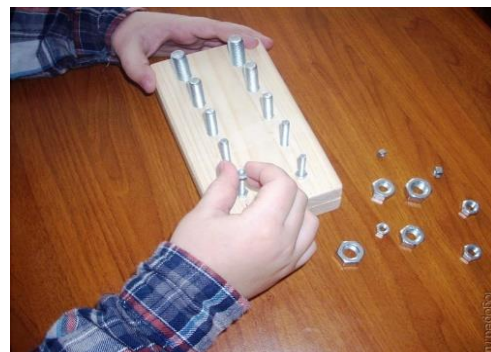
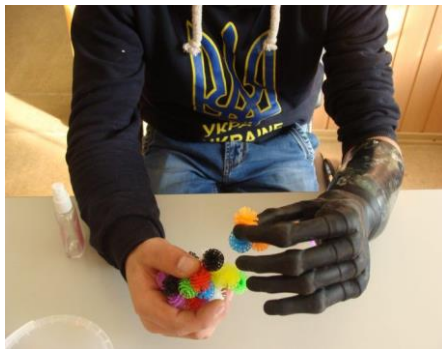


Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет імені Лесі Українки
Медичний факультет
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Наталія Грейда

ОСНОВИ ЕРГОТЕРАПІЇ

Методичні рекомендації для лабораторних занять



Луцьк, 2024

УДК 615.851
Г79

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

Рецензент:

Якобсон Олена Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної патології та хірургічних хвороб Волинського національного університету імені Лесі Українки

Грейда Н.Б. Основи ерготерапії: методичні рекомендації для лабораторних занять. Луцьк, 2024. 77 с.

У методичних рекомендаціях розглянуто засоби збільшення амплітуди рухів в уражених кінцівках пацієнтів; зміцнення м'язів, їх витривалості, покращання координації рухів; відновлення рухових навичок побутового і, за можливості, професійного характеру; навчання самообслуговування і досягнення максимальної незалежності від сторонньої допомоги.

Рекомендовано здобувачам освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 Терапія та реабілітація освітньо-професійної програми Фізична терапія, ерготерапія, які вивчають освітній компонент «Основи ерготерапії», асистентам ерготерапевта та ерготерапевтам.

УДК 615.851
Г79

© Грейда Н.Б., 2024.
© Волинський національний
університет імені Лесі Українки, 2024

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Лабораторне заняття №1-2.....	5
Лабораторне заняття №3-4.....	9
Лабораторне заняття №5.....	16
Лабораторне заняття №6.....	20
Лабораторне заняття №7.....	28
Лабораторне заняття №8.....	31
Лабораторне заняття №9.....	35
Лабораторне заняття №10.....	38
Лабораторне заняття №11.....	42
Лабораторне заняття №12.....	46
Лабораторне заняття №13-14.....	52
Лабораторне заняття №15.....	63
Лабораторне заняття №16.....	70
Висновки	74
Список використаної літератури.....	75

ВСТУП

Термін «ерготерапія» походить від латинського *ergon* - праця, заняття і грецького *therapia* - лікування. Таким чином, ерготерапія - це зцілення через діяльність. Окупаційний терапевт/ерготерапевт розробляє вплив на пацієнта до кожного конкретного випадку. В ерготерапевтів немає жодного робочого дня схожого на інший, бо всі наші втручання унікальні, як і кожна людина.

Моторика (лат. motus - рух) - рухова активність організму або окремих органів. Під моторикою розуміють послідовність рухів, які у своїй сукупності потрібні для виконання будь-якої певної задачі. Вона поділяється на велику й дрібну моторику, а також моторику певних органів.

Велика моторика є основою, на яку згодом накладаються більш складні й тонкі рухи дрібної моторики.

Навички великої моторики включають в себе виконання таких дій, як: перевертання, нахили, ходьба, повзання, біг, стрибки тощо.

Дрібна моторика руки – це набір дрібних і точних рухів пальців і кисті руки. Дрібна моторика полягає у здатності маніпулювати дрібними предметами, передавати об'єкти з руки в руку, а також виконувати завдання, що потребують скоординованої роботи очей і рук.

Ерготерапію використовують як:

- загальнотонізуючу і відновну для підняття психоемоційного тону пацієнта;
- збільшення амплітуди рухів в уражених кінцівках;
- зміцнення м'язів, їх витривалості, покращання координації рухів;
- відновлення рухових навичок побутового і, при можливості, професійного характеру;
- навчання самообслуговування і досягнення максимальної незалежності від сторонньої допомоги.

Лабораторне заняття №1-2

Тема: Методи та види арт-терапії. Ерготерапія засобами арт-терапії

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

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал стосовно теми лабораторного заняття №1 «Методи та види арт-терапії». Вміти відповідати на питання.
2. Підготувати самостійно детальний опис одного з видів арт-терапії.
3. Вміти провести заняття за даним видом арт-терапії з одним умовним пацієнтом (лаб. заняття №1)/групою умовних пацієнтів (лаб. заняття №2). Для цього принести на заняття матеріал (сировину) для проведення арт-терапії у розрахунку на одного пацієнта.

Критерії оцінювання заняття №1-2:

3 бали – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття №1-2.

5 балів – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття №1-2;

б) підготовлений детальний опис одного з видів арт-терапії та проведене заняття з арт-терапії з підручного матеріалу з умовним пацієнтом.

Короткий виклад теоретичного матеріалу

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

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

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

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

Крім того, кожний із цих видів мистецтва має безліч арт-терапевтичних технік, які застосовуються для вирішення внутрішніх і міжособистісних конфліктів. На практичних корекційних заняттях з малювання з дітьми з інвалідністю використовують цікаві техніки. Деякі з них:

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

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

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

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

Отже, для корекції психофізичних порушень необхідні нові не традиційні методи та моделі психолого-педагогічної допомоги. І саме арт-терапія є одним із таких методів, який використовує фарби, олівці, пісок, глину, пластилін, папір та інший матеріал як засіб мобілізації інтелектуальних, емоційних, рухових, мовленнєвих та інших функціональних можливостей організму дитини з інвалідністю.

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

Розрізняють три форми арт-терапії:

активну (клієнт сам створює продукти творчості – малюнки, скульптури, музичні твори, казки та ін.);

пасивну (клієнт використовує художні твори, створені іншими людьми: розглядає малюнки, читає книги, прослуховує музичні твори тощо);

змішану (клієнт використовує твори мистецтва для створення власних продуктів творчості).

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

Дослідниця Лещук Г. щодо поділу реабілітації на види, а саме: ерготерапевт може вибудовувати такий процес за допомогою трьох методик малювання: у процесі організації ізотерапії (терапія зображувальним мистецтвом).

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

- **вільне малювання**, яке базується на індивідуальному виборі теми малювання або ж на власному баченні малюнка на задану тему;

- **комунікативне малювання**. Це групова робота, де група розбивається на пари і, за допомогою невербального спілкування, робить спільний малюнок на одному аркуші паперу;

- **спільне малювання**. Групова робота, у якій декілька учасників спільно малюють на задану тему, а після закінчення створення малюнка обговорюють внесок кожного члена команди.

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

Арт-терапія може також здійснюватися за допомогою такого різновиду як **ігротерапія** – це застосування гри, яке впливає на розвиток особистості, сприяє створенню близьких стосунків між учасниками групи, допомагає зняти стрес та напруженість, підвищує самооцінку, та дозволяє повірити в себе адже в різних ситуаціях.

Лабораторне заняття №3-4

Тема: Розвиток дрібної моторики

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

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Розвиток дрібної моторики». Вміти відповідати на питання.
2. Вміти провести 9 вправ для розвитку дрібної моторики (пальці, променево-зап'ясковий суглоб, зап'ястно-п'ясний суглоб великого пальця).
3. Підготувати детальний опис одного з видів розвитку дрібної моторики за допомогою допоміжних засобів (пластилін, глина, нитки, дрібне приладдя тощо).
4. Вміти провести заняття за даним видом дрібної моторики з одним умовним пацієнтом (лаб. заняття №3)/групою умовних пацієнтів (лаб. заняття №4). Для цього принести на заняття матеріал (сировину) для проведення заняття з розвитку дрібної моторики у розрахунку на одного пацієнта/групу умовних пацієнтів або використати обладнання в ауд. G-3.

Критерії оцінювання завдання:

- 3 бали – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття «Розвиток дрібної моторики».
- 4 бали – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття «Розвиток дрібної моторики»; б) підготовлений детальний опис одного з видів розвитку дрібної моторики.
- 5 балів – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття «Розвиток дрібної моторики»; б) підготовлений детальний опис одного з видів розвитку дрібної моторики; в) проведене заняття з розвитку дрібної моторики з підручних матеріалів з умовним пацієнтом.

Короткий виклад теоретичного матеріалу

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

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

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

Дрібна моторика – відчутний результат

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

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

- вправні рухи;
- миттєва реакція та увага;
- чисте та зв'язне мовлення;
- вільне читання;

- рівний та чіткий почерк;
- логічне (математичне) та художньо-образне (творче) мислення.

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

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

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

Вік для розвитку дрібної моторики

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

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

Особливості розвитку моторики у дітей дошкільного віку

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Тест з кілочками та дев'ятьма отворами (9НРТ) ТМ Mental



9НРТ — це показник загальної точності і координованості рухів рук пацієнтів, які пережили інсульт, під час виконання дій, що характеризують дрібну моторику. Цей показник складається з 1 функціонального завдання. Пацієнтам пропонується вийняти з контейнера 9 стрижнів і вставити їх в отвори. Після того, як всі 9 стрижнів вставлені, їх виймають з отворів якомога швидше і поміщають назад у контейнер. Оцінюють, як швидко пацієнти можуть вставити й вийняти стрижні, тому чим швидший час вони продемонструють, тим кращий це результат. Доведено, що цей показник є досить надійним і діагностично обґрунтованим.

