

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

Наталія Грейда
Ольга Андрійчук

ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ЕРГОТЕРАПЕВТА

Навчально-методичний посібник



Луцьк, 2024

УДК 615.851.3-051(072)

Г 79

Рекомендовано до друку науково-методичною радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(Протокол №3 від 21 листопада 2024 р.)

Рецензенти:

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

Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я. Формування практичних навичок ерготерапевта: навчально-методичний посібник. Луцьк, 2024. 74 с.

У навчально-методичному посібнику подана інформація про організацію практичної роботи вітчизняних і зарубіжних колег в галузі ерготерапії. 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. Буде корисним для фахівців в галузі охорони здоров'я.

УДК 615.851.3-051(072)

Г 79

© Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., 2024.

© Волинський національний
університет імені Лесі Українки, 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП.....	5
1. ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ЕРГОТЕРАПЕВТА	6
1.1. Методи та види арт-терапії. Ерготерапія засобами арт-терапії	6
1.2. Розвиток дрібної моторики.....	11
1.3. Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел)	19
1.4. Канадська оцінка виконання діяльності (COPM) в умовах клієнто-орієнтованої практики ерготерапії.....	23
2. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ	29
2.1. Ерготерапія осіб із розладом аутистичного спектра	29
2.2. Методика розвитку фізичних та/або розумово-емоційних якостей дітей із розладом аутистичного спектра	36
2.3. Ерготерапія осіб похилого віку.....	45
2.4. Ерготерапевтичне втручання у життєдіяльність осіб похилого віку. Технології та форми ерготерапії літніх людей.....	52
ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ	67

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

КТ – комп'ютерна томографія

МКФ – міжнародна класифікація функціонування

ADL – Activity in Daily Living

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health
(Основи міжнародної класифікації функціонування, неповносправності та здоров'я)

САОТ – Канадська Асоціація окупаційних терапевтів

CDD – Childhood disintegrative disorder (Дитячий дезінтегративний розлад)

СОРМ – Канадська оцінка виконання діяльності

FIM – The Functional Independence Measure (Міра функціональної незалежності)

GMFM – Gross Motor Function Test (Тест великих моторних функцій)

ВСТУП

Основним принципом ерготерапії є мультидисциплінарний характер ведення пацієнтів / клієнтів у мультидисциплінарній команді. Також важливим принципом ерготерапії є клієнт-орієнтований принцип, який спрямований на відновлення важливих процесів, дій та життєвих активностей, необхідних для пацієнта / клієнта. Важливим у роботі ерготерапевта є комплексний підхід до усунення проблеми та індивідуальний підхід до кожного пацієнта / клієнта. При виборі методів необхідно враховувати бажання та потреби особи, яка потребує допомоги, виконувати ту чи іншу дію. Також ерготерапевт здійснює навчання втрачених навичок самообслуговування, виходячи з реальних можливостей пацієнта / клієнта.

Науково обґрунтований принцип роботи з пацієнтом / клієнтом полягає в тому, що ерготерапія ґрунтується на науково доказових фактах про те, що цілеспрямована діяльність, яка має для людини сенс, допомагає поліпшити його функціональні можливості: рухові, емоційні, когнітивні та психічні. Будь-які дії повинні мати теоретичну наукову основу, бути науково обґрунтованими, доведеними та перевіреними на ефективність.

Культурно-орієнтований принцип полягає в тому, що ерготерапевт повинен брати до уваги культурну позицію клієнта з яким працює. Ефективність ерготерапії залежить від професіоналізму та особистих якостей фахівця. Його робота вимагає тісної співпраці, взаєморозуміння та взаємної поваги з пацієнтом / клієнтом. Особа, яка потребує реабілітації повинна бути активним учасником процесу відновлення власного здоров'я та прикладати багато зусиль для досягнення позитивного результату у виконанні завдань, які ставить перед нею ерготерапевт. Відносини ерготерапевта та клієнта повинні характеризуватися як відкриті, засновані на взаємній довірі. Ерготерапевт з урахуванням можливостей пацієнта підбирає спеціальні заняттєві активності, терапевтичні заняття та діяльність з метою їй допомогти відновити втрачені функції або набути нових.

ГЛАВА 1

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ЕРГОТЕРАПЕВТА

1.1. Методи та види арт-терапії. Ерготерапія засобами арт-терапії

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, незалежно 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» (Рис.1.1).



