати рельєфні кнопки, а висота розташування кнопок 90-110 см, тобто в зоні доступності людини з інвалідністю. Затримка часу дії сигналу на відчинення дверей не повинна перевищувати 15 секунд.

Контрастне маркування для людей з порушенням зору є особливо обов'язковим для прозорих дверей та поверхонь. Такі позначки дозволяють зрозуміти, що перед вами не простір, в який можна йти, а двері.

Тролейбуси (міський транспорт). Сучасний транспорт роблять із заниженою посадкою і без сходинок на вході. Це дозволяє людині з інвалідністю чи тимчасово травмованою вільно зайти в салон, не витрачаючи додаткові сили і без сторонньої допомоги. У тролейбусах та автобусах нового типу розробники встановлюють відкидну платформу для людей на інвалідних візках та батьків з дитячими візочками. Такі платформи можуть бути посередині салону чи на дверях біля водія (рис.6.6).

Для зручного орієнтування людей з порушенням зору в салоні елементи виділені контрастно. Також окреме місце для пасажирів з інвалідністю, де він може стати. Спеціальна зона має бути шириною не менше 750 мм та довжиною не менше 1300 мм для кожного користувача інвалідного візка зі спеціальним кріпленням. У деяких моделях відкидної платформи немає, тому важливо позначати такі машини піктограмою – доступ для людей з інвалідністю, причому як з середини, так і ззовні.



Рисунок 6.6 – Відкидна платформа

Підземні та наземні переходи маркуються розміткою на початковій та останній сходинках. Також для контрасту (як на фото) виділяються поручні. Повинна бути жовта тактильна розмітка, яка направляє людину, та один з турнікетів обов'язково з ширшим проходом для зручності осіб на інвалідних візках та з пасажиром, які мають великий багаж. Щоб потрапити у вагон використовують додаткове облаштування. Якщо платформа на рівні входу у вагон, використовують відкидний або переносний пандус. У середині вагону поруч зі звичайними місцями має бути місце відведене для візка, інвалідного чи дитячого

Внутрішні двері. Двері повинні, як правило, відчинятися у бік, протилежний від пандуса. Ширина дверних проїмів повинна бути не менше

0,9 м. Щоб двері було зручно зачиняти людям в інвалідних візках, її слід обладнати спеціальною додатковою ручкою, за яку можна тягнути та зачинити двері в будь-якому положенні. Її слід розміщувати на рівні 0,90-1,20 м над підлогою.

Внутрішнє середовище

Використовують систему орієнтирів та контрастність кольорів. Систему орієнтирів забезпечують за рахунок: пропорції символів в написах; розміщення знаків; формату і дизайну. Важливо, щоб літери і символи позначення/знаку були контрастними відповідно до фону і легко помітними. Позначення, які інформують про призначення кімнати або її номера (у тому числі міжнародні символи) повинні розташовуватися на рівні між 1,40 м і 1,60 м та дублюватися шрифтом Брайля для інформування людей з порушенням зору.

Візуальна доступність (всередині будівлі). Систему контрастів використовують у приміщеннях, які мають повороти, для того, щоб вказати напрямок до дверного проходу, місця розташування вмикачів/вимикачів, вхідні двері тощо. Для полегшення визначення маршруту на стику підлогових покриттів використовують різні кольори або направляючі смуги уздовж стін, які доповнюють систему позначень (рис.6.7).