Детальніше: <https://mental.org.ua/ua/p1786963969-test-kilochkami-devyatma.html>

Тест оцінки діяльності рук (ARAT)



Переваги: чутливий та достовірний тест для оцінки функціональних обмежень верхніх кінцівок. Тест ARAT є засобом оцінки функцій верхньої кінцівки та спритності. Інструкції: Кейс для проведення тесту ARAT відкритий і розташований на столі (середня висота 76 см) таким чином, що кришка кейса

знаходиться на одному рівні зі столом. Пацієнта садять перед кейсом ARAT, непаралізована рука на колінах під столом. Пацієнта просять опертися спиною на спинку стільця під час проведення тесту. Відстань між пацієнтом і кейсом повинна бути така, щоб пацієнт, простягнувши руку, пальцями міг торкнутися заднього краю верхньої частини кейса. На початку пацієнта просять помістити свою руку на столі поруч із шумознижувальним килимком.

Інструкції наступні: виконувати завдання в зручному темпі, на рахунок 3 і після стартового сигналу «так». Секундомір зупиняється, як тільки рука знову на столі. Права частина кейса використовується для правої руки, ліва частина — для лівої руки.

Необхідні матеріали: кейс з матеріалами для проведення тесту ARAT.

Підрахунок балів: Тест ARAT складається із 19 пунктів, що розділені на 4 субтести (захоплення, стискання, щипкове утримання та макроскопічні рухи рук). Виконання кожного пункту оцінюється за 4-бальною шкалою: • 3: Виконує тест нормально • 2: Завершує тест, але це забирає аномально довгий час або має великі труднощі • 1: Виконує тест частково • 0: Не вдається виконати жодну частину тесту Перший пункт кожного субтесту виконується першим, оскільки вважається найважчим. Другий пункт вважається найпростішим.

Якщо пацієнт не може проходити тест з будь-якої причини, результат буде 0.

Максимальна кількість балів становить 57.

[Детальніше: https://mental.org.ua/ua/p1938764709-test-otsinki-diyalnosti.html](https://mental.org.ua/ua/p1938764709-test-otsinki-diyalnosti.html)

Тест функції руки Джебсена-Тейлора

Тест функції руки Джебсена-Тейлора є одним найстаріших та найбільш часто застосовуваних інструментів кількісної оцінки рухової функції кисті. Розроблений у 1969 році колективом американських дослідників, тест неодноразово витримував перевірку на валідність та надійність.

За задумом розробників, тест Джебсена-Тейлора орієнтований, перш за все, на пацієнтів з ураженням шийного відділу спинного мозку, проте завдяки простоті

та практичності набув широкого поширення у функціональній діагностиці інсульту, церебрального паралічу, ревматоїдного артриту, синдрому зап'ястного каналу та ряду інших захворювань та патологічних станів, що супроводжуються обмеженням функції верхньої кінцівки.

Цільова група пацієнтів для цього тесту – це люди із захворюваннями нервової та опорно-рухової системи, що мають порушення функції руки. Інструмент можна використовувати для осіб віком від 5 років, за умови що пацієнт розуміє вказівки. Тест не рекомендовано проводити людям із порушеннями мови, а також після перенесеної операції на верхній кінцівці, оскільки надійність та валідність тесту у цієї категорії пацієнтів сумнівна.

Тест охоплює компоненти з категорій активності і функціонування Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ). Автори намагались зробити тест максимально практично-орієнтованим, тобто таким що оцінює виконання завдань, типових для повсякденної діяльності пацієнта.

Тест включає завдання, що оцінюють точну моторику рук і функціональні завдання з вагою та без ваги. Інструмент складається із семи субтестів, які виконуються на час: написання короткого простого речення (24 літери), перевертання карток розміром 7.6×11.7 см, збирання дрібних предметів (монет, скріпок для паперу та металевих кришечок від пляшки) і перенесення їх у контейнер, імітація процесу годування, шляхом збирання квасолин ложкою та перенесення їх у контейнер, складання шашок одна на одну, переставляння великих легких предметів (порожніх бляшаних банок), переставляння великих важких предметів (бляшаних банок вагою 0.453 кг).

Кожне завдання виконується однією рукою, спершу недомінуючою, потім домінуючою. Максимальний час відведений на виконання одного субтесту – 120 секунд. Тест оцінює лише швидкість, але не якість виконання завдань. Для пацієнтів молодших за 8 років не проводиться субтест “написання речення”.

Лабораторне заняття №5

Тема. Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел)

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

Завдання:

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

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Таблиця 1

Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел)

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

<p>10 - не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)</p>
<p>ПРИЙОМ ВАННИ</p>
<p>0 - залежний від оточуючих 5 – незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги</p>
<p>ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА (чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лица)</p>
<p>0- потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни 5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лица, зачісуванні, чищенні зубів, голінні</p>
<p>ОДЯГАННЯ</p>
<p>0 – залежний від оточуючих 5 - частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу 10 - не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибрати і надягати будь-який одяг</p>
<p>КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ</p>
<p>0 - нетримання калу(або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає) 5 - випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок 10 - повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги</p>
<p>КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ</p>
<p>0 – нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може 5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години) 10 - повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)</p>
<p>КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)</p>
<p>0 - повністю залежний від допомоги оточуючих 5- потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно 10 - не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)</p>
<p>ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)</p>
<p>0 - переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб</p>

<p>5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку</p> <p>10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи), або потрібний догляд, вербальна допомога</p> <p>15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)</p>
<p>ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)</p>
<p>0- не здатний до переміщення або долає менше 45м</p> <p>5 – здатний до незалежного пересування в кріслі колісному на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг</p> <p>10 - може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м</p> <p>15 – незалежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самостійно більше 45 м</p>
<p>ПОДОЛАННЯ СХОДІВ</p>
<p>0 - не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою</p> <p>5 - потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка</p> <p>10 – незалежний</p>

Таблиця 2

Оцінка пацієнта за індексом Бартел

ВИД ДІЯЛЬНОСТІ	Оцінка на початку лікування та реабілітації	Оцінка при виписці на домашню програму реабілітації
Прийом їжі		
Прийом ванни		
Персональна гігієна		
Одягання		
Контроль дефекації		
Контроль сечовипускання		
Користування туалетом		
Переміщення(з ліжка на крісло і назад)		
Здатність до пересування по рівній площині		
Подолання сходів		

Оцінку проводив (ПІБ) _____

Інструкції

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

Сумарна оцінка:

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

50-75 балів – свідчить про помірну інвалідність,

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

Лабораторне заняття №6

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

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

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Канадська оцінка виконання діяльності (COPM) в умовах клієнто-орієнтованої практики ерготерапії». Вміти відповідати на питання.
2. Згідно діагнозу **ішемічний інсульт** (вибрати згідно списку в журналі академічної групи – вік, стать, хоббі, професійне спрямування умовного пацієнта) здійснити оцінку виконання діяльності пацієнта (COPM) в сферах діяльності самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля в умовах практики ерготерапевта. Для цього заповнити таблицю 1 та згідно умовно підібраних балів **зробити планування ерготерапевтичного втручання** в сферах діяльності самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля.
3. Результати первинної та повторної оцінок виконання та задоволеності діяльністю внести в реєстраційну форму COPM в таблиці 2. **Написати висновок** про зміни в виконанні та зміни в задоволеності пацієнта/клієнта після втручання, порівнявши загальні бали на початку та після втручання.
4. У вигляді документу у ворді вкласти у завдання до лабораторного заняття в команді в тімзі.

Діагноз (вибрати згідно списку в журналі академічної групи):

Ішемічний інсульт:

- 49 р. жіноча стать, професія – бухгалтер, хоббі – вивчення дизайну квартир, працює;
- 57 р. жіноча стать, професія – швея, хоббі – перегляд кінофільмів, працює;
- 65 р. жіноча стать, хоббі – приготування кондитерських виробів, пенсійного віку;
- 73 р. жіноча стать, хоббі – садівництво, пенсійного віку;

- 75 р. жіноча стаття, хоббі – спілкування з сусідами, догляд за правнуком, пенсійного віку;
- 45 р. чоловіча стаття, професія – вчитель англійської мови, хоббі – гірський туризм, працює;
- 55 р. чоловіча стаття, професія – електрик, хоббі – рибалка, працює;
- 64 р. чоловіча стаття, професія – охоронець, хоббі – виготовлення столярних виробів, працює);
- 72 р. чоловіча стаття, хоббі – читання книжок на історичну тематику, пенсійного віку);
- 67 р. чоловіча стаття, хоббі – догляд за домашніми тваринами (кіт, черепаха, акваріумні риби), перегляд телепередач, пенсійного віку)

Короткий виклад теоретичного матеріалу

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

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

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

Самообслуговування / Інструментальна активність включає види діяльності, які необхідні у повсякденному житті (приготування їжі; прибирання; покупки; турбота про інших людей; виховання дітей; турбота про домашніх

тварин; використання комунікативних пристосувань; користування транспортними засобами; управління фінансами; підтримання здоров'я; ведення домашнього господарства; турбота про безпеку).

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

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

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

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

Канадська оцінка виконання діяльності : розглядає такі сфери виконання діяльності як **самообслуговування, продуктивну діяльність, дозвілля**

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

Продуктивна діяльність передбачає: наявність оплачуваної або неоплачуваної роботи, ведення домашнього господарства, освіти, волонтерської діяльності.