Рис.1.1. Розвиток творчих можливостей засобами арт-терапії

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 (рис.1.2).



Рис.1.2. Техніка малювання на вологому папері

Колаж – 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 (рис.1.3).



Рис.1.3. Техніка створення колажу

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 (рис.1.4).



Рис.1.4. Техніка фототерапії

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 вибудувати 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. (рис.1.5).



Рис.1.5. Техніка глинотерапії

Арт-терапія може також здійснюватися за допомогою такого різновиду як ігротерапія. В. Білан дає таке визначення **ігротерапії** – «...це застосування гри,

яке впливає на розвиток особистості, сприяє створенню близьких стосунків між учасниками групи, допомагає зняти стрес та напруженість, підвищує самооцінку, та дозволяє повірити в себе адже в різних ситуаціях спілкування, ігрова ситуація дає змогу знизити психологічну напругу людей використовуючи роль іншої особистості».

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

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

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

1.2. Розвиток дрібної моторики

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 (рис.1.6).

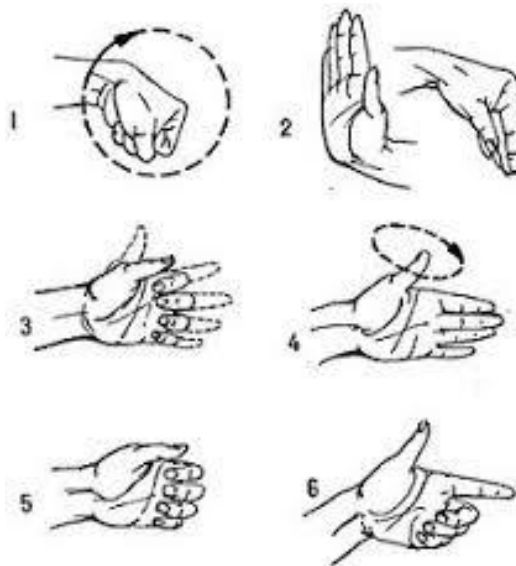


Рис.1.6. Гімнастика для пальців руки та кисті

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

Тест з кілочками та дев'ятьма отворами (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 (рис.1.7.).



Рис.1.7. Тест з кілочками та дев'ятьма отворами (9НРТ) ТМ Mental

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

Тест ARAT

Тест ARAT є засобом оцінки функцій верхньої кінцівки та спритності. Переваги: чутливий та достовірний тест для оцінки функціональних обмежень верхніх кінцівок.

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 (рис.1.8.).



Рис.1.8. Тест оцінки діяльності рук (ARAT)

Детальніше: <https://mental.org.ua/ua/p1938764709-test-otsinki-diyalnosti.html>

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.

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 артрити, 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”.

1.3. Індекс активності у повсякденному житті (шкала Бартел)

Процес ерготерапії починається з оцінки діяльності клієнта за допомогою опитувальників під час інтерв'ю, візуального спостереження та використання різних тестів, шкал, що дають уявлення про його діяльність, фізичні і розумові можливості, психологічні особливості.

Таблиця 1.1

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 10 - не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)
ПРИЙОМ ВАННИ
0 - залежний від оточуючих 5 – незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги
ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА (чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лица)
0 - потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни 5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лица, зачісуванні, чищенні зубів, голінні
ОДЯГАННЯ
0 – залежний від оточуючих 5 - частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу 10 - не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибрати і надягати будь-який одяг

КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ
<p>0 - нетримання калу(або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає)</p> <p>5 - випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок</p> <p>10 - повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги</p>
КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ
<p>0 – нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може</p> <p>5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години)</p> <p>10 - повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)</p>
КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)
<p>0 - повністю залежний від допомоги оточуючих</p> <p>5- потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно</p> <p>10 - не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)</p>
ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)
<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>
ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)
<p>0- не здатний до переміщення або долає менше 45м</p> <p>5 – здатний до незалежного пересування в кріслі колісному на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за рiг</p> <p>10 - може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м</p>

15 – незалежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самотійно більше 45 м

ПОДОЛАННЯ СХОДІВ

0 - не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою

5 - потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка

10 – незалежний

Таблиця 1.2

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%.
7. Допускається застосування додаткових заходів для досягнення незалежності.