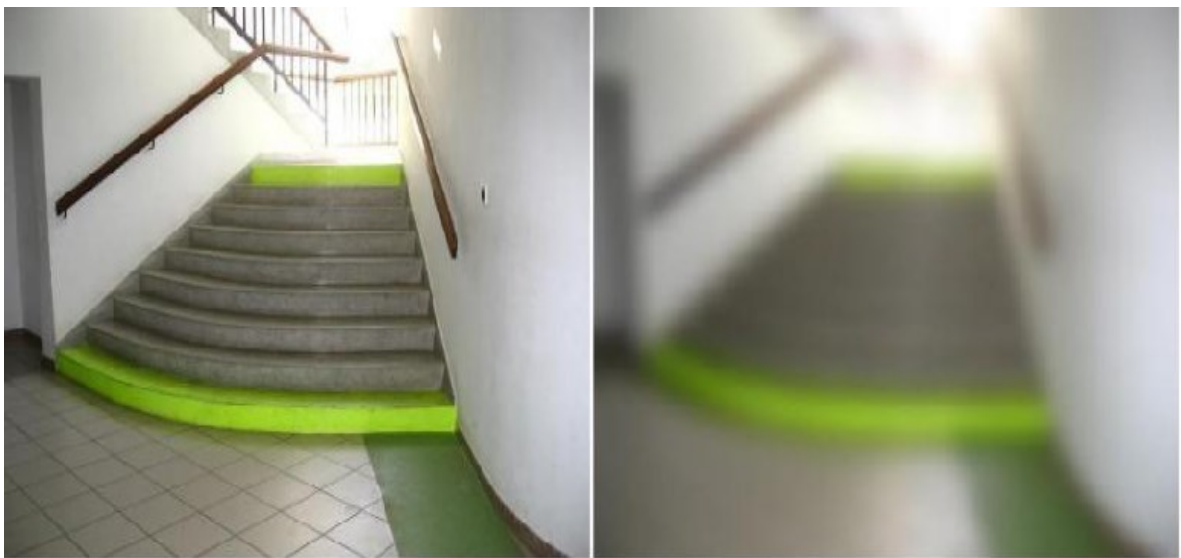


Рисунок 6.7 – Контрастні сходи

План приміщення, розклади, графіки роботи та інформаційні панелі повинні розташовуватися на висоті 0,90-1,80 м і мають дублюватися шрифтом Брайля (рис.6.8).

Досяжність. Також важливо враховувати межі досяжності людини, яка пересувається на інвалідному візку. Зона досяжності такої людини обмежена через його сидяче положення, а також через колеса і підніжку коляски, обмежуючи їй доступ до кутів приміщень, робочих місць і вимикачів.

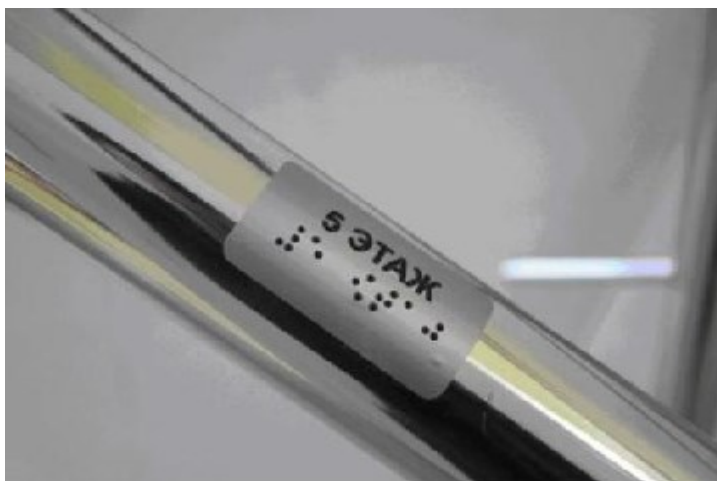


Рисунок 6.8 – Наклейки зі шрифтом Брайля

Баня/басейн. Для сауни чи бані потрібно враховувати місце для інвалідного візка. Потрібно зауважити що залишатися на інвалідному візку небезпечно, оскільки він металевий і нагріється від високої температури. Також рекомендується встановити сигнальну кнопку, щоб у разі поганого самопочуття можна було викликати допомогу. Вбиральня в таких місцях має плануватися з урахуванням місця для інвалідного візка.