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

Процес (СОРМ) складається з 4-х кроків

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма СОРМ

Таблиця 1

Крок 1 <u>Визначення проблеми у виконанні діяльності (записати, які згадує пацієнт)</u>	Крок 2 <u>Оцінка важливості</u>
Крок 1А. Самообслуговування: догляд за собою <ul style="list-style-type: none"> - одягання, - прийом ванни, - особиста гігієна, - прийом їжі - інше (на вибір пацієнта) 	Важливість 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Функціональна мобільність: <ul style="list-style-type: none"> - пересаджування, втавання - переміщення всередині будинку і поза домом, - активність у соціальному середовищі (транспорт, покупки, гроші) 	Важливість 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Крок 1Б. Продуктивна діяльність <ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> - «Спокійні» захоплення (хоббі, ремесла, читання) 	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<ul style="list-style-type: none"> - Активний відпочинок (спорт, прогулянки, подорожі) - Соціальне спілкування (візити, листування, розмови по телефону, вечірки) 	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p style="text-align: center;">Крок 3.</p> <p style="text-align: center;"><u>Визначення та підрахунок балів – первинна оцінка</u></p> <p>Вибрати з клієнтом 5 найбільш важливих для нього проблем і записати збоку. За 10-ти бальною системою попросіть оцінити кожен «активність» з точки зору <u>здатності виконання</u>, а потім за 10-ти бальною системою – <u>задоволеність виконанням цієї діяльності</u>.</p>	<p>Виконання</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Цілком добре не виконую</p> <p>Задоволеність</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Дуже задоволений не задоволений</p>
Планування та реалізація ерготерапевтичного втручання	
<p style="text-align: center;">Крок 4.</p> <p style="text-align: center;"><u>Повторна оцінка</u></p>	<p>Виконання</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Цілком добре не виконую</p> <p>Задоволеність</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Дуже задоволений не задоволений</p>

Крок 3. Здатність виконати важливу для пацієнта/клієнта діяльність

Використовуючи отриману інформацію, слід попросити клієнта визначити 5 найважливіших для нього проблем. Для кожної з цих проблем за 10-та бальною шкалою клієнт повинен визначити самостійну оцінку його здатності виконати дану діяльність в цей момент.

Важливість									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Цілком добре								не виконую	

Після цього він повинен оцінити **задоволеність виконанням цієї діяльності**

Важливість									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Дуже задоволений								не задоволений	

SOPM розроблена як система оцінки ефективності, тому бали використовуються при повторній оцінці. Це індивідуальна система оцінки, тому бали пацієнта/клієнта порівнюються з його ж попередніми балами. **Доведено, що зміна на 2 і більше балів при використанні SOPM є клінічно значущими.**

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

Крок 4. Повторна оцінка

Після ерготерапевтичного втручання проводиться повторна оцінка.

Результати первинної та повторної оцінок виконання та задоволеності своєю діяльністю вносяться ерготерапевтом в реєстраційну форму COPM (таблиця 2). Процес COPM повторюється настільки часто, наскільки це необхідно клієнту. У випадку досягнення бажаного рівня діяльності, клієнт та ерготерапевт можуть продовжити процес за рахунок визначення нових проблем діяльності, або вони можуть прийняти рішення про завершення втручання.

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

Таблиця 2

Реєстраційна форма COPM 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 A1	Сума задоволеності B1	Сума виконання A2	Сума задоволеності B2
Підрахунок балів				
Загальний бал	A1/C	B1/C	A2/C	B2/C
Зміни в виконанні	A2/C- A1/C			
Зміни в задоволеності	B2/C-B1/C			

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

Лабораторне заняття №7

Тема. Ерготерапія осіб із розладом аутистичного спектра

Мета заняття: вивчити теоретичний матеріал теми та вміти проводити заняття для покращення рухомості у променево-зап'ястному та у ліктьовому суглобах.

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапія осіб із розладом аутистичного спектру». Вміти відповідати на питання.
2. Підготувати та вміти провести з пацієнтом заняття для покращення рухомості у променево-зап'ястному та у ліктьовому суглобах:
 - по 5 вправ у променево-зап'ястному та у ліктьовому суглобі з інвентарем (кожна вправа з іншим приладом: палиця, м'ячик, гантелі, кистьовий еспандер, тренажер для розробки кисті тощо).

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Розлад аутистичного спектру і його характеристики

Розлад аутистичного спектру (РАС) – це стан, який виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вродженим та всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування.

За оцінками ВООЗ, 1 дитина із 160 має будь-який із розладів аутистичного спектру. Американська асоціація Autism Speaks відзначає 1 випадок аутизму на 88 дітей. Загалом у світі таких осіб нараховується понад 2 мільйони.

Розлади аутистичного спектру починаються у дитинстві, проте зберігаються у підлітковому і дорослому віці. У більшості випадків ці стани проявляються у перші 5 років життя. Діагностувати ризик розвитку аутизму можна вже в 1,5 річному віці дитини за допомогою спеціального скринінгового тесту.

У версії МКХ-11 2018 року з'явилася діагностична одиниця «**розлад аутистичного спектра**» (код 6A02). У новій версії МКХ розлад аутистичного

спектра ділиться на підтипи із зазначенням наявності/відсутності розладів інтелекту і зазначенням здатності людини використовувати «функціональну мову» (усну чи письмову).

У РАС входять п'ять захворювань: аутизм (синдром Каннера), синдром Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад, синдром Ретта, неспецифічне первазивне порушення розвитку (або атиповий аутизм).

Аутизм або автизм (грец. autos — «сам»; аутизм — «занурення в себе»; рідше — синдром Каннера) — розлад розвитку нервової системи, який характеризується порушенням соціальної взаємодії, вербальної та невербальної комунікації, і повторюваною поведінкою, існують складнощі у взаємодії із зовнішнім світом. Людина з аутизмом часто уникає спілкування; проте інтелект у таких людей не завжди понижений, часто виявляються так звані «острівці знання» — області, у яких здібності особи досягають нормального або навіть геніального рівня.

Синдром Аспергера — характеризується серйозними труднощами в соціальній взаємодії, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним репертуаром поглядів і занять. Особи із синдромом Аспергера в популяції трапляються рідко, й вони не схожі на розумово відсталих, адже володіють, як мінімум, нормальним або ж високим інтелектом, але нестандартними чи слаборозвиненими соціальними здібностями; часто через це їхні емоції та інтеграція відбуваються зазвичай пізніше.

Дитячий дезінтегративний розлад (англ. *Childhood disintegrative disorder CDD*) — порушення психічного розвитку, для якого характерна різка втрата набутих навичок. Дебют хвороби реєструється в 2-10 років, коли дитина стає нетовариською, починає повільно вирішувати завдання, не виконує звичні для нього дії. У перші роки життя у малюка не спостерігається затримка розвитку. Інакше патологія називається синдромом Геллера (в честь австрійського педагога, який вперше описав хворобу).

Синдром Ретта — спадковий психопатологічний синдром, який є наслідком мутації однієї X-хромосоми, зустрічається майже виключно у дівчат (хлопчики з таким розладом майже не виживають) з частотою 1:10000 — 1:15000, та спричинює тяжку розумову відсталість.

Атипівий аутизм — загальний розлад розвитку, що виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вираженим і всебічним дефіцитом соціальної взаємодії і спілкування, а також обмеженими інтересами, повторюваними діями. Відрізняється від дитячого аутизму (F84.0) або більш пізнім віком початку (після трьох років), або відсутністю як мінімум одного з основних діагностичних критеріїв (стереотипів, порушень комунікації). Часто зустрічається у дітей з глибокою розумовою відсталістю та в осіб з важким специфічним розладом розвитку рецептивної мови.

Розлади мають різноманітний характер та не утворюють єдиної картини щодо симптоматики й глибини порушень. Люди з аутизмом можуть бути надзвичайно обдарованими, проте їм потрібно набагато більше часу, щоб навчитися чомусь дуже простому. Рівні розумової діяльності у людей з РАС варіюють в надзвичайно широких межах – від важкого порушення функцій до чудових невербальних когнітивних навичок. Такі діти проявляють здібності – іноді просто геніальні – до малювання, музики, конструювання, математики тощо. При цьому інші сфери життя не будуть цікавити дитину.

Перші симптоми аутизму можна діагностувати вже у немовлят, але найбільш очевидні ознаки аутизму, як правило, з'являються у віці від 1-го до 3-х років. Часто буває так, що до двох-трьох років діти розвиваються згідно з нормою, а потім відбувається регрес, після якого вони втрачають раніше набуті навички. **Раннє втручання** може значно поліпшити комунікаційні та соціальні навички дітей, а також покращити процес розвитку в цілому.

РАС у чотири рази частіше вражає хлопчиків, ніж дівчаток.

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

На що потрібно звернути увагу в роботі з дитиною з РАС

- **Порушення мови**

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

Можлива відсутність емоційного контакту з людьми.

У першу чергу – з батьками. Деякі малюки не дивляться людям в очі, не тягнуться до батьків на руки, не посміхаються, часто чинять опір спробам взяти їх на руки, приголубити.

Усамітнення

Дитина з аутизмом відчуває сильний дискомфорт серед інших людей, а з часом – тривогу

Напади агресії

Будь-яка невдача може викликати у дитини спалах гніву, спровокувати істерику, фізичну атаку.

Слабкий інтерес до іграшок

Наприклад, дитина не катає машинку, а годинами крутить її колесо. Інший варіант – прихильність тільки до однієї іграшки або її частини.

- **Стереотипність поведінки, страх змін**

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

Вимоги до ерготерапії дітей з розладом аутистичного синдрому:

- доступність змісту пропонованої інформації;
- захопливість, емоційність, використання елементів гри;
- забезпечення інтелектуальної активності дітей;
- порівняння, виділення головного, узагальнення;
- чіткість пояснення та одночасне наочне відображення сказаного.

Потрібно враховувати, що елементи змагання, будучи сильним засобом стимуляції діяльності, може викликати у дітей з розладом аутистичного синдрому прояви, так званого, «колективного егоїзму», коли головна увага звертається не на досягнення власних успіхів, а на невдачі конкуруючого.

На першому етапі роботи дуже важливо, щоб по відношенню до якогось предмету або дії *застосовувалися одні і ті ж слова*. Дитина повинна почути слово сотні разів, перш ніж вона його засвоїть. Слід пам'ятати, що навіть для розумово розвинутої дитини зі збереженим інтелектом все, що говорить навколо неї, засвоєння значення слів — це тривалий процес, який вимагає багаторазових повторень.

Корекція розвитку рухів розвивається у всіх видах діяльності: письма, ручної праці, малювання, самообслуговування, занять фізичними вправами. Сукупність умінь, навичок і спритності дій руками визначає рівень "ручної вмілості" дитини. Високий рівень розвитку таких умінь і якостей набуває особливої ваги для формування у них готовності до суспільного життя і професійного навчання надалі.