Сумарна оцінка:

- **45-50 балів** – відповідає тяжкій інвалідності і залежності від сторонньої допомоги,
- **50-75 балів** – свідчить про помірну інвалідність,
- **75-100 балів** – відповідає мінімальному обмеженню або відновленню втрачених неврологічних функцій.

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

	Додаток № 10 до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»
--	--

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

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

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

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

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

Процес (COPM) 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 COPM

Таблиця 1.3

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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<ul style="list-style-type: none"> - Оплачувана/неоплачувана робота (волонтерська) - Ведення домашнього господарства (прибирання, прання, приготування їжі) - Гра/навчання (навички гри/домашні завдання) 	<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>Крок 1В. Дозвілля</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Спокійні» захоплення (хоббі, ремесла, читання) - 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>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>
<p style="text-align: center;">Планування та реалізація ерготерапевтичного втручання</p>	
<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 SOPM (таблиця 1.2).

Процес SOPM 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.

**Реєстраційна форма СОРМ
з результатами повторної оцінки**

Проблеми в активності	Первинна оцінка		Повторна оцінка	
	виконання	задоволеність	виконання	Задоволеність
1				
2				
3				
4				
5				
Всього кількість проблем (С)	Сума виконання А1	Сума задоволеності В1	Сума виконання А2	Сума задоволеності В2
Підрахунок балів				
Загальний бал	A1/C	B1/C	A2/C	B2/C
Зміни 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.

Список використаної літератури:

1. Майкова Т.В., Афанасьєв С.М., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: підручник. Дніпро: Журфонд, 2009. С.13-26.
2. Клочкова Е.В., Мальцев С.Б. Використання «Канадської оцінки виконання діяльності (СОРМ)» для оцінки потреб клієнта: методичний посібник. Душанбе, 2010. 38 с.

ГЛАВА 2

ЕРГОТЕРАПШЕВТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

2.1. Ерготерапія осіб із розладом аутистичного спектра

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.

Тест CASD (Скринінгова Шкала розладів аутистичного спектра)

Тест CASD (Скринінгова Шкала розладів аутистичного спектра) пропонує швидкий і надійний метод діагностики дітей з аутизмом без урахування вікової категорії, рівня розумового розвитку, або ступеня прояву розладу. 20 питань. 15 хв. CASD виявляє дітей з РАС з достовірністю 99,5 %.

CASD охоплює 20 основних і супутніх симптомів РАС, які поділені на шість груп:

1. Проблеми з соціальною взаємодією.
2. Персеверації — психічний стан, який характеризується невідступним або частим повторенням якого-небудь слова, думки, мелодії, дії.
3. Соматосенсорні порушення.
4. Атипове спілкування і розвиток.
5. Настрій і його порушення.
6. Проблеми з увагою і безпекою.

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, з цього приводу виникають порушення в соціалізації. Людина з аутизмом часто уникає спілкування: будь-яке порушення повсякденного розпорядку й стереотипів для нього є трагедією; 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 — одне з п'яти загальних порушень розвитку, які характеризуються серйозними труднощами в соціальній взаємодії, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним репертуаром поглядів і занять. Синдром іноді називають формою високо-функціонального аутизму (тобто аутизму, за якого здатність функціонувати відносно збережена). 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 соціальний розвиток, а також інтеграція відбуваються зазвичай пізніше. Синдром часто характеризується також вираженою незграбністю.

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 синдром Геллера (в честь австрійського педагога, який вперше описав хворобу) [1].

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.

Атипівний 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.

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

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

На що потрібно звернути увагу в роботі з дитиною з 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. Не всі, але часто діти не відрізняють батьків від інших людей, не помічають, що до них хтось звертається.

- **Усамітнення**

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

- **Напади агресії**

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

- **Слабкий інтерес до іграшок**

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

- **Стереотипність поведінки, страх змін**

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

Поведінка дорослих «людей дощу»

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

Дорослі «люди дощу»:

- Часто говорять про себе в третій особі, не використовують звернень і особових займенників.
- При розмові не дивляться в обличчя співрозмовнику, або зовсім відвертаються від нього.

