ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ІМЕНІ ІВАНА БОБЕРСЬКОГО
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Мазепа М. А., Гавалко І. В.

КУРС ЛЕКЦІЙ

з навчальної дисципліни

«ЕРГОТЕРАПІЯ»

Для студентів спеціальності 227 Фізична терапія та ерготерапія

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на засіданні кафедри фізичної терапії та ерготерапії
«2»_вересня__2019 року № 2
Зав. каф _____ Коритко З. І.

Львів – 2019

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №1

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

ЕРГОТЕРАПІЯ – НОВА СПЕЦІАЛЬНІСТЬ В УКРАЇНІ

План лекції.

1. Визначення ерготерапії
2. Мета і завдання ерготерапії.
3. Характеристика ерготерапії як галузі професійної діяльності
4. Напрямки діяльності ерготерапевта
5. Етапи ерготерапевтичного втручання.
6. Роль ерготерапевта в реабілітаційному процесі

Тривалість лекції – 2 академічні години.

1. **Визначення ерготерапії**

Ерготерапія - це особлива міждисциплінарна спеціальність, метою якої є допомога людям з різними фізичними або психічними порушеннями в досягненні максимальної незалежності від оточуючих в своєму повсякденному житті.

Ерготерапія (англ. Occupational therapy,) - це медико-соціальна спеціальність, спрямована на поліпшення і підтримку стан здоров'я клієнтів (пацієнтів) за допомогою різних видів цілеспрямованої діяльності. Заснована на принципах доказової медицини (evidence-based medicine).

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

При будь-якому захворюванні існує ймовірність розвитку тимчасових або стійких функціональних порушень, які можуть призвести до обмеження участі хворого як в особистому, так і в суспільному житті. У зв'язку з цим реабілітація як метод лікування, що сприяє відновленню і / або компенсації утрачених в процесі хвороби функцій, має велике значення в системі практичної медицини.

За допомогою реабілітаційних заходів хвора людина повертається в суспільство з досягненням максимально можливої самостійності і незалежностів побуті, громадській та професійній діяльності.

ВООЗ визначає реабілітацію як «комбіноване і координоване застосування медичних, психологічних, соціальних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки та перекваліфікації індивідуума на оптимум його працездатності ».

2. **Мета і завдання ерготерапії.**

Максимально можливе відновлення здатності людини до самостійного життя(Самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку), незалежно від того, які у нього є порушення, обмеження життєдіяльності чи обмеження участі в житті суспільства.

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

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

Діяльність ерготерапевт включає в себе: діагностику; постановку цілей і завдань; складання плану ерготерапевтичного втручання; проведення ерготерапевтичних заходів; оцінку ефективності проведеного лікування і, при необхідності, внесення коректив до плану.

3. **Характеристика ерготерапії як галузі професійної діяльності**

Поява нової професії В Україні зобов'язує розробити стратегію підготовки відповідних кадрів для нового типу послуг людям, що мають ті чи інші обмеження життєдіяльності. У відповідності до прийнятої ВООЗ у 2001 році Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я термін обмеження життєдіяльності відноситься до всіх порушень, обмежень активності і обмеження можливості приймати участь в житті суспільства.

В Україні назріла потреба зміни структури допомоги людям з обмеженням життєдіяльності. Ресурси допомоги людям цієї категорії розділена між установами соціальної служби, охорони здоров'я та освіти.

Як вид професійної діяльності, діяльність фахівця з вищою освітою з ерготерапії, являє собою виключно затребувану, безпечну та ефективну при кваліфікованому застосуванні, фізіологічну, застосовується при будь-яких захворюваннях і пошкодженнях органів і систем людини, призводять до зниження якості життя, порушення побутової, соціальної, психологічної адаптації. Ерготерапія застосовується з метою формування, відновлення, компенсації, пристосування можливостей людини виконувати повсякденну діяльність в області самообслуговування, переміщення, роботи, навчання та дозвілля незалежно від віку і статі.

4. **Напрямки діяльності ерготерапевта**

Залежно від цілей і завдань професійної діяльності фахівця з ерготерапії її можна розділити начотири напрямки:

1. Надання допомоги щодо вдосконалення соціального розвитку дитини в період від 0 до 3-х років (раннє втручання) .
2. Надання допомоги з підтримки рівня і профілактики порушень повсякденної активності та соціальної участі незалежно від статі і віку з використанням засобів і методів ерготерапії і ергономіки.
3. Надання допомоги по корекції, компенсації і активації порушених або втрачених соціальних, побутових функцій пацієнтів, порушень у повсякденній діяльності та соціальній участі на різних етапах медичної реабілітації з використанням засобів і методів ерготерапії при всіх нозологічних формах.
4. Організаційно-управлінську діяльність в процесі проведення заходів по ерготерапії.
5. **Етапи ерготерапевтичного втручання**.

Ерготерапевтичне втручання включає в себе наступні етапи:

- Діагностика, яка складається з збору анамнезу і проведення ерготерапевтичних обстежень. Особливістю цього етапу є аналіз не тільки ступеня пошкодження органів або систем, а й вивчення впливу фізичних обмежень і/або психічних порушень на життєдіяльність людей, на рівень їх функціональних можливостей.
- Визначення цілей і завдань ерготерапевтичного втручання. Мета ерготерапії залежить від тяжкості вихідних фізичних і /або психічних порушень: для одних вона може полягати в досягненні повного відновлення порушених функцій і повною ре соціалізації (повернення до навчання, праці, відновлення колишнього положення в соціальному макро- і мікросередовищі), для інших - у виробленні компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення максимально можливої незалежності і поліпшення якості життя. Вибір і постановка мети здійснюються спільно фахівцями і людиною з обмеженняням життєдіяльності.
- Складання програми ерготерапевтичного втручання, при цьому враховуються вміння, навички, інтереси і здібності індивіда, його вік, стать і соціальні ролі. На цьому етапі відбувається вибір видів діяльності, методик, технік і прийомів, необхідних для досягнення мети, визначається допоміжне обладнання, а також можливість підключення сім'ї до ерготерапевтичного процесу.
- Проведення ерготерапевтичних заходів, які спрямовані на те, щоб забезпечувати людей з особливостями психофізичного розвитку необхідними умовами для виконання діяльності, що задовільняє їх запити і вимоги і відповідної їх здатності витримувати певне навантаження.
- Оцінка ефективності проведеного ерготерапевтичного втручання і при необхідності внесення коректив до плану.
- Діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, функціональне спілкування, мобільність, задоволення сексуальних потреб і т.д.), роботу або продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання про-разования, оплачувана або волонтерська робота), дозвілля (гра, хобі, відпочинок).