Готельний номер. Бажано розміщувати номер для людини з інвалідністю на першому поверсі, він повинен мати ряд особливостей, і перша з них розпочинається з дверей:

- щоб заїзд візка був зручним, у всіх приміщеннях необхідно зробити дверні проходи без порогів;
- двері слід встановлювати шириною 0,9 м, кріпити на них магнітний стопор фіксації у відкритому вигляді;
- двері відчинятися назовні, щоб забезпечити зручність переміщення людини на візку;
- на дверях з боку «закриття дверей на себе» паралельно дверній ручці необхідно прикріпити допоміжну ручку на всю ширину дверей, це для зручності людям на візках;
- Важливо приділити увагу і збереження номерів. Тому потрібно обладнати кути кімнати захисними панелями, щоб візок не пошкодив стіни.

Ліжко повинне бути міцне, стійке, висотою 50-60 і досить просторе. Матрац – ортопедичний і його бажано помістити в прогумований чохол. Якщо розташоване біля стіни, то над ним (на невисокій висоті) потрібно прикріпити ручку, щоб клієнт міг триматися за неї при спробі повернутися з боку на бік.

Вбиральня. Адаптовані туалетні кабінки/вбиральні повинні бути на кожному відкритому поверсі. Якщо це неможливо, слід облаштувати хоча б один адаптований туалет, розташований окремо. Кнопки або шнури аварійної сигналізації повинні розміщуватися у безпосередній близькості до сидіння унітазу. Система аварійної сигналізації має бути оснащена пристроєм зворотного зв'язку (візуального/акустичного), який повідомляє про те, що

допомога скоро прибуде. Вмикач для світла розміщується на зручній висоті – 1,2 метра і повинен мати світлодіодну підсвітку.

Душова кабіна. Для осіб, які не можуть сидіти через певні обмеження, встановлюють відкидну кушетку, завдяки якій особа може в горизонтальному положенні прийняти душ. Змішувач та кріплення для головки душа має розташовуватися поруч із сидінням, так щоб людина могла вільно дістати їх рукою. Усі душові кабінки повинні дозволяти безперешкодне переміщення з інвалідного візка на відкидне сидіння. У душових кабінах має міститися відкидне сидіння, розташоване на висоті 0,45-0,50 м. Сидіння може бути пересувним або відкидним/висувним. Не рекомендується використовувати сидіння на пружинах. Душова кабінка може зачинятися звичайною ширмою чи захисними стінками. Гачок чи вішалка для рушника має розташовуватися на висоті не вище 1,3 м від підлоги. Найважливіші трансформації, які стосуються ванної кімнати, – це низьке розташування самої ванни, встановлені поручні, зручні і не високі крани, розсіювачі та тримачі. Також можливо встановити спеціальне поворотне сидіння на краї ванної. Це особливо зручно для людей, які допомагають людині з інвалідністю.

Питання для самоперевірки

1. Розкрийте суть стратегії «Створення обставин, що сприяють виконанню активності в даному оточенні», наведіть приклад клінічного випадку.

2. Наведіть приклад клінічного випадку адаптації оточення при дефіциті навички.

3. Наведіть приклад клінічного випадку зміни оточення при дефіциті звичок.

4. Дайте характеристику стратегії «Усунення бар'єрів, що перешкоджають виконанню завдання». Наведіть приклад клінічного випадку.

7. Приведіть приклад клінічного випадку адаптації оточення при дефіциті звичок.

8. Дайте характеристику стратегії «Відновлення/розвиток функцій». Наведіть приклад клінічного випадку розвитку/відновлення навичок для виконання завдання в специфічному оточенні.

9. Проведіть порівняння адаптаційної і відновної стратегій втручання.

10. Обґрунтуйте, яка стратегія втручання повинна використовуватися спочатку втручання, а яка в кінці.