- Мають неемоційну мову, яка нагадує автовідповідач, складається з коротких речень або повторень однотипних фраз чи слів.
- Можуть перервати розмову і піти, оскільки втратили інтерес до розмови.
- Можуть без причини і недоречно сміятися.
- Часто не мають навичок самообслуговування (можуть не вмиватися, не їсти, не переодягатися). Якщо ж вони це роблять, то доводять все до крайньої педантичності, створюють певні ритуали в своїх діях.
- Повторюють рухи (махи руками, хитання головою, піднімання плечей тощо).
- Можуть страждати від незрозумілих нападів паніки, гніву, злості.
- Інколи виконують агресивні дії, спрямовані проти самого себе.
- Мають високу сенсорну чутливість: напади паніки через різкі і гучні звуки, яскраве світло тощо.

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

Вимоги до ерготерапії дітей з розладом аутистичного синдрому:

- **доступність змісту пропонованої інформації.** Це забезпечується конкретністю матеріалу, його зв'язком з життєвим досвідом дітей, використанням прикладів, наочних засобів;
- **захопливість, емоційність** змісту і форми роботи, використання елементів гри;
- **забезпечення інтелектуальної активності дітей**, як умова справжнього розуміння різних компонентів інформації;
- **порівняння, виділення головного, узагальнення, конкретизація** стосовно до нових ситуацій, знаходження аналогій, доказу, оцінювання,

установлення причинно-наслідкових зв'язків — усе це допомагає зрозуміти зміст, наслідки і моральний зміст вчинку;

- **чіткість пояснення та одночасне наочне відображення сказаного.**

Виховний ефект роботи з дітьми з розладом аутистичного синдрому зростає, якщо вправа організована на зрозумілій і доступній дітям основі. *Заняття повинно бути доступним розумінню дітей.*

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.

2.2. Методика розвитку фізичних та/або розумово-емоційних якостей дітей з розладом аутистичного спектру

Щоб робота з аутистичною дитиною виявилась ефективнішою, бажано починати з розвитку психічних процесів, особливо відчуття і 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 Монтесорі». Якщо цілісне сприйняття у дитини достатньо розвинуте, можна проводити заняття з розвитку інших психічних функцій (увага, пам'ять, уява), залежно від її інтелектуального потенціалу (рис.2.9).



Рис.2.9. Рамки вкладки Монтесорі

Розвиток зорово-моторної координації також необхідний у роботі з аутичними дітьми. Корисні заняття перед дзеркалом, коли дитина разом із дорослим дивиться на своє відображення та повторює за ним назви частин тіла. Тому корисно розмістити у груповій кімнаті кілька дзеркал на рівні очей дитини. Час від часу дорослий може привертати увагу малюка до його відображення.

Аутичні діти люблять малювати на своєму тілі. Це допомагає їм усвідомити власне тіло, його частини та сприяє **розвитку 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»). Крім цього, корисні такі ігри, як «Фізкультурники», «Покатай ляльку», «Покажи ніс» тощо.

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

Розвиток навичок самообслуговування

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

Розвиток мовлення та комунікативних здібностей

Розвиток мовлення здійснюється з урахуванням групи РАС.

Так, займаючись *із дитиною першої групи*, дорослому необхідно особливо чітко промовляти всі слова, при цьому слід звернути увагу на ті з них, які дитина намагається вимовити. Називаючи предмети, треба їх показувати.

При роботі з *дітьми другої групи* слід посилювати мовленнєву активність. Спочатку в мові можна використовувати прості фрази: «Візьми цукерку», — потім поступово додавати нові слова: «Візьми цукерку зі столу», «Візьми цукерку з письмового столу» тощо. Заняття мають відбуватися в атмосфері тепла, довіри. При навчанні читання слід використовувати метод глобального читання. Дитині пропонують не окремі букви, а одразу ціле слово, написане крупно й чітко, підкріплене наочним зображенням.

Дітей третьої групи потрібно вчити діалогічного мовлення. На перших етапах дорослий більше слухає дитину, потім починає ставити запитання. Пізніше дитині пропонують продовжити розповідь, казку або історію. При цьому важливо емоційно підтримувати дитину, не переривати її та вислуховувати до кінця.

Мовлення *дітей четвертої групи*, зазвичай, розвивається значно краще, ніж у попередніх. Але робота з ними також потребує уваги дорослих. Необхідно викликати у дитини впевненість, не піддавати сказане ним постійній критиці.

Розмова. У будь-якому випадку, незалежно від групи аутизму, з дітьми слід говорити якомога більше, а заняття краще проводити у формі гри. Розвиток комунікативних здібностей краще проводити в ігровій формі.

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. А щоб було ефектніше, додати трохи мила чи шампуню і отримати кольорову піну.