Роль ерготерапевта в реабілітаційному процесі

ЕРГОТЕРАПЕВТ- фахівець, який, незважаючи на наявні у пацієнта рухових, когнітивних або інших обмежень, допомагає йому бути максимально самостійним, сприяє поверненню пацієнта до звичного для нього способу життя.

МЕТА ерготерапії - поліпшення здатності пацієнтів жити гідним життям відповідно до їх потреб і бажань, а також запитів суспільства.

З ким доводиться зустрічатися ерготерапевту?

- З людьми, які знаходяться в критичній життєвій ситуації, які приголомшені і перелякані змінами, що сталися в їх житті
- З людьми, які стоять перед проблемою, вирішити яку самі вони не можуть
- З людьми, яким потрібно знайти спосіб більш ефективно вирішувати поставлені перед ними проблеми

ЕРГОТЕРАПІЯ - мистецтво і наука про те, як допомогти людям день у день брати участь в тих видах діяльності, які важливі для них, мають значення для їх здоров'я і благополуччя, шляхом залучення їх в цілеспрямовану активність

Термін «occupational therapy» був прийнятий у Великобританії в 30-х роках XX століття

OCCUPATION – ЗАЙНЯТІСТЬ

Бути зайнятим = працювати для підтримки життя

Бути зайнятим = займатися улюбленою справою

Бути зайнятим = відпочивати

Ерготерапія від давніх часів до наших днів.

2000 до н.е. Стародавній Єгипет - активний відпочинок та ігри можуть бути засобом лікування хворих

500 р н.е. Стародавній Рим Целий Ауреліус: читання, прогулянки, театр, подорожі можуть використовуватися для лікування

1786 Філіп Пинель - припис хворим психіатричних лікарень фізичних вправ і рукоділля в якості лікування

1818 - Притулок Мак-Ліна близько Бостона засновано під керівництвом Руфуса Ваймана - це перша програма ерготерапії

1840 Льерена - «On Moral Treatment of Insanity». Перша книга, що описує принципи ерготерапії.

1843 - регулярні заняття є невід'ємною частиною лікування психіатричних хворих в Європі і США. Початок підстави професії в США

1892 - Адольф Мейєр:«Належним чином витрачений час, проведений в процесі корисної діяльності, може бути фундаментальною основою лікування пацієнта». Лікування повинно включати в себе активний відпочинок і продуктивну діяльність, являти собою можливості, а не приписи.

Основоположники професії Сьюзен Трейсі (США)

1906 - перший систематичний тренінг для підготовки інструкторів, які навчатимуть хворих

1914 - експериментальна програма для навчання інвалідів цілеспрямованої діяльності Елеанор Кларк. Діяльність, яка використовується в лікувальних

цілях, допомагає шляхом тренінгу прищепити людині нові звички і навчити його діяти в соціально прийнятною манері.
«Ерготерапія - наука про навчання хворих і залучення їх у такі види трудової діяльності, які будуть вимагати від них енергії і активності, приносячи позитивний терапевтичний ефект».
Дж.Е. Бартон. Поширення принципів ерготерапії стосовно людей з фізичними обмеженнями діяльності
Всесвітня асоціація ерготерапевт WFOT заснована в 1954 році. В даний час об'єднує близько 70 країн. Всесвітні конгреси WFOT проводяться кожні 4 роки. Прийнято міжнародні стандарти навчання ерготерапевта згідно Болонської конвенції.
Про діяльність.
діяльність надає сенс життя;
діяльність - важлива частина здоров'я і існування людини;
діяльність організовує поведінку людини;
діяльність залежить від оточення і впливає на нього;
осмислена діяльність має терапевтичний ефект.
Про особу. Ми вважаємо, що:
людям властиво бути активними;
кожна людина здатна брати участь в діяльності;
люди впливають на оточення і підпадають під вплив оточення
Про клієнто-орієнтовану практику. Ми вважаємо, що:
у клієнтів є власний досвід і знання про їх заняттях;
клієнти є активними партнерами в процесі ерготерапії;
в ім'я позитивних змін необхідний розумний ризик
У програмі ерготерапії, орієнтованої на пацієнта, ерготерапевт повинен:
-Попередити ризик обмеження активності
-Поліпшити або зберегти активність
-Компенсувати обмеження активності
2) Беручи заходи, спрямовані на оточення, ерготерапевт повинен:
-Вивчити потреби людини в змінах умов його проживання, навчання або роботи
• описати можливі зміни в будинку, школі або на робочому місці
-Провести необхідну адаптацію умов проживання, навчання або роботи, незалежно чи у співпраці з іншими
Необхідні особисті якості ерготерапевта
-Здатність поважати права і рівність людей
-Інтуіція
-Здатність до творчості
-Емпатія
-Здатність своєчасно реагувати і аналізувати інформацію
-Здатність до спостереження прав пацієнта
-Ерготерапевт засновує своє лікування на потребах і бажаннях пацієнта і намагається зрозуміти їх в тих випадках, коли обмежені можливості пацієнта по їх *вираженню*
-Ерготерапевт починає втручання тільки з висловленї згоди пацієнта

-Ерготерапевт надає пацієнту всю необхідну інформацію про терапію, її методах, вимогах до пацієнта, наслідки, очікувану ефективність від втручання
Благополуччя і права пацієнта завжди мають пріоритет перед вимогами дослідження. У ситуації, коли дослідження проводиться з метою навчання, ерготерапевт несе відповідальність за дотримання етичних правил.
Основні етапи роботи ерготерапевта
-Оцінка
-Постановка короткострокових і довгострокових цілей
-планування втручання
-проведення ерготерапевтичного втручання
-Оцінка ефективності ерготерапії оцінка-інтерв'ю
-Огляд-використання шкал і оціночних форм
-Спостереження
Три основні області практики ерготерапевта
-діяльність
-компоненти иконання діяльності
-Оточення
Три основні області практики ерготерапевта
-культурні
-соціальні
-фізичні

1. **Зародження ерготерапії**

Ерготерапія (англ. Occupational therapy,) - це медико-соціальна спеціальність, спрямована на поліпшення і підтримку стан здоров'я клієнтів (пацієнтів) за допомогою різних видів цілеспрямованої діяльності. Заснована на принципах доказової медицини (evidence-based medicine).

Як спеціальність вона сформувалася після Другої світової війни, коли суспільство зіткнулося з масової інвалідизації людей працездатного віку та необхідністю їх реабілітувати. Історія розвитку ерготерапії як спеціальності в різних країнах налічує понад 100 років.