Тести

1 Пристосування при переміщенні можуть бути:

- а) технічні;
- б) фізичні і психологічні;
- в) усі перераховані

2 На рівновагу людини впливає:

- а) вага;
- б) зріст;
- в) патологія

3 Технічні засоби підтримки пози або переміщення:

- а) істотно впливають на біомеханіку пацієнта;
- б) не суттєво впливають;
- в) основний вплив має патологія;
- г) ерготерапевт навчає пацієнта самостійного переміщення

3 Навчання пацієнта вирішенню проблем в повсякденній активності є для ерготерапевта:

- а) професійним обов'язком;
- б) не має відношення до професійних обов'язків
- в) добровільним внеском

5 Консультація пацієнта і родичів щодо подальшого життя, роботи, навчання з наявними порушеннями для ерготерапевта:

- а) професійним обов'язком;
- б) не має відношення до професійних обов'язків;
- в) добровільним внеском

3. Консультація персоналу по догляду за переведенням в іншу Установу для ерготерапевта – це:

- а) професійний обов'язок;
- б) не має відношення до професійних обов'язків;
- в) добровільний внесок

Ситуаційна задача

Світлані Петрівні 70 років. Вона проживає одна в комунальній квартирі на 3 поверсі без гарячої води і ліфта. Сусіди у неї непогані, але на їх допомогу С.П. не сподівається і все робить сама: ходить в магазин, готує собі їжу на загальній кухні, миється в ванні, або ходить в баню. У А.І. є син. Він живе окремо в однокімнатній квартирі в іншому районі міста зі своєю сім'єю - дружиною і 2-х річним сином. Світлана Петрівна любить приїжджати до них, щоб посидіти з онуком, якщо діти йдуть в гості або в кіно. 2 тижні тому у Світлани Петрівни стався ішемічний інсульт, вона знаходиться в неврологічному відділенні і через тиждень її мають виписати додому. С.П. може самостійно встати з ліжка, тримаючись за спинку ліжка, повільно ходити, спираючись на ціпок, яку тримає в лівій руці. Праве плече болить, рука висить, рухів в ній майже немає, і С.П. її погано відчуває. С.П. сама не одягається, потрібна допомога при вмиванні (тільки якщо її підвезуть до раковини,

потрібно нагадування, щоб вона вимила праву руку). Потрібна допомога при відвідуванні туалету. С.П. вважає за краще знаходитися в підгузку. Крім того, у С.П. є порушення мови – їй важко пояснити, що вона хоче. Син хвилюється про те, що буде після виписки: як мама зможе жити зараз одна. Сам він часто у відрядженні, а дружина не зможе приїжджати до С.П., так як доглядає за маленьким сином.

Завдання:

1. Складіть список проблем пацієнтки в форматі МКФ.
2. Визначте реабілітаційні цілі: 3 короткострокові і одну довгострокову.
3. Які фахівці будуть працювати над цими цілями?
4. Які дії повинні бути заплановані для проведення успішної реабілітації?

ГЛОСАРІЙ

Активність повсякденного життя	сфера заняттєвої активності людини, яка охоплює справи повсякденної життєдіяльності: гігієну (прийом душу, ванни) та догляд за тілом (гоління, догляд за волоссям, користування косметикою, догляд за ротовою порожниною тощо), користування туалетом, одягання, прийом їжі (користування столовими приладами, жування, ковтання), переміщення тіла та предметів, користування допоміжними засобами та догляд за ними (окуляри, ортези, глюкометри, адаптивне обладнання тощо) та сексуальну активність
Аналіз завдання	частина заняттєвого аналізу; оцінка завдання, яка складається з розчленування завдання на компоненти та визначення послідовності їх виконання; охоплює біомеханічний аналіз окремих кроків і дій
Виконавчі уміння та навички	необхідні передумови заняттєвої активності; цілеспрямовані дії (рухові, процесуальні, соціальної взаємодії), які проявляються у процесі виконання заняттєвої активності.
Виконавчі моделі	режим, звички, ролі, ритуали, які людина використовує у процесі виконання певної активності або заняття; можуть сприяти або перешкоджати заняттєвій участі
Вимоги до заняття	сукупність факторів, необхідних для виконання заняття: предмети та їх властивості, вимоги до простору, послідовність і часові вимоги, необхідні виконавчі уміння, навички та фактори пацієнта/клієнта (цінності, переконання і духовність, функції і структури тіла)
Заняттєва активність	цілеспрямована, тривала, регулярна, багатокомпонентна, бажана або очікувана діяльність (активність повсякденного життя, інструментальна активність повсякденного життя, продуктивна діяльність, гра, освіта, відпочинок і сон, дозвілля, соціальна участь), яка надає життю людини зміст і мету, є обов'язковою чи такою, яка приносить задоволення та відчуття досягнення
Заняттєва участь	виконання заняттєвої активності на основі особистої мотивації та усвідомлення її значущості у сприятливому/безбар'єрному середовищі. Термін уособлює мету ерготерапії, є широким поняттям участі людини у житті
Заняттєва справедливість	визнає право на інклюзивну участь у життєдіяльності усіх членів суспільства, незалежно від віку, статі, фізичних або розумових можливостей, соціального