Ігри з водою

Вода дуже позитивно впливає на емоційний стан, допомагає розслабитись. Варіантів для ігор є безліч: переливання води по різних посудинах, створення фонтану, поставивши руку під струмінь води, ігри з лійками та інші. А якщо задіяти стіл-ванну і підключити фантазію, то ванна «перетвориться» на озеро, море та й навіть океан (рис.2.10).



Рис.2.10. Сенсорні ігри з водою

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 (рис.2.11).



Рис.2.11. Сенсорні ігри з крупами

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 (рис.2.12).



Рис.2.12. Ігри зі світлом і тінями

Рольові ігри

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

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. Варто відзначити, що діти з різними особливостями будуть по різному сприймати ту чи іншу гру. Тому під час заняття потрібно індивідуально підходити до кожної дитини, допомагати, підтримувати, підказувати, повторювати по декілька разів, якщо це буде потрібно.

**Опитувальник «Активності у повсякденному житті» з метою виявлення
рівня активності пацієнта у повсякденному житті
«Activities of Daily Living» (ADL)**

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

В основі методів вимірювання порушень лежить оцінка незалежності індивідуума від сторонньої допомоги в повсякденному житті.

При цьому аналізуються не всі щоденні дії, а лише найбільш значущі, представницькі, найбільш загальні з рутинних дій людини.

Уявлення про те, які функції відносити до базових, можуть кілька розходитися.

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

- вимірюють незалежність хворого в повсякденному житті, або, відповідно до дослівного перекладу з англійської, що вимірюють «активності повсякденному житті» (Activities of Daily Living, англ., Або ADL), під якими зазвичай розуміють елементарне тілесне самообслуговування;
- вимірюють, крім тілесного самообслуговування, ще й можливість користування предметами побуту, що необхідно для проживання в звичайних умовах (або розширені активності повсякденному житті);
- вимірюють локально ті функції, розлад яких призводить до порушення життєдіяльності, наприклад, ходьбу, функцію кисті;
- поєднують вимір повсякденної активності та рольових обмежень.

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

Найбільшого поширення в ерготерапії отримали:

- Індекс активної повсякденної життєдіяльності Бартел,
- Індекс активної повсякденної життєдіяльності Катц,
- Індекс активної повсякденної життєдіяльності Канадська система опитування
- -Нотингемський десятипунктний Індекс активної повсякденної життєдіяльності.

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

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

ОПИТУВАЛЬНИК АКТИВНОСТІ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ (Activities of Daily Living)

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

Чиє в людини труднощі, щоб:

1. Справлятися з повсякденними справами?
2. Піклуватися про себе?
3. Приймати ліки без стороннього спостереження?
4. Дотримуватися особистої гігієни?
5. Пам'ятати про важливі дати або події?

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

Відповіді на питання оцінюються за такими балами:

1 – ніколи, 2 - іноді, 3 – часто, 4 – завжди, 0 – не підходить, не відомо.

Плюсують всі бали крім відповідей «не підходить...». Сума ділиться на кількість питань.

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

2.3. Ерготерапія осіб похилого віку

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.

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

Ерготерапію застосовують у наступних реабілітаційних програмах з особами похилого віку:

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

Особливості проведення ерготерапії

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

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

Також використовуються спеціальні тренажери, які дозволяють імітувати такі дії:

- натискання на кнопку дверного дзвінка;
- роботу з кнопкою вимикача;
- закривання і відкривання клямки;
- дію дверної ручки;
- накидання на скоби і закривання навісного замка;
- вміння вставити вилку в розетку, а потім витягнути;

- зробити гвинтове обертання;
- показати кілька видів шнурівки;
- одночасне вставлення фігур у парні отвори.

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

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, заходи змагальної спрямованості.

Арт-терапія - це технологія корекційних заходів, заснованих на використанні засобів різних мистецтв і організації творчої діяльності. Арт-терапія сприяє стабілізації емоційної сфери пацієнтів. Дуже важливим є використання виготовленого предмета, що розвиває соціальну значущість клієнта. Для клієнтів зі слабким зором корисна діяльність зі шкірою (виготовлення предметів і сувенірів), ремонт книжок і обшивка, що можна здійснити за допомогою спеціальних пристосувань, які адаптовані до фізичного стану клієнта. Такі заходи, з одного боку відновлюють хворих, а з іншого - дають їм можливість виробляти корисні речі, що приносить пацієнтам радість і

задоволення від їх праці.