Ще в древні часи важлива роль у здорові людини відводилась фізичним вправам, іграм (активний відпочинок), праці. Так 2600 р. до н. е. у древньому Китаї вважали, що “хвороба є наслідком бездіяльності організму” і пропагували використння фізичних вправ (в т.ч. Кун-фу) для підтримки здоровя. 1000 до н.е. у древній Персії систематичні фізичні тренування використовуються для підготовки служби в армії. У древньому Римі (Асклепіадес , 100 р.н.е.) було популярним використання массажу, ванн, вправ для прискорення виздоровлення. Фізичні вправи у древній Греції тулии предметом філософських роздумів і умозаключень. Великі філо софи древньої греції Сократ (400 р. до н.е.) і Платон (347 р. до н.е.) обгрунтували існування залежності між фізичним і духовним здоровям, а Арістотель (340 р. до н.е.) вважав, що навчання тіла повинно повинно супроводжуватися навчання інтелекту. Ці твердження пережили тисячоліття і залишається актуальним сьогодні. Великий медик древності Гіпократ (359 р.н.е.) рекомендував фізичні вправи пацієнтам для прискорення виздоровлення. 2000 до н.е. у Древньому Єгипті вважали, що активний відпочинок та ігри можуть бути засобом лікування хворих. 500 Р.Н.Е.

Целій Ауреліус : читання, прогулянки, театр, подорожі можуть використоуватись для лікування. Праця також була предметом вивчення її впливу на здоровя людини. Так у древній Іудеї відзначали позитивний вплив праці на тіло і розум. Сократ: людина повинна займатись якоюсь працею, а не тільки розважатись, інакше вона не може мати хороший стан тіла і духу. Лівій (17 р.н.е.): праця і відпочинок протилежні один одному за своєю природою, але нерозривно зв'язані одне з одним.

Однак лише у XVIII сторіччі розпочинається розвиток сучасної ерготерапії і розпочиналась вона як праце терапія. З 1752 року у Пенсильванському госпіталі практикується легка фізична праця, а у 1786 році Філіпп Пінель застосовує припис хворим психіатричних лікарень фізичних вправ та рукоділля для лікування. Йому належать слова: "Ручна праця – кращий спосіб підтримання високої моралі і дисципліни. Повернення пацієнтів, що ви здоровіли, до їх попередніх інтересів. До практики своєї профксії … найкраще свідчення ви здоровлення ". 1970 Р. Йоган Крістіан Рейл – використання праці, гімнастичних вправ та псих одрами для лікування психічно хворих. 1798 рік. Бенджамін Раш: "певні види праці, вправи та розваги повинні діяти одночасно на тіло і розум". У 1800 році Самуель Тук –заснував притулок для душевнохворих, настоює на застосуванні до пацієнтів гуманних методів лікування. 1818 рік. У притулку Мак-Ліна біля Бостона засноване під керівництвом Руфуса Ваймана застосовується перша програма ерготерапії. У 1840 році вже зявляється перша книга, що описує принципи ерготерапії - Льєре – "OnMoral Treatment of Instanity'. З 1843 року регулярні заняття стають невідємною частиною лікування психічно хворих в Європі та США. У 1844 році зявляється нова філософія ерготерапії, автором якої була Амарія Брігхем – цілеспрямована діяльність не заради зайняти час, а з метою привабити увагу пацієнта, привести його до здорового способу життя.

1892 рік вважають роком початку заснування професії ерготерапевта в США і головну роль відводять Адольфу Майєру, який сказав: "належним чином потрачений час, проведений в процесі корисної діяльності, може бути фундаментальною основою лікування пацієнта.Лікування повинно включати в себе активний відпочинок і продуктивну діяльність, представляти собою можливості, а не приписи. Наша концепція людини в тому, що організм підтримує себе в збалансованому стані в реальному світі. Ведучи активне життя, тобто живучи і діючи в гармонії з власною природою і природою світу, що її оточує". У 1895 році Марі Мейєр представила першу программу допомоги для пацієнтів та їх сімей.

2. Основоположники професії

Сьюзен Трейсі

1906. – перший систематичний тренінг для підготовки інструкторів, які будуть навчати хворих

1910р. – вийшла книга "Studies in Ivalid Occupations. A manual for Nurses and Attendants".

1914 р. – розроблена експериментальна програма для навчання інвалідів цілеспрямованої діяльності. Ця програма передбачала навчання за трьома напрямками:

1. Навчання інвалідів, що знаходяться в спеціальних закладах і поза ними.

2. Навчання сестер милосердя з метою збільшення їх практичних навичок.

3. Навчання дипломованих медичних сестер, які будуть в подальшому займатись навчанням.

За Сьюзен Трейсі навчання базувалось на положенні: Кожний пацієнт розглядається в світлі трьох складових:т іла, розуму та духу.

Мета: фізичне покращення пацієнта, освітня користь, фінансове покращення.

Метод заснований на трійчастому принципі - реалізації ресурсів, можливість почати діяти, участь в даній діяльності як хворих, так і здорових людей.

1908 Р. **Джулія Лантроп** пропонує тренінг в різних видах діяльнотсі для працівників госпіталів. "Ерготерапія повинна мати велике майбутнє стосовно стаціонарного лікування і ця служба повинна забезпечуватись людьми, що отримали спеціальну освіту"

1911 рік. **Геоберт Хелл** проводить дослідження впливу занятості на ефективність лікування хворих н неврастенію.

Елеанор Кларк Слегл.

1911р. – "Ceurative occupations and recreations"

1915рю – перша професійна школа ерготерапевтів в Чікаго

Основні принципи Елеанор Кларк Слегл

- Психічний і фзичний компоненти взаємоповязані
- Необхідно розвивати звичну увагу
- Необхідно ***назувати*** діяльність пацієнта
- Необхідно класифікувати діяльність за ступенем складності
- Необхідно рухатись від відомого до невідомого
- Необхідно пропонувати хворому завдання, що стимулюють інтерес і вимагають поступового покращення концентрації уваги

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

Вільям Раш Дантон мол.

1915 р. – "Occupational therapy – a Manual for Nursrs"

Основна суть використання ерготерпї

Відволікти увагу пацієнта від неприємних тем, срямувати думки пацієнта в більш сприятливе (здорове) русло, зберегти увагу, убезпечити відпочинок, тренувати процес мислення шляхом навчання рук, очей, мязів тощо. Створити нові можливості для працелаштування.