З дітьми з РАС необхідно **займатися фізичними вправами**, адже це також допомагає їм краще відчувати своє тіло, покращує координацію рухів.

Лабораторне заняття №8

Тема. Ерготерапія осіб із розладом аутистичного спектру. Опитувальник «Активності у повсякденному житті»

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

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми. Вміти відповідати на питання.
2. Підготувати (написати) та вміти провести з пацієнтом терапевтичні заняття для покращення рухомості у променево-зап'ястному та у ліктьовому суглобах:
3. по 5 функціональних вправ з використанням побутових предметів (чашка, ложка, книжка тощо).
4. Знати та вміти користуватися універсальним опитувальником «Активності у повсякденному житті» («Activities of Daily Living» (ADL, англ.).

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Розвиток фізичних, розумово-емоційних якостей дітей з аутизмом

Щоб робота з аутистичною дитиною виявилась ефективнішою, бажано починати з розвитку психічних процесів, особливо цілісного сприйняття.

Значну увагу при цьому слід приділити розвитку тактильного, зорово-тактильного, кінестетичного сприйняття (за допомогою тілесних відчуттів).

Якщо у дитини низька мотивація до занять, то спершу дорослий може використовувати такий прийом: брати руку малюка та спрямовувати її, наприклад, обводити пальчиком геометричні фігури, контури об'ємних і намальованих предметів, при цьому чітко та неодноразово повторюючи їхні назви. Корисно запропонувати дітям складати головоломки (на дотик, із заплющеними очима), мозаїки, «рамки Монтессорі». Якщо цілісне сприйняття у

дитини достатньо розвинуте, можна проводити заняття з розвитку інших психічних функцій (увага, пам'ять, уява), залежно від її інтелектуального потенціалу.

Рамки вкладки Монтессорі



Розвиток зорово-моторної координації також необхідний у роботі з аутичними дітьми. Корисні заняття перед дзеркалом, коли дитина разом із дорослим дивиться на своє відображення та повторює за ним назви частин тіла.

Аутичні діти люблять малювати на своєму тілі. Це допомагає їм усвідомити власне тіло, його частини та сприяє **розвитку тактильного відчуття**. Тут допоможе така вправа: поклавши дитину на великий аркуш паперу, дорослий обводить контур його тіла, а потім разом, називаючи вголос частини тіла та предмети одягу, вони зафарбовують цей контур. Малюючи окрему частину тіла, дорослий або просто називає її, або веде з нею діалог (гра «Розмова з тілом»). З аутичними дітьми необхідно **займатися фізичними вправами**, адже це також допомагає їм краще відчувати своє тіло, покращує координацію рухів.

Розвиток навичок самообслуговування

Оскільки для дітей з аутизмом характерне зниження або відсутність мотивації до виконання певних дій (одягання, прибирання речей), важливо встановити з ними довірчі стосунки.

Розвиток мовлення та комунікативних здібностей. Займаючись *із дитиною першої групи*, дорослому необхідно особливо чітко промовляти всі слова, при цьому слід звернути увагу на ті з них, які дитина намагається

вимовити. Називаючи предмети, треба їх показувати. При роботі з *дітьми другої групи* слід посилювати мовленнєву активність. Спочатку в мові можна використовувати прості фрази: «Візьми цукерку», — потім поступово додавати нові слова: «Візьми цукерку зі столу», «Візьми цукерку з письмового столу» тощо. *Дітей третьої групи* потрібно вчити діалогічного мовлення. На перших етапах дорослий більше слухає дитину, потім починає ставити запитання. Пізніше дитині пропонують продовжити розповідь, казку або історію. Мовлення *дітей четвертої групи*, зазвичай, розвивається значно краще, ніж у попередніх. Але робота з ними також потребує уваги дорослих.

Розмова. У будь-якому випадку, незалежно від групи аутизму, з дітьми слід говорити якомога більше, а заняття краще проводити у формі гри. **Емоційні ігри, танці.** Дітям з аутизмом властиві безцільні монотонні рухи, розгойдування. Відвернути їх від стереотипного ритму можна, використовуючи емоційно насичені ритмічні ігри й танцювальні рухи. **Малювання фарбами** (пензликами, штампами й особливо пальцями) допомагає зняти зайве м'язове напруження. Для цього корисна також робота з піском, глиною, пшоном, водою.

Також активно сприяють розвитку дітей з аутизмом сенсорні ігри.

Види сенсорних ігор:

Ігри з кольором

Малювання фарбами на папері, камінчиках, склі. Це дозволить задіяти не лише зорові відчуття, але й тактильні. Розфарбувати воду і таким чином вивчати кольори.

Ігри з водою

Вода дуже позитивно впливає на емоційний стан, допомагає розслабитись. Варіантів для ігор є безліч: переливання води по різних посудинах, створення фонтану, поставивши руку під струмінь води, ігри з лійками та інші.

Ігри з крупами та іншими природними матеріалами

Такі ігри чудово розвивають дрібну моторику рук, що допоможе розвитку мови. Створення сенсорних коробок, де будуть задіяні не лише природні

матеріали, а й улюблені іграшки дитини. Це можуть бути невеличкі машинки, фігурки з конструктора. Вирізання аплікацій, малювання на манці, піску. Під час заняття з сипучими матеріалами буде зручно використати спеціальний стіл з підсвіткою, який точно зацікавить дитину і скоротить ваш час на прибирання. А можна скористатись і простою картонною коробкою чи мискою.

Ігри зі світлом і тінями

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

Рольові ігри

Такі ігри добре розвивають соціальні навички. Граючись, дитина не тільки уявляє себе в іншому образі, а й приміряє на себе інші відчуття та емоції. У грі можна зробити те, що страшно в реальному світі. Так, копіювання лікаря, продавця, вчителя дозволить адаптуватись до певної ситуації в соціумі.

Рухливі ігри

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

Що важливо при виборі ігор для дітей з аутизмом?

Спеціалісти рекомендують, щоб ігри для дітей були простими і доступними, вони не мають викликати у них напруження і відштовхування. Бажано, щоб це було щось знайоме, з чим вже грались раніше. Потрохи ігри мають розвиватись, по наростаючій – розпочати з найелементарніших і переходити до складніших.

Лабораторне заняття №9

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

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

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Методики ерготерапії осіб з інвалідністю при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи». Вміти відповідати на питання.
2. За списком вибрати умовного пацієнта з діагнозом і вміти з ним провести всі 10 занять роботи на кухні та 7 занять з навчання письма:
 - Атаксія – порушення координації;
 - Апраксія – порушення послідовності рухів;
 - Артральгія – біль у суглобах;
 - Гіпотонус – м'язова слабкість;
 - Гіперкінез правосторонній – патологічні раптові рухи у різних групах м'язів;
 - Геміпарез лівосторонній – слабкість лівої сторони тіла;
 - Геміпарез правосторонній – слабкість правої сторони тіла;
 - Спастичний геміпарез – синдром, при якому підвищений тонус м'язів у руці і нозі на одній стороні призводить до обмежень активних рухів зі зниженням сили рухової активності уражених кінцівок.
 - Ревматоїдний поліартрит – хронічне запальне захворювання, яке вражає суглоби та різні органи і проявляється білью та скутістю у суглобах.

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Методики навчання пацієнтів із пошкодженнями опорно-рухового апарату та нервової системи продуктивній діяльності застосовується для навчання навичкам роботи на кухні пацієнтів, що користуються кріслом-колісним, пацієнтів з геміпарезами, ревматоїдними поліартритами, парапарезами, а з розумовими розладами.

1. Робота на кухні Мета - навчити самостійного приготування їжі, прийому їжі, прибирання.

Заняття 1. Знайомство з кухонним обладнанням (меблі, побутові прилади, посуд). Пацієнтів, які мають труднощі з пересуванням, необхідно навчити активно пересуватися на кухні, забезпечити безперешкодний доступ до кухонного обладнання.

Заняття 2. Правила безпеки при роботі на кухні. Проводиться бесіда про те, що при використанні електроприладів потрібні увага і певні знання. Пацієнту слід пам'ятати про наступні правила: не торкатися мокрими руками до працюючого електроприладу; не тримати довго відкритими увімкнені прилади (холодильник, духовку); електрочайник заповнювати водою до заданої позначки, для нагрівання встановлювати на рівну поверхню; при використанні ключа для відкривання консервних банок стежити за тим, щоб не поранити руки ріжучою поверхнею; при роботі, пов'язаній з водою, для запобігання травматизму стежити за тим, щоб розприскувалося якомога менше води; з особливою обережністю переміщати посуд з гарячою водою.

Заняття 3. Навчання користуванню кухонними побутовими приладами. Проводиться бесіда про призначення побутових приладів: електроплита, холодильник, електрочайник. Потім пацієнтові пропонується самостійно виконати ту чи іншу дію.

Заняття 4. Сервірування столу. Якщо пацієнт пересувається в кріслі-колісному, рекомендується використовувати пристосування для переміщення посуду на колінах, при ураженні однієї половини тіла - використовувати для цього столик на коліщатках. Потім пацієнт намагається самостійно виконати необхідні дії.

Заняття 5. Навчання нарізці продуктів (хліб, овочі) з використанням спеціальних пристосувань. Використовуючи обробну дошку з шипами, демонструють нарізку варених овочів, хліба. Потім пацієнт намагається

самостійно виконати ці дії. При необхідності пацієнт використовує ніж з адаптованою ручкою або з ремінцем для руки.

Заняття 6. Навчання чищенню овочів. Пояснюють порядок дій: миття овочів; переміщення овочів на пристосування для їх закріплення; чистка варених овочів; чистка сирих овочів.

Заняття 7. Навчання приготування салатів. Порядок дій: вибір потрібних інгредієнтів; миття овочів; чистка овочів; нарізка, подрібнення овочів на тертці; заправка салату. Приготування здійснюється спільно з пацієнтом.

Заняття 8. Підбір і навчання користуванню столовими приладами. Відповідно до патологій здійснюється підбір столових приладів і декількох занять проводиться робота по навчання використанню столових приладів.