	статусу або інших відмінностей; забезпечує участь в усіх бажаних для особи заняттях, які доступні іншим людям, включаючи можливість соціальної інтеграції і доступ до ресурсів, які можуть задовольнити особисті потреби особи та такі, що стосуються її здоров'я і суспільних потреб
Заняттєва терапія	це мистецтво та наука, які дозволяють участь у повсякденному житті через занятість; те, що дозволяє людям виконувати заняття, які сприяють їхньому здоров'ю та добробуту; та включення у справедливе і відкрите суспільства, щоб всі люди могли брати участь в їхній потенційній занятості у повсякденному житті
Заняттєвий аналіз	оцінка заняттєвої активності з метою планування програми втручання; складається з розчленування заняття на компоненти, необхідні для його виконання, визначення вимог до заняття, а також особистих і культурних аспектів, пов'язаних з його виконанням
Заняттєвий профіль	аналіз заняттєвої історії клієнта: досвіду, звичок, інтересів, цінностей і потреб
Заняття	компонент заняттєвої активності людини; спеціально обрана та організована діяльність, яка складається з кількох завдань, і використовується у ерготерапії для відновлення та розвитку функцій організму, формування виконавчих умінь, навичок та виконавчих моделей з метою збільшення заняттєвої участі пацієнта/клієнта
Заняттєва роль	стосується прав, обов'язків, очікувань та зразків поведінки, пов'язаних з певним набором заходів та занять, що здійснюються на регулярній основі та пов'язані із соціально-культурними ролями
Інструментальна активність повсякденного життя	сфера заняттєвої активності людини, яка охоплює справи повсякденної життєдіяльності, які виконуються для задоволення потреб людини у її будинку/квартирі або за їх межами, самостійно або у взаємодії з іншими людьми: опіка і догляд за іншими особами, догляд за дітьми, догляд за домашніми тваринами, облаштування помешкання та догляд за ним, приготування їжі, керування автомобілем, користування громадським транспортом, менеджмент фінансів, менеджмент особистого здоров'я, релігійна/духовна активність, безпека дій у нестандартних та надзвичайних ситуаціях, здійснення покупок
Навички емоційного регулювання	дії або поведінка клієнта, що використовується ним для виявлення, управління почуттями та їх висловлення у процесі залучення до діяльності чи взаємодії із іншими

	людьми
Процесуальні уміння та навички	дії та процеси, які охоплюють здатність людини: 1) планувати окремі елементи завдання та їх послідовність; 2) обирати та використовувати інструменти та матеріали; 3) виконувати заплановані дії; 4) змінювати план та процес виконання відповідно до проблемних ситуацій
Рухові уміння та навички	цілеспрямовані рухові дії, які охоплюють взаємодію людини з предметами, рух людини у її середовищі з предметами та без них
Сфери зайнятості	різні види діяльності, до яких залучаються люди і до яких відносяться щоденна діяльність, інструментальна щоденна діяльність, відпочинок і сон, освіта, робота, ігри, дозвілля, соціальна участь
Фактори клієнта	особливі можливості та характеристики пацієнта/клієнта, які впливають на виконання повсякденних занять: цінності, переконання і духовність, функції і структури тіла
Уміння та навички соціальної взаємодії	дії та процеси, які проявляються у взаємодії людини з іншими людьми