Джордж Едвард Бартон

1914 р. термін "Occupational therapy"

Суть ерготерапії

- Відволікти пацієнта

- Вправляти окремі мязи або кінцівки
- Полегшити процес виздоровлення

“Ерготерапія – наука про інструктування хворих і заохочення їх в такі види трудової діяльності, які будуть вимагати від них енергії і активності, приносячи позитивний терапевтичний ефект”

Джордж Едвард Бартон

ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ WFOT

- заснована у 1954 р.
- в даний час обєднує близько 65 країн
- всесвітні конгреси проводяться кожні 4 роки
- черговий конгрес відбудеться у

4. **Філософія ерготерапії**

Парадигма (від грецького приклад, модель, зразок) – сукупність фундаментальних наукових установок, уявлень та термінів, що приймаються та розділяються науковою спільнотою і які консолідують більшість її членів

Основн етапи розвитку парадигми в ерготерапії

1. Moral treatment (18-19ст.)
2. Paradigm of occupational (1900-1940)
3. Криза 1950 р.
4. Mechanistic paradigm 1960
5. Криза 1970 рр.
6. Формування парадигми з 1980 по …..

Сучасна парадигма

- Діяльність надає сенсу життю
- Діяльність – важлива частина здоровя та існування людини
- Діяльність організовує поведінку людини
- Діяльність розвивається і змінюється впродовж життя
- Діяльність залежить від оточення і впливає на нього
- Діяльність володіє терапевтичним ефектом

Сучасна парадигма

Про особистість

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

Про довкілля

- Довкілля – це широке поняття, що включає в себе культуральний інституційний фізичний та соціальний компоненти
- Вибів, організація, виконання і задоволення від виконання діяльності нпряму залежить від взаємовідносин між особистіст ю та його оточенням

Про здоровя

- Здоровя – це більше ніж відсутність хвороб
- На здоровя в значній мірі впливає можливість і контролю щоденних занять
- Здоровя вимірюється духовним значенням і вдоволеністю діяльністю особистості, а також в соціальному аспекті – рівними можливостями діяльності

Про клієнт-орієнтовану практику

- У клієнтів є власний досвід та знання про їх заняття
- Клієнти є активними партнерами в процесі ерготерапії
- В ім'я позитивних змін необхідних розумний ризик

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №2

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

ЕТАПИ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ. ІНСТРУМЕНТИ ЕРГОТЕРАПІЇ

План лекції.

1. Вступ.
2. Етапи ерготерапевтичного втручання.
3. Умови успішного ерготерапевтичного втручання.

Лекцію підготувала доктор медичних наук професор Мазепа Марія Андріївна

Тривалість лекції – 4 академічні години.

Ерготерапія

Ерготерапія - це особлива міждисциплінарна спеціальність, метою якої є допомога людям з різними фізичними або психічними порушеннями в досягненні максимальної незалежності від оточуючих в своєму повсякденному житті. Дана галузь наукових знань існує на протязі вже більше ніж 100 років, однак особливо активний розвиток Ерготерапія отримала після закінчення Другої світової війни. Саме тоді навчання даної професії стало популярним, оскільки в суспільстві виникла проблема масової інвалідизації. Багатьом людям в той час були потрібні допомога і реабілітація.Незважаючи на те що полевоенное час давно залишилося позаду, навчання ерготерапії як і раніше залишається актуальним. Пояснюється це тим, що на сьогоднішній день багато людей мають вроджені фізичні та психічні порушення, що перешкоджають їх нормальній життєдіяльності. Також в даному виді терапії потребують пацієнти, які страждають на онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекцією, наркоманією. Таким чином, затребуваність даної спеціальності очевидна.

Реалізація методу ерготерапії щодо дітей з важкими і (або) множинними порушеннями психофізичного розвиткуТермін «Ерготерапія» (від грец. Ergein - робити, діяти, працювати і therapeutein - лікувати, доглядати, супроводжувати)

в нашій практиці ще мало знайомий. Багато людей сприймають слово «терапія» дуже вузько, тільки як лікування за допомогою медикаментозних засобів, заперечуючи психолого-педагогічний зміст цього поняття.

Мета ерготерапії - відновлення і подальше поліпшення відсутніх або втрачених функцій у людей з особливостями психофізичного розвитку в такий спосіб, щоб вони змогли досягти максимально високого рівня незалежності і самостійності на соціально-побутовому і професійному рівнях.

Філософія ерготерапії - цілеспрямована, має для людини зміст діяльність, яка допомагає поліпшити його функціональні можливості: рухові, емоційні, когнітивні і психічні.Метод ерготерапії полягає в специфічному виконанні відібраних видів діяльності, відповідних технік і прийомів для того, щоб повторно досягти, поліпшити і / або підтримати (зберегти) особисту компетенцію дій людей з особливостями психофізичного розвитку в повсякденному житті і роботі.

Метод ерготерапії ґрунтується на досягненнях медичної, психолого-педагогічної та соціальної наук і рекомендується людям будь-якого віку, які страждають руховими, сенсомоторних розладами, порушеннями сприйняття і / або психосоціальнимі недоліками.

Етапи ерготерапевтичного втручання.

1. Діагностика, яка складається з збору анамнезу і проведення ерготерапевтичних обстежень. Особливістю цього етапу є аналіз не тільки ступеня пошкодження органів або систем, а й вивчення впливу фізичних обмежень і / або психічних порушень на життєдіяльність людей, на рівень їх функціональних можливостей.

2. Визначення цілей і завдань ерготерапевтичного втручання. Мета ерготерапії залежить від тяжкості вихідних фізичних і / або психічних порушень: для одних вона може полягати в досягненні повного відновлення порушених функцій і повною ресоціалізації (повернення до навчання, праці, відновлення колишнього положення в соціальнихної макро- і мікросередовищі), для інших - у виробленні компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення максимально можливої незалежності і поліпшення якості життя. Вибір і постановка мети здійснюються спільно фахівцями і людиною з обмеженням жизнидеятельности.

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

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

5. Оцінка ефективності проведеного ерготерапевтичного втручання і при необхідності внесення коректив до плану.

Діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, функціональне спілкування, мобільність, задоволення сексуальних потреб і т.д.), роботу або продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання освіти, оплачувана або волонтерська робота), дозвілля (гра, хобі, відпочинок).

Залежно від цілей і завдань ерготерапевтичного впливу підбираються види діяльності та методи.

До найбільш часто використовуваних ерготерапевтичних методів належать сенсорна інтеграція, Бобат-терапія, когнітивно-терпевтичні вправи по Перфетто, метод ФРОСТИГ, метод Джонстоун, метод Аффолтера і ін.