Заняття 9. Навчання приготування гарячих напоїв. Відповідно до патологій пацієнту рекомендують певну модифікацію чайника (електрочайник, звичайний чайник меншого обсягу). Порядок дій: наповнити чайник водою; доставити його до плити зручним способом; включити або електрочайник, або плиту; приготувати чай, використовуючи пристосування, що полегшує наливання гарячої рідини.

Заняття 10. Миття посуду. Пацієнта вчать: помістити використаний посуд у мийку доступним йому способом; очистити посуд від залишків їжі; використовувати для миття посуду губку або щітку з вигнутою або потовщеною ручкою; прибрати посуд в шафу.

2. Навчання письму.

Методика рекомендується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, ревматоїдному поліартриті. *Заняття 1.* Підбір технічних засобів для письма. Відповідно до патологій пацієнтові пропонують пристосування. *Заняття 2.* Використання трафаретів. *Заняття 3.* Використання шаблонів. *Заняття 4.* Малювання довільних ліній за допомогою лінійки. *Заняття 5.* Малювання довільних фігур. *Заняття 6.* Робота з прописами. *Заняття 7.* Переписування тексту.

Лабораторне заняття №10

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

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

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Методики ерготерапії осіб з інвалідністю при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи». Вміти відповідати на питання.
2. Вміти проводити ерготерапевтичне втручання соціально-побутової адаптації пацієнтів: навчити пацієнта підбирати індивідуальні засоби гігієни; навчити пацієнта одягатись/роздягатись самостійно.

Короткий виклад теоретичного матеріалу

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

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

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

Методики ерготерапевтичного втручання (соціально-побутової адаптації) пацієнтів із пошкодженнями опорно-рухового апарату та нервової системи

I. Методики самодогляду:

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

уражає дві кінцівки, верхній – дві руки, нижній – дві ноги), різними видами *атаксії* (порушення координації рухів, ходи, рухів рук і очей при відсутності моторної слабкості), *апраксії* (порушення послідовності рухів), *гіперкінезами* (патологічні, раптові, мимовільні насильницькі рухи в різних групах м'язів).

1. Використання допоміжних засобів в особистій гігієні пацієнта

Мета:

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

2. Навчання вдяганню/роздяганню

Мета:

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

Заняття 1. Надягання джемпера.

Пацієнтів з геміпарезами, верхніми парепарезами вчать одягатися таким чином: в положенні сидючи або стоячи потрібно вставити хвору руку в рукав, просунути голову в горловину і завершити одяганням здорової руки. У положенні лежачи навчитися надягати одяг значно важче.

Заняття 2. Надягання брюк/спідниці.

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

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

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

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

Заняття 3. Роздягання: джемпер, сорочка.

Роздягання сорочки: якщо пацієнт може зробити рух назад здоровим плечем, він звільняє з допомогою домінуючої здорової руки плече і руку від сорочки і завершує знімати з хворої руки.

Роздягання джемпера: пацієнт захоплює верхній край пуловера з боку спини однієї або двома руками, пропускає в горловину пуловера підборіддя, нагинається і стягує пуловер, пропускаючи голову, а потім звільняючи руки, спочатку здорову, а потім хвору, допомагаючи здоровою рукою. 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 сильного захоплення великим і вказівним пальцями домінуючої руки. Спочатку пацієнта вчать вставляти гудзики (довгасті дерев'яні, картонні) в отвори, потім - застібати і розстібати гудзики, починаючи з великих, при цьому петлі повинні бути трохи більше необхідного розміру.

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

Заняття 6. Навчання взування і шнуруванню.

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

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

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

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

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

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

Лабораторне заняття №11

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

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

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапевтичне тестування дрібної моторики пацієнтів при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи». Вміти відповідати на питання.
2. Знати та вміти користуватися тестами для дослідження дрібної моторики.
3. Знати принципи вибору методів заняття для пацієнта.

Короткий виклад теоретичного матеріалу

1. Тестування дрібної моторики пацієнтів

Перед початком ерготерапевтичного втручання ерготерапевт проводить оцінку порушень життєдіяльності людини. За допомогою спеціальних методик, тестів, тренажерів, що моделюють різні аспекти діяльності людини, виявляються порушення компонентів і складових життєдіяльності людини. На підставі проведеної оцінки фахівець разом з пацієнтом/клієнтом визначає цілі, методи і план ерготерапевтичної заняттєвої терапії.

Тест 1. Визначення способу захоплення

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

Пацієнту пропонується по черзі здійснити захоплення та утримання перелічених предметів, починаючи з більш дрібних, однією рукою, а потім

іншою. Захоплення може здійснюватися як з використанням ортеза, так і без нього. **Оцінку результатів проводять за 4-бальною шкалою:**

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

Для правильності оцінювання захоплення потрібно повторити способи захоплення предметів з лекційного матеріалу.

Тест 2. Визначення здатності до утримання предметів

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

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

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

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

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

Тест 3. Точки та промені

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

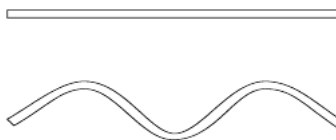
Для першого варіанту тесту використовується шаблонний бланк з розташованими на ньому під певним кутом 8-ю променями і 8 окремих бланків, на яких зображено по одному променю в тому ж місці, як і на шаблоні. Терапевт пропонує пацієнту шаблонний бланк, а потім по черзі викладає перед ним бланки з поодинокими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

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



Тест 4. Ламана лінія

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



2. Принципи вибору методів заняття для пацієнта

Заняття повинні бути посильними, значущими для пацієнта, відповідати його інтересам і життєвим ролям.

При виборі занять потрібно керуватися наступними принципами:

- будь-яка діяльність і заняття повинні враховувати стать пацієнтів, частина яких може вважати, що окремі види діяльності виконують особи тільки певної статі. При складанні плану ерготерапевтичного втручання ерготерапевтам краще покластися на думку пацієнта в цих питаннях, ніж нав'язувати йому свою точку зору;

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

- заняття повинно враховувати вікові особливості пацієнта. Він може відмовитися від тієї діяльності, яку вважає невідповідною йому за віком.;

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

- при виборі занять необхідно враховувати як сильні, так і слабкі сторони пацієнта, а також характер діяльності. Для подолання функціональних порушень потрібно допомогти пацієнтові максимально використовувати його сильні сторони для компенсації слабких;

- необхідно поступово підвищувати рівень складності занять, для цього слід визначити тривалість їх виконання, інтенсивність фізичних і розумових зусиль, число етапів. Важливо, щоб цей процес відповідав реальним умовам життя пацієнта і його прагненням;

- діяльність повинна проходити в обстановці, в якій вона найбільш ймовірно буде здійснюватися пацієнтом. Якщо це лікарняна палата, то її специфіка може не відображати всіх вимог природного для пацієнта середовища. У таких випадках рекомендується створення обстановки, найбільш наближеної до реального життя пацієнта.

Лабораторне заняття №12

Тема. Ерготерапія осіб похилого віку

Мета заняття: знати теоретичні основи ерготерапії осіб похилого віку

Завдання: Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапія осіб похилого віку». Вміти відповідати на питання.

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Ерготерапія людей похилого віку – метод активної реабілітації, спрямований на відновлення ослаблених або втрачених рухових функцій та дрібної моторики верхніх кінцівок, та включає в себе заняття, спрямовані також на тренування координації рухів, пам'яті й уваги, а також роботу з психологічним станом пацієнта, рівнем його пристосованості до самостійного життя у побуті.

У процесі старіння знижуються адаптаційні можливості організму, створюються вразливі місця в системі його саморегуляції, формуються механізми, що провокують вікову патологію. У літньому віці знижуються можливості організму: зменшується швидкість реакції, зростає стомлюваність, знижується опірність щодо хвороб. Люди починають відчувати почуття невпевненості в собі, соромляться своєї ніяковості і «відсталості». Вихід на пенсію руйнує звичні схеми життєдіяльності, призводить до втрати соціальних зв'язків, погіршує матеріальне становище людини.

Зі збільшенням тривалості життя зростають захворюваність та інвалідність. Хвороби набувають хронічного характеру з атиповим перебігом, частими загостреннями патологічного процесу і тривалим періодом одужання.

Проблеми, що виникають в організмі літньої людини діляться на 3 взаємопов'язані групи: медичні (захворювання серцево-судинної, дихальної, нервової, ендокринної, кістково-м'язової систем і травми); *психологічні* (деменції, зниження функцій мозку); *соціальні*.

Одним з загальногеріатричних синдромів є **синдром постуральної нестабільності (або синдром падіння)**, який призводить до тяжких наслідків:

переломів різної локалізації, черепно-мозкової травми, появи страху падінь, що значно обмежує фізичну активність літньої людини і знижує якість життя.

До **внутрішніх причин постуральної нестабільності** відносяться чинники, пов'язані з фізіологічними, психофізіологічними і анатомічними змінами, які відбуваються під час старіння організму людини.

Найпоширенішою формою сенсорних змін з віком є **погіршення зору**. Вікові зміни зорової системи, що негативно впливають на постуральний контроль, проявляються через зниження гостроти зору.

Найпоширенішою вестибулярною дисфункцією, що підвищує ризик падінь у літніх людей, є **запаморочення**.

Вікові зміни слуху також можуть вплинути на зниження постурального балансу і підвищити ризик падінь у людей похилого і старечого віку.

До порушення постурального балансу призводять **вікові зміни в кістково-м'язовій системі**, внаслідок яких знижуються мобільність, фізична активність та підвищується ризик падінь.

Вікове зниження маси і сили скелетних м'язів отримало назву **саркопенія**, розвиток якої супроводжується постуральною нестабільністю, уповільненням швидкості ходи, порушенням терморегуляції, ослабленням функціональної активності.

Підвищують ризик падінь **проблеми з гомілковостопними суглобами, остеопороз, патологічні зміни в стопі, деформації пальців стоп, нігтів**. Біль в стопах під час ходьби створює додаткові труднощі в збереженні постурального контролю, є чинником погіршення ходи, у 2 рази підвищує ризик падінь.