Гарденотерапія - це технологія ерготерапії на основі цілорічного спілкування літньої людини з живими квітами і рослинами в будинку, соціальному закладі, на присадибній ділянці. Лікувальний ефект при цьому надають такі посильні види діяльності, як посадка і пересадка розсади і дорослих рослин, догляд за рослинами в городі і на садовій ділянці, оформлення клумб.

2.4. Ерготерапевтичне втручання у життєдіяльність осіб похилого віку. Технології та форми ерготерапії літніх людей

Для чого потрібні особам похилого віку 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.

Тести для ерготерапевтичного оцінювання людей похилого віку

МІРА 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 такі навички:

- 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 таких 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 2.4

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 обстеження

Дата обстеження

Обведіть відповідь, визначте величину індексу (в балах).

КУПАННЯ

Заходить в ванну кімнату, 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 (в 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					

ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ

Фізичні

Відчуття
Сенсорна інтеграція
Сприйняття
Просторова обізнаність
Планування руху
Рух великої моторики
Мобільність
Баланс
Рух дрібної моторики
Повторення
Ритм
Координація
Сила
Витривалість
Гнучкість
Діапазон руху
Постава
Види руху
Швидкість

Психологічні

Висловлення почуттів
Контроль почуттів
Толерантність до фрустрації
Вміння справитися з тиском
Гра / вивчення
Толерантний ризик
Довіра
Незалежність
Пасивний або активний
Духовний вимір
Творчість
Дослідження почуттів та мотивів
Відповідальність
Залучення
Спільний доступ
Я-образ
Імідж тіла
Ідентифікація

Когнітивні

Увага
Концентрація
Дискримінація
Узагальнення
Використання символів
Сприйняття причини та наслідків
Абстрактне мислення / вирішення проблем
Тестування реальності / фантазія
Вибір
Мова
Слідування демонстрації / інструкціям
Читання
Письмо
Числа
Просторова орієнтація та усвідомлення часу
Пам'ять
Діапазон знань
Постановка цілей
Планування / творчість
Організація
Кількість процесів

Міжособистісні

Особа або група / розмір групи
Змішані або сегреговані статі
Спілкування
Співпраця
Конкуренція
Переговори
Спільний доступ
Компроміс
Лідерство
Структура
Правила
Взаємодія
Ізоляція
Різноманітність стосунків
Залучення
Рольові можливості

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ

Основна література

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. Майкова Т.В., Афанасьєв С.М., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: підручник. Дніпро: Журфонд, 2019. 374 с.
4. Швесткова О., Катержина С. Ерготерапія: підручник. Київ: Чеський центр у Києві, 2019. 280 с.

Додаткова література

1. Андрійчук О., Ульяницька Н., Сітовський А., Грейда Н. Як не пропустити фізичному терапевту депресію у пацієнта? *Physical culture and sport: scientific perspective*. № 1. 2022. С.15-19. DOI: <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.1>
2. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію: навч. посібник / А. С. Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. 186 с.
3. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., Ульяницька Н.Я., Сітовський А.М., Лавринюк В.Є. Реабілітація пацієнтів з травматичними ушкодженнями шийного відділу хребта середнього ступеня. *Rehabilitation and Recreation*. № 14. 2023. С.19-26. DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.2>.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
 7. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., Ульяницька Н.Я., Лавринюк В.Є. Основні засоби фізичної терапії в постінсультний період в умовах військового стану. *Полтавські дні громадського здоров'я*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Полтава, 27 травня 2022 р. Полтава, 2022. С.68.
 8. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., Лавринюк В.Є. Основи занятійної науки або окупаційної терапії. *Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти* : матеріали VI наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 9 грудня 2020 р.). Луцьк: ЛІРоЛ, 2020. С. 52-53.
 9. Грейда Н.Б. Професійна діяльність ерготерапевта з дітьми з особливими потребами / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, В.Є.Лавринюк // *Tendenze attuali della moderna ricerca scientifica : der Sammlung wissenschaftlicher Arbeiten «ΛΟΓΟΣ» zu den Materialien der internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz* (B. 3), 5. Juni, 2020. Stuttgart, Deutschland, 2020. S. 57–59.
 10. Колишкін О. В. Теоретико-практичні основи адаптивної фізичної культури: навч. посіб. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2020. 424 с.
 11. Кондзерська В.І., Грейда Н.Б. Сенсорна інтеграція дітей засобами ерготерапії. *Актуальні проблеми розвитку природничих та гуманітарних наук* : матеріали IV Міжнар. наук.практ. конф., м.Луцьк, 11 листопада 2021 р. Луцьк, 2021. С.514-516.
 12. Лянной Ю. О. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. ; ред. Ю. О. Лянной. Суми : Вид-во Сум. ДПУ ім. А.С.Макаренка,

2020. 368 с.

13. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підруч. для студентів I рівня вищ. освіти: галузь знань 22 "Охорона здоров'я", спец. 227 "Фізична терапія, ерготерапія" / за заг. ред.: Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. Тернопіль: ТДМУ "Укрмедкнига", 2020. 372 с.
14. Позмогова Н.В., Богдановська Н.В., Бойченко К.Ю. Основи ерготерапії : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності «Терапія та реабілітація» освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія». Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2024. 132 с.
15. Уляницька Н., Андрійчук О., Грейда Н., Кириченко І. Застосування клінічних інструментів у практиці фізичного терапевта під час обстеження пацієнтів з черепно-мозковою травмою. *Фізична активність і якість життя людини*: зб. тез доп. VI Міжнар. наук.-практ. інтернетконф. (23 черв. 2022 р.). Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2022. 105-106 с.
16. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина: підруч. для студентів і лікарів. Т. 1 / за заг. ред.: В. М. Сокрута. Краматорськ : Каштан, 2019. 480 с.
17. Шевцов А.Г. Кваліфікаційна характеристика окупаційного терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2016. Вип.7. Т.2. С.409-424.
18. Яримбаш К. С., Дорофєєва О.Є., Афанасьєва О.С. Фізична реабілітація осіб з особливими потребами: підручник. Дніпро: Журфонд, 2020. 215 с.
19. Andriychuk O., Graida N., Ulianytska N., Usova O., Andriichuk B. Priority of motives for physical therapy among participants of military operations in Eastern Ukraine. *Physiotherapy Quarterly*. 2021. 29(4). P.14-17. doi:10.5114/pq.2021.105747. <https://www.termedia.pl/Priority-of-motives-for-physical-therapy-among-participants-of-military-operations-in-Eastern-Ukraine,128,43946,1,1.html>.
20. Andriychuk O., Hreida N., Ulianytska N., Zadvorniy B., Andriychuk B. Dynamics

- of indicators of active and passive flexibility during the annual cycle of stretching classes. *Journal of physical education and sport (JPES)*. 2021. Vol 21 (Suppl. Issue 2). Art 141. pp 1118-1123.
- 21.Hreida N. Therapeutic exercises for the development of coordination for patients with diseases and after injuries of the nervous system. *Potrzeby i standardy współczesnej rehabilitacji: XV Jubileuszowe międzynarodowe dni rehabilitacji Rzeszów, 16–17 lutego 2023 r.* Rzeszów, 2023. P.124-125.
- 22.Graida N., Andrijchuk O., Ulianytska N., Lavryniuk V. Corrective exercises as an effective means of physical therapy. *Potrzeby i standardy współczesnej rehabilitacji: XIV Międzynarodowe dni rehabilitacji, Rzeszów. 24–25 lutego 2022 r.* Rzeszów, 2022. P.94-96.
- 23.Johnson C. R., DeAngelis T., Muhlenhaupt M. Occupational Therapy Examination Review Guide, 3rd Edition - F.A. Davis Company, 2006. - 230 p.
- 24.Katz S. Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function/ S. Katz, A.B. Ford, R.W. Moskowitz [et al.]// *JAMA*. - 1963. - Vol. 85. - P. 914-919.
- 25.Lehfeld H. Informant-rated activities-of-daily-living (ADL) assessments: results of a study of 141 items in the U.S.A., Germany, Russia, and Greece from the International ADL Scale Development Project /H. Lehfeld, B. Reisberg, S. Finkel, S. Kanowski [et al.]// *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* - 1997.-№11. - Suppl 4. - S39-44.
- 26.Mahoney F.I. Functional evaluation: the Barthel index/ F.I. Mahoney, D.W. BartheF/ *Maryland State Med. J.* - 1965.-Vol. 14,- P. 56-61.
- 27.Mathiowetz V. Role of physical performance component evaluations in occupational therapy functional assessment/ Mathiowetz V.// *Am. J. Occup. Ther.* - 1993. - Vol. 47(3).-P.225-230.
- 28.Mroz T.M. Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy/ T.M. Mroz, J.S. Pitonyak, D. Fogelberg, N.E. Leland// *Am. J. Occup. Ther.* - 2015, - Vol. 69(5): doi: 10.5014/ajot.2015.695001.