В процесі ерготерапевтичного втручання у людей з обмеженням життєдіяльності посредствам самостійного виконання дій поліпшуються і / або відновлюються функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні і психічні). При виникненні труднощів ерготерапевт (фахівець, який використовує метод ерготерапії) надає підтримку, допомагає знайти вихід з кожної конкретної ситуації. У разі неможливості розвитку або відновлення втрачених здібностей підбираються допоміжні, адаптаційні та технічні засоби, якими навчають користуватися людей з особливостями психофізичного розвитку. Прикладами таких допоміжних засобів можуть служити: рукоятка-брелок, який дозволяє повертати ключ у замку, включати і вимикати перемикачі, повертати водопровідний кран; подовжувач руки, що допомагає брати вилучені предмети і речі (конверти, ключі, ножиці, гвинти); помічник для застібання; обмежувач для тарілки; вилка і ложка з потовщеною ручкою і т.д.

Умови успішного ерготерапевтичного втручання.

1. Цілеспрямований характер ерготерапевтичного процесу. Формування соціально-побутових і професійних знань і умінь у людей з особливостями психофізичного розвитку має являти собою не певні епізодичні заходи, а цілеспрямовану систему роботи. Спочатку її мета - повноцінне сприйняття людиною необхідних відомостей, правильне формування дій, прийомів, операцій, потім - різноманітне їх закріплення і регулярне застосування на практиці.

2. Особистісно-орієнтований підхід до надання ерготерапевтичної допомоги. Метод ерготерапії передбачає партнерство, яке уповноважує людей з особливостями психофізичного розвитку брати участь у функціональному прояві своїх діяльних ролей в різноманітної зовнішньому середовищі. При виборі видів діяльності, методів, технік і прийомів, а також їх варіантів застосування (легшого або ускладненого) необхідно враховувати соціально-побутової та професійний досвід кожної людини, індивідуальні особливості та можливості. Відбір методів повинен бути обґрунтованим і здійснюватися не тільки з урахуванням завдань чергового етапу ерготерапевтіческой допомоги, а й відповідно запитам і потребам людини з обмеженнямижиттєдіяльності.

3. Активна діяльність людини в процесі сприйняття і засвоєння матеріалу. Активність людей з особливостями психофізичного розвитку на

заняттях передбачає обстеження предметів, що вивчаються, здійснюване на полісенсорній основі, оперування предметами, картинками, участь в різних іграх (дидактичних, сюжетно-рольових, режисерських), виконання різноманітних вправ, практичних робіт (малювання, ліплення, конструювання та т.д.). Тільки через активну діяльність людини можна досягти його максимальному ступені вміння в тій чи іншій області життєдіяльності. Причому ерготерапевтичні зусилля і не повинні бути спрямовані на отримання однакових результатів у всіх людей з фізичними і / або психічними обмеженнями.

4. Позитивна мотивація діяльності. Її можна досягти формуванням ставлення до діяльності як важливої частини життя, особистісно значущої для людини (його здоров'я, зовнішнього вигляду, настрою, ставлення до неї оточуючих) і, отже, необхідної для виконання. Ставлення до діяльності багато в чому залежить від того, чи досягає індивідуум успіху, чи відчуває він себе «вмілим». Тому знання і вміння що формуються у людини повинні бути їй доступні, перебувати в зоні найближчого розвитку.

5. Максимальна наочність ерготерапевтичних занять. Використання різних засобів наочності (натуральні предмети, зображення, фотографії, схеми, карти-плани, муляжі, іграшки та ін.) В поєднанні зі спостереженнями за реальними об'єктами, життєвими ситуаціями дозволять сформувати широке коло уявлень про навколишній світ.

6. Взаємодія фахівця з родичами пацієнта. Ця взаємодія направлено на забезпечення відстроченого в часі повторення пройденого на заняттях матеріалу, розширення і збагачення досвіду, формування вміння застосовувати отримані знання в новій ситуації.

Таким чином, метод ерготерапії базується на ідеї про те, що люди з особливостями психофізичного розвитку, виконуючи пов'язані з буднями і трудовими навичками вправи, шляхом активних занять набувають, відновлюють або вдосконалюють уміння і навички, що дозволяють їм жити повноцінним життям. У ерготерапії мова не йде про механічне відновленні всіх функцій, а про те, щоб залучити людини в активну діяльність, що відповідає завданням задоволення його інтересів (побутових, професійних, громадських, особистісних), а також допомогти йому протидіяти залежності і ізоляції від зовнішнього світу.

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №3

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК КЛЮЧ ДО РОЗУМІННЯ ФІЛОСОФІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.

План лекції.

7. Загальні положення МКФ.
8. Основні принципи МКФ.
9. Визначення.
10. Клінічні приклади кодування за МКФ.

Тривалість лекції – 4 академічні години.

1. Загальні положення МКФ

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) належить до родини міжнародних класифікацій. Вона являє собою цінний інструмент, що дозволяє на міжнародному рівні описувати і порівнювати популяційні дані про здоров'я. У Міжнародних класифікаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я зміни здоров'я (хвороба, розлад, травма і т.п.) спочатку класифіковані в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10), яка визначає їх етіологічнуструктуру. Функціонування і обмеження життєдіяльності, пов'язані зі змінами здоров'я, класифікуються в МКФ. Оскільки, МКБ-10 і МКФ доповнюють один одного, користувачам рекомендується застосовувати обидві класифікації одночасно.

Спільна інформація, що відноситься до діагнозу та функціонування, дає більш широку і значиму картину здоров'я людей або популяції, яка може бути використана при прийнятті рішень.

Кожна з класифікацій має свою цільову аудиторію. МКБ-10 призначена головним чином для лікарів первинної ланки медичної допомоги. МКФ - для всіх фахівців, які працюють або задіяні в сфері реабілітації: лікарів, психологів, терапевтів, педагогів, економістів, юристів, політиків і т.д. .

Всеосяжна мета МКФ - забезпечити уніфікованим стандартною мовою і визначити рамки для опису показників здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям. Вона вводить визначення складових здоров'я і деяких, пов'язаних зі

здоров'ям, складових добробуту (таких як освіта і праця). Таким чином, домени, наявні в МКФ, можуть розглядатися як домени здоров'я і як домени, пов'язані зі здоров'ям. Ці домени описані з позиції організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків:

1. функції і структури організму;
2. активність і участь.

Інформація в МКФ систематизована в двох частинах.

Частина 1 включає в себе функціонування і обмеження життєдіяльності,

2-га частина охоплює контекстовимі чинники.

Кожна частина складається з двох складових:

1. Складові функціонування і обмеження життєдіяльності. Складова організм включає дві класифікації, одна для функцій систем організму, інша для структур організму. Розділи в обох класифікаціях побудовані відповідно до системами організму. Складова активність і участь охоплює повний коло доменів, що позначають аспекти функціонування з індивідуальної та соціальної позицій.