До **зовнішніх чинників** відносяться фактори оточення людини і її діяльності, серед яких найбільш значущими є:

- дефекти навколишнього середовища: погане освітлення, слизькі і нерівні підлоги, поручні сходів, що хитаються, захаращені коридори і кімнати тощо;
- характер взуття та одягу, зокрема, використання слизького взуття;

- невідповідні допоміжні засоби і пристосування для ходьби.

Види діяльності, які пов'язані з ризиком падіння:

- вставання і укладання в ліжку;
- пересування квартирою за відсутності будь-якої підтримки;
- пересаджування в крісло-колісне з незаблокованими колесами;
- дотягування до предмета за межами досяжності;
- відвідування ванної і туалетної кімнат. Падіння часто трапляються під час входження, перебування або виходу з ванни. Цьому сприяють слизькі поверхні, незакріплені килимки, далеко і високо розташовані туалетні приладдя, погано освітлене приміщення ванної або туалету;
- сходовий майданчик і сходи, їдальня і кухня.

Тобто падіння літніх людей частіше відбуваються в тих приміщеннях, які вони використовують найчастіше.

Мета ерготерапії літніх людей - якісне поліпшення фізичного і психічного стану, з урахуванням потреби клієнта, залучення в суспільне життя для збереження впевненості в собі, переконання у важливості своєї особистості, протидії соціальної ізоляції і самотності, поживлення соціальних контактів, посилення незалежності.

Ерготерапія особливо необхідна маломобільним літнім людям, які втратили можливість займатися рутинними справами через отримані травми або прогресуючу хворобу.

Основними завданнями ерготерапії є:

- позбавлення клієнта від почуття неповноцінності, підвищення життєвого тону, наповнення позитивними налаштуваннями;
- підтримання функціональної здатності до рухливості і спритності, розвиток дрібної моторики і рухових функцій;
- супровід і надання допомоги в набутті досвіду через втрату раніше набутих знань і навичок;
- пошук можливостей забезпечення максимальної самостійності:

обходитися без сторонньої допомоги під час прийому їжі, виконання гігієнічних процедур, одягання, пересування і спілкування;

- активізація здатності до пізнання, судження і умовиводу, зокрема, здатності краще орієнтуватися в навколишньому світі;
- надання допомоги у виборі відповідного житла і пристосуванні до нього з використанням допоміжних засобів;
- тренування інтелектуальних здібностей шляхом вирішення завдань з організації власної діяльності.

Сфери ерготерапії з особами похилого віку:

- **повсякденні побутові дії**, тобто прості дії, що забезпечують персональну гігієну, одягання, приймання їжі;
- **інструментальні побутові дії** - це активність в домашніх справах, які вимагають більш складних дій: приготування їжі, покупки, догляд за домашніми тваринами;
- **тренування і навчання**, тобто освоєння дій, потрібних для успішного функціонування в навколишньому середовищі;
- **гра**, тобто будь які спонтанні або організовані дії заради задоволення, розваги або втіхи;
- **дозвілля** - це внутрішньо мотивована активність у вільний час, не пов'язана з доглядом за собою;

Загальний фізичний стан літніх людей є інтегральним показником здоров'я і працездатності. Для них важливіше зберегти здатність до нормальної життєдіяльності, тобто до самообслуговування, і тому його основними характеристиками в ерготерапії вважаються ступінь рухливості та ступінь самообслуговування.

Методи ерготерапії літніх людей:

- трудовий;
- ремісничий - рукодільні роботи із застосуванням різних матеріалів і технік;

- творчий - організована і активна творча діяльність;
- тренування навичок ведення господарства у повсякденному житті;
- ігровий;
- фізичні вправи для збереження максимальної самостійності в повсякденному житті, відновлення втрачених функцій і збереження здібностей та навичок, які ще залишилися.

Для чого потрібні заняття з ерготерапевтом:

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

Головна особливість ерготерапії, без якої неможливо досягти успіху – це активна участь хворого.

Ерготерапію застосовують у наступних реабілітаційних програмах з особами похилого віку: після інсультів; після черепно-мозкових травм, що вплинули на швидкість і якість життя; для покращення розумових процесів у людей похилого віку; після травм і при захворюваннях опорно-рухового апарату; при порушеннях периферичної нервової системи; при обмеженні рухливості різного походження; при атрофії м'язів після довгої нерухомості.

Основними завданнями ерготерапії є:

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

Ерготерапія допомагає пацієнтові заново навчитися працювати, доглядати за собою у побутовому плані, спілкуватися і розважатися. Щоб допомогти

подолати конкретні труднощі, що виникають у пацієнта в процесі виконання звичайних дій, проводиться тестування. Наприклад, написати цифру, намалювати коло або застібнути гудзик. За результатами тестування (за необхідності) пацієнту складається персональна ерготерапевтична програма, яка враховує потреби і можливості хворого.

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

Використовуються спеціальні тренажери, які дозволяють імітувати: натискання на кнопку дверного дзвінка; роботу з кнопкою вимикача; закривання і відкривання клямки; дію дверної ручки; накидання на скоби і закривання навісного замка; вміння вставити вилку в розетку, а потім витягнути.

Заняття будуються за принципом «від простого до складного».

Існує велике різноманіття видів **розвиваючої** діяльності для літніх людей.

Сьогодні виділяють три основні технології ерготерапії: ігрова, арт-терапія і гарденотерапія, які сприяють не тільки відновленню фізичної працездатності людини похилого віку, а й полегшують її адаптацію в колективі, взаємини з оточуючими.

Ігрова технологія Настільні або рухливі ігри, різні змагання допомагають їм повернутися до спілкування, дають можливість самовиразитися. Засобами ігрової терапії можуть бути настільні і рухливі ігри.

Арт-терапія - це технологія корекційних заходів, заснованих на використанні засобів різних мистецтв і організації творчої діяльності. Арт-терапія сприяє стабілізації емоційної сфери пацієнтів.

Гарденотерапія - це технологія ерготерапії на основі цілорічного спілкування літньої людини з живими квітами і рослинами в будинку, соціальному закладі, на присадибній ділянці.

Лабораторне заняття №13-14

Тема. Ерготерапія осіб похилого віку. Ерготерапевтичне втручання.

Технології та форми ерготерапії літніх людей

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

Завдання: Знати та вміти користуватися шкалою FIM, геріатричною шкалою депресії; універсальним опитувальником незалежної активності за характером виконання основних щоденних заходів.

Корткий виклад теоретичного матеріалу

Тести для ерготерапевтичного оцінювання людей похилого віку

MIRA ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ (The Functional Independence Measure - FIM) –

високостандартизована міжнародна шкала-опитувальник з 18 позицій, що характеризують ступінь функціональної залежності людини.

В цілому, FIM складається з 18 основних розділів-функцій, де розміщені питання, що характеризують рухову (пункти 1-13) і інтелектуальну (пункти 14-18) активність. Питання організовані за шкалою від 1 до 7 балів, де 1 - це абсолютна залежність, а 7 балів - повна самостійність.

Шкала включає навички: самообслуговування та гігієни, здатність самостійно користуватися туалетом, ванною або душовою кабіною, самостійне або зі сторонньою допомогою сидіння, вставання, здатність лягати і вставати з ліжка, ступінь схоронності контролю фізіологічних потреб, як сечовипускання і дефекація, уміння користуватися катетером, калоприймачем, клізмою.

Рухова активність: Уміння самостійно пересуватися природним чином або за допомогою спеціальних пристроїв: стільця, ходунків, інвалідного візка,

тощо. Оцінка дальності пересування - вона становить не менше 50 метрів на 7 балів. В 1 бал оцінюється пересування до 17 метрів. Підйом сходами (на 7 балів - не менше 12-15 сходинок). Якщо клієнт може подолати до чотирьох сходинок, ставиться 1 бал.

Інтелектуальна діяльність оцінюється з точки зору **збереження**: пам'яті; інтересу до спілкування, здатності адекватно поводитися під час діалогу; взаємодії з родичами, опікуном (доглядальницею), медичними працівниками; розуміння адресованих до літньої людини висловлювань, усних інструкцій; здатності розуміти і запам'ятовувати прочитане; зв'язаного усного та писемного мовлення; вміння вести рахунки; прийняття самостійних рішень в побуті, соціальному житті.

Таблиця 1

Оціночна таблиця шкали FIM

Види діяльності	Бали						
	1	2	3	4	5	6	7
Самообслуговування:							
прийом їжі: користування ложкою, виделкою, жування, ковтання							
Гігієнічні навички: умивання, чищення зубів, користування гребінцем, гоління							
ванна (душ): миття та витирання тіла							
одягання верхньої частини тіла (включаючи протези)							
одягання нижче пояса (включаючи протези)							
використання після туалету паперу і гігієнічних пакетів							
Контроль фізіологічних потреб:							
сечовипускання (при необхідності з використанням катетера)							
дефекація (при необхідності із застосуванням клізми, калоприймача)							
Пересування:							
вставання з ліжка, стільця, інвалідного візка; здатність прилягти, присісти							
здатність сісти на унітаз і встати з нього							
користування ванною і душем							
Рухова активність:							
нормальна ходьба або пересування на візку (7 балів – 50 м, 1 бал – до 17 м)							
підйом сходами (7 балів - 12-15 сходинок, 1 бал- 4 сходинки)							
Інтелект:							
розуміння зверненого мовлення, в т.ч. написаного							
зв'язаний, послідовний усний і письмовий виклад думок							
ступінь соціалізації: взаємодії з оточуючими людьми							
ведення рахунків, прийняття рішень							
стан пам'яті							

Оцінка функціональної незалежності проводиться виставленням 1-7

балів за кожен пункт опитувальника: чим краще збережені ті чи інші навички, тим вищий бал за кожен вид діяльності. Якщо той чи інший вид діяльності з різних причин оцінити важко або неможливо, за нього виставляється один бал. **Жоден з пунктів опитування не може бути пропущений інакше тестування не може вважатися об'єктивним.**

•1 бал - абсолютна втрата рухової навички або виду інтелектуальної діяльності або менше 25 % збереження - **залежність від сторонньої допомоги повна.**

•2 бали - здатність самостійно виконати від чверті до половини всіх необхідних дій, **залежність виражена.**

•3 бали - людина сама виконує від половини до 75% дій - **помірна залежність.**

•4 бали - стороння допомога потрібна, але лише в обмеженій кількості завдань, оскільки літня людина самостійно виконує понад 75 % різних дій. Це - **часткова залежність.**

•5 балів - потрібна допомога тільки при надяганні протеза, з усім іншим пацієнт справляється сам. Це — **мінімальна залежність.**

• 6 балів - всі навички та вміння збережені, але дії виконуються повільніше, іноді потрібна порада або підказка - **залежність обмежена.**

• 7 балів - людина взагалі не потребує допомоги персоналу або опікуна, всі навички і вміння збережені в повному обсязі. Це - **повна незалежність.**

Потім дані додаються і оцінюється отриманий результат. **Мінімум, який можна набрати за тест -18 балів, максимум - 126.**

Тестування літніх людей за шкалою FIM проводять, коли необхідно встановити:

• наскільки людині взагалі потрібна стороння допомога, наприклад, при оформленні її до будинку для людей похилого віку або до приватного геріатричного центру.