29. Pardue M. T. Potential Role of Exercise in Retinal Health / M. T. Pardue, M. Chrenek, R. Schmidt [et al.] // Progress in molecular biology and translational science. – 2015. – № 134. - P. 491–502.
30. Roley S. S. Occupational therapy practice framework: domain & practice. 2nd edition/ S. Roley, J. V. DeLany, C. J. Barrows, American Occupational Therapy Association Commission on Practice [et al.] // Am. J. Occup. Ther.-2008.-Vol. 62(6)-P. 625-683.
31. Somerville E. Occupational Therapy Home Modification Assessment and Intervention/ E. Somerville, S. Smallfield, S. Stark [et al.]// Am. J. Occup. Theren - 2016. - Vol. 70(5): doi: 10.5014/ajot.2016.705002.
32. Sumsion T. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice/ T. Sumsion, M. Law// Can. J. Occup. Ther. - 2006. - Vol. 73(3). - P. 153- 162.
33. Stark S. L. In Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE) / S. L. Stark, E. K. Somerville, J. C. Morris// Am. J. Occup. Theren - 2010. - Vol. 64(4). - P. 580-589.
34. Tse S. Literature review: Occupational therapy and primary health care/ S. Tse, M. Penman, F. Simms // New Zealand J. of Occup. Ther. - 2003. - Vol. 50 - P. 17- 23.
35. Stark S.L. In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE)/ S.L. Stark, E.K. Somerville, J.C.Morris//Am. J. Occup Ther. - 2010. - Vol. 64(4). - p. 580-589.
36. Stamm T.A. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health/ T.A. Stamm, A. Cieza// Australian Occupational Therapy Journal. - 2005,- Vol. 53(1).-P. 9-17.

Інтернет-ресурси

1. Ерготерапія (Occupational Therapy) – нова професія в сфері реабілітації для України http://www.uaua.info/mamforum_arc h/theme/516316.html.
2. <https://uk.wikipedia.org/wiki/Абілітація>.

3. <https://www.kadrovik01.com.ua/news/1854-qqn-16-m11-25-11-2016-viznachenno-tipov-zavdannya-taobovyazki-za-novimi-lkarskimiprofesyami>.
4. Репозитарій спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" – <http://194.44.187.60/moodle/course/view.php?id=799>
5. Глосарій спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" – <http://194.44.187.60/moodle/course/view.php?id=801>
6. Українська Асоціація фізичної терапії – <https://physrehab.org.ua/uk/home/>
7. <http://rodyna.at.ua/publ/psikhokorrekcija-okkupacionnaja-terapija>
8. Систематичні огляди, рандомізовані контрольовані дослідження, що стосуються втручання у ерготерапії – [OTseeker](#).
9. Definitions of occupational therapy from member organisations. World Federation of Occupational Therapists. Available from <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations> (last access 28.08.2022)
10. <https://lib.nuph.edu.ua/3d-flip-book/ergoterapija/>
11. <https://www.umj.com.ua/article/90478/ishemichnij-insult-medichna-reabilitaciya>
12. <https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/25976/>
13. <https://www.youtube.com/watch?v=rtnlxdcIzGw>
14. <https://vseosvita.ua/library/kniga-krok-do-uspihu-mistit-dobirku-korekcijnih-vprav-dla-roboti-z-ditmi-hvorimi-na-dcp-aki-varto-vikoristovuvati-pid-cas-provedenna-urokiv-126992.html>
15. <https://ortho-rudenko.com.ua/uk/travmy-zapiastia>
16. <https://ortho-rudenko.com.ua/uk/bil-u-likti>
17. <https://arthroscopy.kiev.ua/ua/%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%8C-%D1%83-%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D1%87%D1%96.html>

Навчально-методичний посібник

Грейда Наталія Богданівна
Андрійчук Ольга Ярославівна

Формування практичних навичок ерготерапевта
«Формування практичних навичок ерготерапевта»,
перший курс

Видання друкується в авторській
редакції