2. Складові контекстовимі факторів. Перелік оточуючих факторів - це перша складова контекстовимі факторів. Навколишні чинники впливають на всі складові функціонування і обмежень життєдіяльності та систематизовані за принципом: від безпосередньо оточуючих індивіда до загального оточення. Особистісні чинники є складовою факторів контексту, але вони не класифіковані в МКФ через великі соціальні та культурні варіацій, пов'язаних з ними .

2. Основні принципи МКФ.

Міжнародна класифікація функціонування побудована на основі наступних важливих принципів:

- універсальність,
- утилітарність,
- нейтральність,
- достовірність,
- валідність,
- порівнянність,
- акцент на позитивних аспектах,
- взаємодія з факторами навколишнього середовища,
- інтерактивність.

Відповідно до даних принципів дана класифікація може бути застосовна до всіх людей, незалежно від стану здоров'я або віку. Показники здоров'я та показники, пов'язані зі здоров'ям, при будь-якій зміні здоров'я можуть бути описані за допомогою МКФ.

МКФ не класифікують людей, а дає опис ситуацій, виходячи з функціонування і його обмежень у людини, тому служить своєрідним каркасом для систематизації цієї інформації, грунтуючись на взаємодії характеристик здоров'я та контекстовимі чинників, які призводять до обмежень життєдіяльності. МКФ вибудовує інформацію у взаємопов'язаному та легко зрозумілому вигляді [6, 1, 7].

2. Визначення:

Функції організму - це фізіологічні функції систем організму (включаючи психічні функції).

Структури організму - це анатомічні частини організму, такі як органи, кінцівки і їх компоненти.

Порушення - це проблеми, що виникають у функціях або структурах, такі як істотне відхилення або втрата.

Домен - набір взаємопов'язаних фізіологічних функцій, анатомічних структур, дій, завдань або областей життя. Домен є основним елементом, що формує розділи і блоки класифікації, визначаючи другий рівень класифікації складових МКФ.

МКФ використовує буквено-цифрову систему, в якій літери b, s, d, e використовуються для позначення

функцій (b)

структур (s) організму,

активності і участі (d)

факторів навколишнього середовища (e).

За цими літерами слідує числовий код. До відповідного домену класифікації при оцінці порушених функцій, структур організму і категорій активності і участі підбирається варіант кількісної оцінки:

xxx.0 немає проблем (ніяких, відсутні, нікчемні ...) 0-4% xxx.1 ЛЕГКІ проблеми (незначні, слабкі, ...) 5-24%

xxx.2 ПОМІРНІ проблеми (середні, значущі, ...) 25-49%

xxx.3 ТЯЖКІ проблеми (високі, інтенсивні ...) 50-95%

xxx.4 Абсолютні проблеми (повні ...) 96-100%

xxx.8 не визначенехxx.9 не застосовується [5, 8, 4, 9, 10].

Для оцінки факторів навколишнього середовища МКФ пропонує загальний визначник з негативної та позитивної шкалами, що позначають ступінь вираженості конкретного фактора у вигляді бар'єру або полегшення, при цьому точка вказує на бар'єри, а знак (+) вказує на полегшують фактори [10]:

xxx.0 НІ бар'єрів (ніяких, відсутні, нікчемні ...) 0-4%

xxx.1 незначні бар'єри (легкі, невеликі, слабкі) 5-24%

xxx.2 ПОМІРНІ бар'єри (середні) 25-49%

xxx.3 вираженні бар'єри (різко виражені, важкі) 50-95%

xxx.4 Абсолютні бар'єри (повні ...) 96-100%

xxx + 0 НІ полегшують чинників (відсутні, нікчемні) 0-4%

xxx + 1 незначно полегшують чинники (легкі, невеликі, слабкі) 5-24%

xxx + 2 ПОМІРНІ полегшують чинники (середні) 25-49%xxx + 3 слів полегшує чинники (різко виражені, значущі ...) 50-95%

xxx + 4 Абсолютні полегшують чинники (повні) 96-100%

Клінічні приклади кодування за МКФ.

Нижче наведено 2 приклади хворих з серцево-судинними захворюваннями.

Хворий Л., 55 років. Клінічний діагноз:Основний: Гіпертонічна хвороба II стадії, артеріальна гіпертензія 2-й ст., Ризик серцево-судинних ускладнень 3.Супутній: цукровий діабет 2-го типу, компенсований дієтою. Ожиріння II ступеня.Основна професія: менеджер з продажу.Хворий М., 58 років. Клінічний

діагноз:Основний: ІХС. Стенокардія напруги ІІІ ФК. Атеросклеротичнийкардіосклероз. Постінфарктний кардіосклероз (ГІМ від 2010 року). Гіпертонічна хвороба ІІІ стадії, артеріальна гіпертензія 3-й ст., Ризик серцево-судинних ускладнень 4.Ускладнення основного захворювання: Хронічна серцева недостатність ІІ А ст. (ІІ ФК по NYHA).Супутній: ЦВБ. Дисциркуляторна енцефалопатія ІІ ст. МКБ. Мікроліти нирок. Хронічний пієлонефрит, латентний перебіг. ХХН ІІ ст. ХНН 0 ст.Основна професія: електрик.

Хворий Л., 55 років. Розумові функції(B 110-b 180) b 1400.1 - легке зниження стійкості увагиb 1401.1 - легке порушення переключення увагиb 1441.1 - легке порушення довготривалої пам'ятіb 1442.1 - легке порушення відтворення, що зберігається в пам'ятіb 1643.1 - легке порушення пізнавальної гнучкості b 1341.1 - легке порушення початку сnyb1343.1 - легке порушення якості сnyb1520.1 - легке порушення адекватності емоцій Сенсорні функції і біль(B 210-b 280) b 2351.2 - порушення вестибулярної рівновагиb 2401.2 - помірне порушення, пов'язане з появою запаморочення b 2400.2 - помірне порушення, пов'язане з відчуттям дзвону або шуму у вухахb 28010.3 - виражене порушення, пов'язане з відчуттям болю в голові і шиїb 28011.2 - помірне порушення, пов'язане з відчуттям болю в грудній клітціb 2803.2 - помірне порушення, пов'язане з відчуттям иррадиирущие болю в дерматоме b 28010.2 - помірний біль в голові і шиїФункції голосу і мови(B 310-b 340) не порушені не порушеніФункції серцево-судинної, крові, імунної та дихальної систем(B 410-b 460) b 4102.2 - помірні порушення скорочувальної сили міокардаb 4103.2 - помірні порушення кровопостачання серцяb 4150.2 - помірні порушення функції артерійb 4152.1 - легкі порушення функції венb 4200.3 - виражене підвищення артеріального тискуb 4202.3 - виражене порушення підтримки артеріального тискуb 4400.2 - помірні порушення темпу диханняb 4550.2 - помірні порушення загальної фізичної витривалостіb 4551.2 - помірні порушення аеробного резервуb 4552.2 - помірне відчуття стомлюваності.b 460.1 - легкі порушення відчуттів, пов'язаних з функціонуванням серцево-судинної і дихальної систем. b 4150.2 - помірне порушення функції артерійb 4200.2 - помірне підвищення артеріального тискуb 4550.2 - помірне порушення загальної фізичної витривалостіb 4552.2 - помірна втомлюваність

МКФ дозволяє показати різницю як порушених функцій, так і їх вираженості. При оцінці порушених функцій в процентному співвідношенні у хворого М. коливалися в межах від 0 до 85%, а у хворого Л. - від 0 до 44%.