- рівень втрати фізичної та інтелектуальної незалежності після перенесеного інсульту або при діагностиці низки психічних захворювань для підготовки індивідуальної програми ерготерапії після завершеного циклу медикаментозного лікування.
- оптимальні навантаження при складанні індивідуальних програм.

ГЕРІАТРИЧНА ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ

Виберіть найточніше визначення вашого самопочуття та відчуття за останній тиждень.

1. Чи задоволені ви загалом своїм життям?

Так/ ні

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

Так/ ні

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

Так/ ні

4. Чи часто вам буває нудно?

Так/ ні

5. Чи піднятий у вас настрій більшу частину часу?

Так/ ні

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

Так/ ні

7. Чи хороший настрій у вас часто?

Так/ні

8. Чи часто ви відчуваєтеся безпорадним?

Так/ ні

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

Так/ ні

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

Так/ ні

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

Так/ ні

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

Так/ ні

13. Чи відчуваєте себе бадьорим і енергійним?

Так/ ні

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

Так/ ні

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

Так/ ні

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

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

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

ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ НЕЗАЛЕЖНОЇ АКТИВНОСТІ ЗА ХАРАКТЕРОМ ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ ЩОДЕННИХ ЗАХОДІВ

Ім'я, прізвище

Кількість балів (0-14)

Дата народження

Ім'я обстежувача

Дата обстеження

Обведіть відповідь, визначте величину індексу (у балах).

КУПАННЯ

Заходить до душу, включає воду, витирається рушником.

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

ХАРЧУВАННЯ

Їсть із тарілки, п'є з чашки.

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

ВДЯГАННЯ ТА ЗАЧІСУВАННЯ

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

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

ПЕРЕМІЩЕННЯ

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

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

ХОДЬБА

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

РЕГУЛЯЦІЯ ФУНКЦІЙ СЕЧОВОГО МІХУРА І КИШКІВНИКА

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

МІНІ-ТЕСТ СТАТУСУ РОЗУМОВИХ ЗДІБНОСТЕЙ

Запитання та завдання Результат відповідей (у балах) Кількість балів за правильну відповідь

ОРІЄНТАЦІЯ 1.

Що таке: рік? *1 бал* пора року? *1 бал* число? *1 бал* день тижня? *1 бал* місяць? *1 бал*

2. У якій ми живемо: країні? *1 бал* області? *1 бал* місті? *1 бал* лікарні? *1 бал* поверсі? *1 бал*

ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

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

Потім попросіть пацієнта повторити всі три назви.

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

УВАГА ТА ОБРАХУВАННЯ

4. Попросіть пацієнта 5 разів порахувати із цифрою 7.

Оцініть кожну правильну відповідь в один бал.

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

ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

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

МОВНІ ЗДІБНОСТІ

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

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

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

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

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

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

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

Сума балів максимальна 30

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

Можна використовувати додатково тест:

СТАТУС РОЗУМОВНИХ ЗДАТНОСТЕЙ

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

Початкові букви імені та по батькові називаються ...

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

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

Аргумент - ...

- а) довід; б) згоду; в) спір; г) фраза.

3. "**Аналогії**". Слід визначити характер логіко-функціонального зв'язку між парою понять, а потім до третього слова підібрати таке, аби логіко-функціональне відношення між ними було аналогічним використаному в парі.

4. **Числівник**: кількість = дієслово ...

- а) йти; б) дію; в) причастя; г) частина мови; д) відмінювати.

5. "Класифікації". З п'яти слів слід знайти одне, яке не підходить до решти:

- а) паралель; б) карта; в) меридіан; г) екватор; д) полюс.

6.. "Узагальнення". Випробуваному потрібно для пари слів підібрати узагальнюючі слова, визначивши, що між ними спільного:
серце - артерія.

7. "Просторові уявлення". Потрібно визначити, з якого поєднання частин можна зібрати задану геометричну фігуру.

Показники тесту піддаються кількісно-якісній обробці ерготерапевтом. При цьому можливі як індивідуальний, так і груповий аналіз разом з пацієнтом.

Проведення постуральних тренувань - це вправи, націлені на тренування постуральних м'язів, які допомагають підтримувати поставу і створюють пропорції тіла, допомагають зберігати позу. Ці тренування полягають у зміцненні всього кістково-м'язового апарату, допомагають у розвитку гнучкості і поліпшенні балансу. *Основними вправами для тренування постуральних м'язів є статичні вправи. Заняття проводяться на гімнастичному килимі і спрямовані на розтягування і одночасне зміцнення м'язів всього тіла.*

Тестування постуральної нестабільності - ШКАЛА РІВНОВАГИ БЕРГА

Хід виконання

Оснащення: стандартизований пацієнт, 2 стільці без підлокітників, черевик, лінійка, секундомір, бланк шкали оцінювання та відповіді.

Підготовка до виконання. Пояснити пацієнту мету та методику виконання процедури та отримати згоду на її проведення. хід виконання навички

1. Пояснити пацієнту, що він має прийняти положення сидячи на стільці. Дати команду пацієнту схрестити руки перед грудьми. Дати команду пацієнту, не використовуючи рук, з положення сидячи перейти в

- положення стоячи. Оцінити рух за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
2. Дати команду пацієнту стояти без підтримки протягом 2 хв. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
 3. Дати команду пацієнту перейти з положення стоячи в положення сидячи. Руки розташовані вільно. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
 4. Дати команду пацієнту сісти і не спиратися на спинку стільця протягом 2 хв. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
 5. Дати команду пацієнту пересісти з одного стільця на інший. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
 6. Дати команду пацієнту встати та стояти без підтримки із заплющеними очима 10 с. Після тесту дозволити розплющити очі. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
 7. Дати команду пацієнту поставити стопи разом та стояти без підтримки протягом 1 хв. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
 8. Дати команду пацієнту підняти руку вперед на 90° і потягнутися вперед на стільки, наскільки це можливо. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
 9. Попросити пацієнта підняти предмет з підлоги (черевик, який лежить перед стопами) з вихідного положення стоячи. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.

10. Попросити пацієнта повернути голову спочатку вліво і подивитися назад, а потім вправо і подивитися назад. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
11. Попросити пацієнта повернутися навколо себе на 360°, потім перепочити та повернутися в інший бік. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
12. Попросити пацієнта здійснити вісім кроків на місці. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
13. Попросити пацієнта поставити одну ногу перед іншою та постояти в такому положенні 30 с. Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.
14. Попросити пацієнта стати на одну ногу і простояти на ній скільки він зможе (10 с і більше). Оцінити виконання команди за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4). Результат (бал) занести в бланк відповідей.

Бланк Шкала Берга

Дії	0	1	2	3	4
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Лабораторне заняття №15

Тема. Ерготерапія при інсульті та черепно-мозкових травмах

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

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Ерготерапія при інсульті». Вміти відповідати на питання.
2. Знати та вміти користуватися методичними прийомами, які покращать адаптацію осіб після інсульту та черепно-мозкових травм.
3. Продумати засоби соціалізації та адаптації до повсякденного життя осіб після інсульту та черепно-мозкових травм.
4. Підготувати **2 вправи на рівновагу статичну** (1 вправа зі спортивним інвентарем, 1 вправа функціональна з побутовим обладнанням) та **2 вправи на рівновагу динамічну** (1 вправа зі спортивним інвентарем, 1 вправа функціональна з побутовим обладнанням). (*Рівновага – це здатність людини зберігати стійку позу у статичних та динамічних умовах, за наявності опори і без неї*).
5. Підготувати **4 вправи на спритність** (2 вправи зі спортивним інвентарем, 2 вправи функціональні з побутовим обладнанням). (*Спритність – здатність швидко опанувати складно координованими рухами, точно їх виконувати відповідно до вимог техніки*).

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Інсульт — це гостре порушення мозкового кровообігу, внаслідок якого виникає пошкодження частини головного мозку. Інсульт найчастіше є ускладненням гіпертонічної хвороби і розвивається на фоні різкого підвищення артеріального тиску.

Існують два різновиди інсульту: геморагічний, що спричинений розривом мозкової артерії; ішемічний, коли артерія, що постачає кров у мозок, закупорюється тромбом або спазмується.

Ранні симптоми інсульту

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

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) — це фізичне пошкодження тканини головного мозку, яке призводить до тимчасового або постійного порушення функціонування головного мозку.

Ознаки ЧМТ:

блювота; стійкий головний біль; втрата рівноваги; виділення крові та/або ліквору (прозора рідина) з ротової та/або носової порожнини та вуха.

Наслідки ураження головного мозку: Фізичні, Сенсорні, Конгитивні, Виконавчі дисфункції, Мовленнєві, Поведінкові, Емоційні, Соціальні.