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Гриньків М., Куцериб Т., Крась С., Маєвська С., Музика Ф. Медико-біологічні основи фізичної терапії, ерготерапії («Нормальна анатомія» та «Нормальна фізіологія») : навч. посіб. Львів : ЛДУФК, 2019. 146 с.
2. Керестей В.В., Савченко В.М., Скольська Л.В., Воліков І.О. Основи безпечного переміщення та супроводу пацієнтів: метод. рекомендації. Київ : Київський університет ім. Бориса Грінченка, медичний центр «Добробут», 2021. 28с.
3. Рекомендації з організації працетерапії для осіб, що проживають в інтернатних установах системи соціального захисту населення. Міністерство соціальної політики України, (відділ з проблем соціальних послуг). Київ : НДІ праці і зайнятості населення Мін. Соц. політики України і НАН, 2016, 95 с.
4. Швесткова О., Катержина С. Ерготерапія : підручник. Київ : Чеський центр у Києві, 2019. 280 с.
5. Faias J., Vercruysse L. Basics of occupational therapy, Co-funded by the Erasmus + Programme of the European Union, 2020-2021, 42 p. URL: <https://www.ukrothe.eu/sites/default/files/uploads/s1-foundations-ot-osnovi-ergoterapii.pdf> (дата звернення: 01.05.2024).

Додаткова

1. Гойдош К.Ю., Романів О.П. Соціально-трудова реабілітація осіб з психічними розладами за допомогою працетерапії. *Науково-практичний журнал «Економіка і право охорони здоров'я»*. 2018. № 2 (8). С. 100-102.
2. Позмогова Н.В., Давиденко А. Можливості використання робото технічних пристроїв в реабілітації верхньої кінцівки. *Сучасні технології в оздоровчій діяльності* : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. здобувачів вищої освіти та молодих вчених (Запоріжжя, 3 березня 2023). Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2023. С. 82-84.
3. Позмогова Н.В., Красна Н.С. Роль дозвілля і відпочинку у процесі реабілітації після інсульту. *Молода наука-2021* : збірник наукових праць XIV університетської науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (Запоріжжя, 19-24 квітня 2021). Запоріжжя : ЗНУ, 2021. Т. 4 С. 23-25.
4. Позмогова Н., Кірєєв І. Види та форми працетерапії в роботі з особами з обмеженими можливостями. *Молода наука-2023* : збірник наукових праць XVI університетської наук.-практ. конф. науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (Запоріжжя, 17-22 квітня 2023). Запоріжжя : ЗНУ, 2023. Т. 3 С. 55-56.
5. Позмогова Н.В., Прокопенко Д.О. Використання гри при ранньому втручанні у дітей. *Молода наука-2023* : збірник наукових праць XVI

університетської наук.-практ. конф. студентів, аспірантів і молодих вчених (Запоріжжя, 17-22 квітня 2023). Запоріжжя : ЗНУ, 2023. Т. 3 С 95-97

6. Позмогова Н.В., Сироп'ятова С.О. Ерготерапія у комплексній реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру. *Молода наука-2021* : збірник наукових праць XIV університетської наук.-практ. конф. студентів, аспірантів і молодих вчених (Запоріжжя, 19-24 квітня 2021). Запоріжжя : ЗНУ, 2021. Т. 4 С. 120-122.

7. Позмогова Н.В., Потапова Л.В. Ефективність формування правильного рухового стереотипу у комплексній програмі реабілітації хворих на ранній ревматоїдний артрит *Актуальні проблеми ортопедагогіки та фізичної реабілітації*: матеріали I Міжнародної наук. інтернет-конф. (Черкаси, 30 листопада 2021). Черкаси : ЧНУ, 2021. № С. 58-62.