Побутове життя

(D 610-d 660) d 6100.3 - значні труднощі в покупці житла d 6101.3 - значні труднощі при оренді житлаd 6102.3 - значні труднощі у благоустрої житлаd 6200.1 - легкі труднощі при здійсненні покупок.d 6400.2 - помірні труднощі при пранні і сушінні білизни та одягуd 6401.1 - легкі труднощі при збиранні на кухні і миття посудуd 6402.2 - помірні труднощі при збиранні житлової частини.d 6501.2 - помірні труднощі при підтримці збереження житла та обстановкиd 6506.1 - легкі труднощі при турботі про тварин Немає порушеньМіжособистісні взаємодії і відносини (d 710-d 770) Немає порушень Немає порушеньГоловні сфери життя(D 810-d 870) d 8451.2 - помірні труднощі при виконанні трудових обов'язківd 8502.2 - помірні труднощі при здійсненні

повної трудової зайнятостіd 8700.2 - помірні труднощі при використанні особистих економічних ресурсів Немає порушень Життя в спільнотах, суспільне життя і громадянське життя(D 910-d 950) d 9201.2 - помірні труднощі при участі в спортивних змаганнях d 9201.1 - легкі труднощі при участі в спортивних змаганняхЯк видно з наведеної таблиці, у хворого М. спостерігається більш виражені порушення категорій активності і участі в порівнянні з хворим Л., що в основному проявляється при оцінці мобільності, побутового життя і головних сфер життя. Так, у хворого М. є більша кількість порушених категорій мобільності і побутового життя в зв'язку з вираженою задишкою і виникненням болю в серці при виконанні звичного фізичного навантаження для даного хворого. Велика кількість порушених категорій в головних сферах життя найімовірніше у хворого М. пояснюється тим, що хворий у зв'язку з основним захворюванням не може продовжувати роботу в основній професії в колишніх умовах, що вимагає проведення заходів професійної адаптації і обумовлює необхідність заходів соціального захисту. У хворого М. порушені категорії активності і участі можуть бути оцінені в діапазоні 0-95%, а у хворого Л. - 0-20%.

1. Основні принципи МКФ.

Міжнародна класифікація функціонування побудована на основі наступних важливих принципів:

• універсальність,
• утилітарність,
• нейтральність,
• достовірність, валідність, порівнянність,
• акцент на позитивних аспектах,
• взаємодія з факторами навколишнього середовища,
• інтерактивність.

Відповідно до цих принципів дана класифікація може бути застосовна до всіх людей, незалежно від стану здоров'я або віку; між її елементами не існує лінійного прогресивного зв'язку і, більш того, реабілітаційні втручання можуть безпосередньо перетворювати деякі елементи МКФ і таким чином змінювати загальний стан конкретної людини.

Згідно МКФ, хвороба або інша зміна стану здоров'я внаслідок травми або інших факторів викликає зміни людського функціонування на одному або більше рівнях:

• функціонування на рівні організму або органу;

• функціонування людини, відбите в «діяльності », яку він здатний виконувати;

• функціонування людини в соціальному оточенні, що відбивається в участі людини в суспільному житті.

При цьому функції організму - це фізіологічні функції систем організму (включаючи психологічні функції), а структури організму - анатомічні частини тіла - органи, кінцівки і їх складові.

Поняття «активності» і «участі» в МКФ - багатогранні. Поняття «активності» має на увазі виконання людиною завдання або дії, а «участь» - його залученість в конкретну життєву ситуацію. Під «обмеженням активності» розуміються ті труднощі, які людинаможе відчувати при виконанні дій, а під «обмеженням участі» - проблеми, з якими може зіткнутися людина за участю в життєвих ситуаціях.

Основні сфери активності і участі, по МКФ, включають в себе навчання і застосування знань, вирішення спільних завдань і виконання вимог, спілкування, мобільність, самообслуговування, побут або повсякденне життя, міжособистісні взаємодії і спілкування, головні сфери життя, життя в спільнотах, громадське і цивільне життя.Особливу увагу в новій версії МКФ приділяється факторам контексту, які поділяються на особистісні та середовищні. Особистісні чинники включають в себе не тільки звичні для нашої оцінки параметри (стать, вік, особливості здоров'я, освіту, професія), а й ті, які раніше не розглядалися як важливі при складанні програм реабілітації (характер, попередній досвід, соціальне походження). Це ж стосується і середовищних факторів (або чинників навколишнього середовища), які крім традиційних (будівля, житло, установа) включають в себе незвичні для нашого розуміння критерії (культурне середовище, найближче оточення, політичне середовище, клімат).

Сучасна версія Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я входить в сім'ю міжнародних класифікацій, розроблених ВООЗ і тісно пов'язана з Міжнародноюкласифікацією хвороб (МКБ-10). Кожна з класифікацій має свою цільову аудиторію. МКБ-10 призначена, головним чином, для лікарів первинної ланки медичної допомоги. МКФ-2001 - для всіх фахівців, працюючих або задіяних в сферу реабілітації: лікарів, психологів, фізичних терапевтів, педагогів, економістів, юристів, політиків і т. д. ВООЗ рекомендує широко використовувати МКФ в різних сферах діяльності людини і суспільства в цілому: для розробки державної політики в сфері реабілітації; для економічного аналізу здоров'я, захворюваності таінвалідності населення; для статистичного аналізу; при проведенні медико-соціальної експертизи; як дослідницький інструмент; а також в щоденній клінічній практиці.

Актуальним залишається питання: наскільки вивчення міжнародної класифікації функціонування потрібно лікарям (стаціонарів, поліклінік і санаторіїв), вирішальним щодня питання експертизи постійної непрацездатності, але так чи інакше стикаються з питаннями відновного лікування і медичної реабілітації.

Вивчення МКФ включено в освітні програми підготовки студентів медичних вузів і фахівців з фізичної терапії та ерготерапії.