Роль членів сім'ї в реабілітації після ураження головного мозку

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

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

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

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

Терапевтичні заняття при моторних порушеннях

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

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

Диспраксія

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

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

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

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

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

Амнезія – часткова або повна відсутність пам'яті.

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

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

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

Зорово-просторові порушення та порушення сприйняття -вуха й очі можуть працювати добре, але частина мозку, яка сприймає вхідну інформацію з

цих джерел, може працювати неправильно. Труднощі з оцінкою відстані, просторового співвідношення і орієнтації в просторі можуть означати, наприклад, що людина може нашттовхнутися на меблі, які вона бачила, проте неправильно визначила, де саме вони знаходяться по відношенню до неї.

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

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

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

Їм може бути складно зрозуміти вираз наприклад «Я лише на хвилинку», вони можуть це сприйняти буквально та засмутитись, якщо це займе більше

хвилини або «Дайте мені п'ять», вони можуть запитати, чого саме вам дати в кількості 5 одиниць.

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

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

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

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

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

Асистивні (допоміжні) засоби/стратегії реабілітації для осіб з проблемами пам'яті. Потрібно знайти найбільш дієвий спосіб нагадування для

пацієнта: підказки; записки; будильник; електронний порядок дня; особиста книжка зі схематичними малюнками чи без них тощо.

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

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

ТЕСТ «ПІДЙОМ ТА ХОДЬБА» НА ЧАС ДЛЯ ОСІБ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Тест “Підйом та ходьба” вимірює час у секундах, за який суб’єкти повинні встати з крісла з підлокітниками (висота сидіння приблизно 46 см), та пройти на відстань 3 метрів і сісти в крісло. У початковому та фінальному положенні, спина повинна повністю контактувати зі спинкою. Процедура демонструють пацієнтам. Допомога дозволена при необхідності.

Необмежені самостійні пацієнти – це ті, хто закінчив тест менш ніж за 10 с.

Лабораторне заняття №16

Тема. Ерготерапія при церебральному паралічі

Мета заняття: вивчити основи ерготерапії при роботі з дітьми із церебральним паралічем

Завдання заняття: знати правила ерготерапії з особами з церебральним паралічем

Короткий виклад теоретичного матеріалу

Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація включає заходи, спрямовані на забезпечення можливості досягнення особам з інвалідністю соціальної інтеграції, повернення або максимального наближення до повноцінного суспільного життя. Кінцевою метою реабілітації осіб з інвалідністю є, за визначенням ВООЗ, їх соціальна інтеграція.

Церебральний параліч (ЦП) – це органічне непрогресуюче ураження мозку, яке виникає в період внутріутробного розвитку, у період пологів або в період новонародженості та супроводжується різними руховими порушеннями: парезами, паралічами, насильницькими рухами, порушенням координації. Крім того, у 60-80 % дітей спостерігаються порушення психіки та мови.

Наукова група ВООЗ (1980 р.) дала таке визначення хвороби: **дитячі церебральні паралічі** – це група психомовних і моторних непрогресуючих синдромів, які є наслідком пошкодження мозку в період внутріутробного розвитку, інтранатальному (період пологів (2-20 год.) та ранньому постнатальному періодах (грудний період (1-12 міс.).

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

1. **Подвійна геміплегія** (рухові порушення кінцівок та розумові розлади, руки уражені більше). Це найважча форма ДЦП і найбільш рідкісна (1,9%). Через тяжке ураження мозку, яке відбувається ще в період внутріутробного розвитку,

виявляються важко порушеними всі найважливіші людські функції: рухові, психічні, мовні. Психічний розвиток таких дітей знаходиться, зазвичай, на рівні олігофренії в ступені імбецильності або ідіотії.

2. **Спастична диплегія.** Ця форма захворювання притаманна понад 50 % дітей із ЦП. За характером рухових порушень спастична диплегія є тетрапарезом (тобто уражені руки та ноги), але ноги уражуються більшою мірою. У таких дітей у 70 % випадків спостерігаються мовні порушення у формі дизартрії (порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи) і у 60-80 % – розумові. У залежності від міри вираженості рухових порушень розрізняють важкий, середній та легкий ступені ураження.

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

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

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

3. **Гіперкінетична форма** спостерігається у 20-25 % усіх пацієнтів із вказаною патологією та характеризується наявністю раптових мимовільних насильницьких рухів, різноманітних за видами. Порушення мовної функції спостерігається у 90 % хворих. Затримка психічного розвитку – у 50 %, порушення слуху – у 25-30 %. Розрізняють три ступеня важкості: важкий, середній та легкий.

4. **Геміпаретична форма.** Ця форма характеризується ураженням однойменних руки та ноги. Більше виражений парез верхніх кінцівок, нерідко спостерігається затримка психічного розвитку або олігофренія, а також розлади

мовної функції, судомні напади. Розрізняють важкий, середній та легкий ступені ураження.

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

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

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

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

У дітей, навіть с однаковим діагнозом, є свої особливості рухового та психічного розвитку, тому для кожної дитини підбирають програму з вправами та **комплекс з розробки тугорухомості суглобів**.

Також використовують **вправи для координації рухів для рівноваги**. Більшість дітей вчать навичкам ходьби за допомогою спеціальних приладів (ходуни, тростинки для пересування, канати для утримування). При

цьому, звертають увагу на особливості фізичного стану та можливості організму дитини.

На Шведській стінці - вправи для ніг, присідання та віджимання біля неї, розвороти тулуба. З її допомогою зміцнюють опороздатність, розтягують активно м'язи верхніх кінцівок. Присідання зміцнюють м'язи ніг та вирівнюють гомілкостопний суглоб, створюючи правильну опороздатність.

М'ячі різних розмірів, з їх допомогою роблять розтягнення тулуба, розвороти на них, вправи для живота та шиї, вправи на розслаблення.

Ходунки допомагають дітям вчитися самостійно пересуватись, зміцнюють впевненість в рухах.

Вертикалізатори. Діти приймають в них вертикальне положення, стоячи на ногах з допомогою фіксаторів. При цьому руки можуть вільно рухатись, граючи з м'ячем чи роблячи вправи з гімнастичною палицею. Також в них можна вільно пересуватись по гімнастичному залу.

Гімнастичні валики використовують також для зміцнення м'язів тулуба та кінцівок.

Вправи треба використовувати обережно при контрактурах та у дітей з епісіндромом (періодичні судоми, подібні до епілепсії). Постійно контролюють навантаження та використовую вправи для різних груп м'язів, переходячи від простих до складних. Зазвичай заняття триває близько 30 - 45 хвилин.

ВИСНОВКИ

Ерготерапія, насамперед терапія рук, ставить мету: зниження спастики й зміцнення пальців; формування пінцетного захвату; розвиток можливості тримати ложку та інші.

Повсякденні завдання, де можна розвивати незалежність особи.

Тонкі рухові навички: координація дрібних м'язів руки (зазвичай, у координації з очима). Щоб дитина могла тримати, досліджувати та маніпулювати іграшками чи предметами, такими як: олівець, ложка, зубна щітка. Тонкі рухові навички використовуються в таких видах діяльності, як письмо, шнурування, годування та використання ножиць.

Готовність до навчання: ці заходи, як правило, є очікуваними вимогами під час відвідування дитячого навчального закладу. Наприклад: малювання зображень, вирізання, поведінка дитини на робочому місці, виконання завдання, виконання інструкцій та завдань.

Навички самообслуговування: маніпуляція ножем та виделкою для самостійного харчування, одягання (шнурування, заціпання гудзиків), самостійне використання ванної кімнати (особиста гігієна та туалет).

Навички гри: це ті, які використовуються в повсякденній грі, такі як: різання, розмальовування та відгадування головоломки, а також творчі, соціальні та комунікативні вимоги.

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

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Грейда Н.Б. Основи ерготерапії: навчально-методичний посібник. Луцьк, 2023. 193 с.
2. Грейда Н.Б. Основи ерготерапії та функціональне тренування: конспект лекцій. Луцьк, 2022. 50 с.
3. Грейда Н. Реабілітація осіб з обмеженими можливостями засобами ерготерапії: *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м.Полтава, 8 вересня 2022 р. Полтава, 2022. С. 15-17.
4. Грейда Н.Б. Організаційно-методичні основи професійної діяльності фахівців ерготерапевтів. *Сучасні аспекти фізичної терапії та ерготерапії: досягнення, проблеми, шляхи вирішення*: матеріали III Науково-практичної онлайн-конференції з міжнародною участю, м.Запоріжжя, 20-21 жовтня 2022 р. Запоріжжя: НУ «Запорізька політехніка», 2022. С. 28-31.
5. Грейда Н.Б. Дзеркальна терапія як метод реабілітації пацієнтів після інсульту. *Наукові орієнтири: теорія та практика досліджень*: матеріали I Міжнародної наукової конференції, м. Харків, 14 квітня, 2023 р. Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023. С.138-139.
6. Майкова Т.В., Афанасьєв С.М., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: підручник. Дніпро: Журфонд, 2009. С.13-26.
7. Клочкова Е.В., Мальцев С.Б. Використання «Канадської оцінки виконання діяльності (СОРМ)» для оцінки потреб клієнта: методичний посібник. Душанбе, 2010. 38 с.
8. Таран І.В., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи. *Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації*: матеріали VI Всеукр. наук.- метод. конф. Херсон, 2016. С. 292-298.

9. Швесткова О., Катержина С. Ерготерапія: підручник. Київ: Чеський центр у Києві, 2019. 280 с.

Електронні ресурси

1. <http://php.silverplatter.com>
2. <https://vafk.org.ua/>
3. <http://www.ergoterapia.wordpress.com/>.
4. <https://www.ukrothe.eu/uk/%D0%B1%D0%BB%D0%BE%D0%B3/nova-profesiya-ergoterapevt>
5. <https://uk.wikipedia.org/wiki/Абілітація>.
6. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
7. <https://www.president.gov.ua/documents/29612005-3296>
8. https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F

Методичні рекомендації

Грейда Наталія Богданівна

Основи ерготерапії
«Основи ерготерапії», перший курс

Видання друкується в авторській
редакції