8. Позмогова Н.В., Каврін М.О. Особливості протезування верхніх кінцівок в умовах сучасності. *Актуальні проблеми фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації на сучасному етапі розвитку держави* : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 17–18 листопада 2022). Київ : ТНУ імені В. І. Вернадського, 2022, С. 17-20.

9. Pozmohova N., Bogdanovska N., Kalonova I., Voichenko S., Bessarabova O. Effect of occupational therapy intervention in a comprehensive rehabilitation program on patients with early rheumatoid arthritis. *Journal of Physical Education and Sport*, 2021, Oct, pp 3024-3029.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Аксельсон П., Чесни Д., Мінкель Ж. Керівництво для вибору інвалідного візка. Львів : Міссіонер, 2002. 72 с.

2. Багрій І.П. Заняттєва терапія як сфера професійного діяльності : конспект лекцій до курсу «Технології збереження здоров'я у соціальній сфері» для студентів спеціальності 231 «Соціальна робота», Львів : НУ «Львівська політехніка», 2015. 50 с.

3. Вовканич А.С. Моделі пересування і методи підстраховки : лекція № 7 з навчальної дисципліни «Вступ у фізичну реабілітацію», Львів : ЛДУФК, 2016.10 с.

4. Грейда Н.Б. Основи ерготерапії та функціональне тренування : конспект лекцій. Луцьк : ВНУ, 2022. 50 с.

5. Грейда Н. Страхування, переміщення та позиціонування у фізичній терапії та ерготерапії : метод. рекомендац. для проведення лабораторних робіт. Луцьк : ВНУ, 2022, 43 с.

6. Керестей В.В., Савченко В.М., Скольська Л.В., Воліков І.О. Основи безпечного переміщення та супроводу пацієнтів : метод. рекомендац. Київ : Київський університет ім. Бориса Грінченка, медичний центр «Добробут», 2021. 28 с.

7. Мазєпа М.А. Ерготерапія – нова спеціальність в Україні : лекція № 1 з навч. дисципліни «Ерготерапія». Львів : ЛДУФК, 2019. 11 с.

8. Мазепа М. Сучасна парадигма ерготерапії. *Вісник Прикарпатського університету*. Серія : Фізична культура. 2017. Вип. 25/26. С. 174-180.

9. Мазепа М., Купріненко О. Проблеми і перспективи використання методів фізичної терапії та ерготерапії в ревматології *Фізична активність і якість життя людини* : зб. тез доп. II Міжнар. наук.-практ. конф. (Луцьк, 22-24 травня 2018). Луцьк : ВНУ, 2018. С. 64.

10. Скрипка Н. Доступність до об'єктів житлового та громадського призначення для людей з інвалідністю : методичний посібник, Всеукраїнське громадське соціально-політичне об'єднання Київ, ПрАТ «Видавництво «Київська правда» КП ДАК «Укрвидавполіграфія», 2012, 248 с.

11. Слабкий Г.О., Дуб М.М., Брич В.В. Технічні засоби у фізичній терапії : Методичні рекомендації до проведення практичних занять з дисципліни, Ужгород : УНУ, 2023. 29 с.

12. Чернігівська С.А. Канюка Є.В., Бакурізе-Маніна В.Б. Основи ерготерапії : метод. рекомендації, Дніпро : ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», 2019, 129 с.

Навчальне видання
(українською мовою)

Позмогова Наталія Василівна
Богдановська Надія Василівна
Бойченко Кирило Юрійович

ОСНОВИ ЕРГОТЕРАПІЇ

Навчальний посібник
для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра
спеціальності «Терапія та реабілітація»
освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія»

Рецензент *І. М. Григус*
Відповідальний за випуск *Н. В. Богдановська*
Коректор *К. М. Текуч*