Застосування МКФ в практичній діяльності дозволяє:

1. провести всебічний аналіз наявних обмежень життєдіяльності;
2. змінити рівень і вектор побудови програм реабілітації;
3. уточнити послідовність реабілітаційних заходів;
4. провести аналіз факторів контексту (особистісних і навколишнього середовища);

5. оцінити ефективність проведеної реабілітації.

Кожен з розділів МКФ, що стосується активності та участі, містить детальну інформацію про можливі обмеження можливостей пересування, самообслуговування, про будь-яких формах активності в повсякденному житті, і в цьому сенсі МКФ може бути використана як хороше довідкове керівництво. Зокрема, розділ «мобільність» висвітлює різні варіанти зміни пози тіла, підтримання положення тіла або переміщення тіла з одного місця на інше; перенесення, переміщення або маніпуляції об'єктами; ходьби, бігу, подолання перешкод і використання різних видів транспорту. А розділ «самообслуговування» відноситься до здійснення турботи про себе, миття та витирання, догляду за своїм тілом і різними його частинами, одягання (різних предметів одягу), прийому їжі (причому різної їжі, приготовленої різними способами і в різних умовах) і питва, турботі про своє здоров'я (фізичний та розумовий благополуччя, в т. ч. підтримку збалансованого раціону харчування,що відповідає рівню фізичної активності, відхід від шкідливих для здоров'я чинників, дотримання правил безпечного сексу, регулярне проходження медичних оглядів і т. д.).

Результати проведеного аналізу особливостей обмежень життєдіяльності та якості життя у конкретного пацієнта, що потребує реабілітації, можуть використовуватися лікарями, які працюють в сфері реабілітації, для формулювання реабілітаційних цілей і залучення до процесу відновного лікування відповідних фахівців міждисциплінарної бригади.

Трудовий компонент реабілітаційного потенціалу інваліда з урахуванням положень МКФ: поняття, принципи формування, зміст та структура

Трудовий потенціал людини (трудової аспект реабілітаційного потенціалу, ТП) можна визначити як сукупність характеристик людини, а також соціально-середовищних (зовнішніх) чинників, що дозволяють реалізувати його потенційні можливості у праці. Трудовий прогноз являє собою ймовірність реалізації цього потенціалу з урахуванням конкретних соціально-середовищних (зовнішніх) чинників.

ТП відображає можливості людини при певних умовах працювати відповідно з його здібностями, можливостями, інтересами, потребами, освітою. ТП дає можливість прогнозувати рівень реалізації потенційних можливостей індивіда у праці, на підставі чого можливо в кожному конкретному випадку визначення необхідних реабілітаційних заходів, що сприяють реалізації цього ТП.

Трудовий потенціал залежить від здатності інваліда до трудової діяльності і відображає власні ресурси індивіда (як біологічні, так і особистісні), а також соціально-середовищні фактори і умови (організаційні, освітні, реабілітаційні, професійно-виробничі, сімейні, соціально-економічні та т. д.).

Здатність до трудової діяльності - здатність здійснювати трудову діяльність відповідно до вимог, змісту, обсягу і умов виконання роботи. Ця здатність проявляється в певному рівні розвитку фізичних і психічних

функцій, а також в певному рівні готовності до виконання конкретного виду трудової діяльності.

У діючій Класифікації критерії, що використовуються при здійсненні медико-соціальної експертизи, виділяються наступні три ступеня обмежень здатності до трудової діяльності:

• 1 ступінь - здатність до виконання трудової діяльності за умови зниження кваліфікації або зменшення обсягу виробничої діяльності, при неможливості виконання роботи за своєю професією;

• 2 ступінь - здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та / або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

• 3 ступінь - нездатність до виконання трудової діяльності.

У проекті нових Класифікацій і критеріїв при здійсненні медичної експертизи з використанням положень МКФ здатність до виконання завдань і дій, які забезпечують зайнятість і економічну самостійність:

1 ступінь - здатність отримання роботи і виконання роботи з урахуванням професійної придатності та рівнем професійної підготовки, в звичайних умовах праці при зниженні кваліфікації, важкості та напруженості праці і (або) зменшенні обсягу роботи; неможливість виконання роботи за основним фахом при збереженні можливості в звичайних умовах праці виконувати роботу більш низької кваліфікації з урахуванням наявних бар'єрів у професійній діяльності; економічна самостійність помірно знижена.

2 ступінь - можливість виконання роботи в спеціально створених умовах праці, з використанням допоміжних технічних засобів для труда или помощи других лиц; экономическая самостоятельность значительно снижена.

3 ступінь - виконання роб основною професією. Основна професія - виконувана робота найбільш високої кваліфікації або робота, виконувана більш тривалий час;

Визначення збереження професійно важливих якостей (ПВК) грунтується на тому, що ПВК - его основні характеристики, що визначають рівень професійної кваліфікації, компетентності працівника.

Оцінка раціональності працевлаштування.

Раціональність працевлаштування визначається відповідністю тяжкості, напруженості і характеру виконуваної роботи можливостям інваліда.

Раціональне працевлаштування це таке працевлаштування, при якому забезпечується відповідність виконуваної роботи можливостям і схильностям інваліда, що дозволяє йому найбільш повно реалізуватися у праці, максимально зберегти / підтримати здоров'я і соціально-економічний статус.

В даному визначенні закладені наступні критерії раціональності працевлаштування:

• відповідність виконуваної роботи можливостям інваліда
• відповідність виконуваної роботи схильностям інваліда
• найбільш повна реалізація в праці
• максимальне збереження / підтримання здоров'я
• максимальне збереження соціально-економічного статусу.

Оцінка професійно-трудового потенціалу включає визначення характеристик інтегральної реакції організму на трудову діяльність, оцінку їх значимості для трудової діяльності, визначення можливості адаптації до праці, шляхів підтримки здоров'я і трудової діяльності на високому рівні і тривалий час.

При аналізі умов праці вже певною мірою визначаються його зовнішні характеристики. Крім того, зовнішні соціально-середовищні факторы включають наявність в регіоні проживання сприятливих умов для працевлаштування інвалідів різних категорій:

- квотування робочих місць,
- програм сприяння зайнятості інвалідів,
- програм створення спеціалізованих робочих місць для інвалідів,
- спеціалізованих підприємств для інвалідів;
- можливості знайти роботу на дому;
- лікувально-виробничих майстерень.

Також для працевлаштування важливо місце проживання інваліда - його віддаленість від виробничих об'єктів, можливих місць роботи, транспортна доступність.

На підставі результатів діагностики порушень основних функцій організму, стану професійного статусу, оцінки раціональності працевлаштування визначається трудовий потенціал інваліда:

Трудовий потенціал може бути високим, середнім, низьким і бути відсутнім:

• високий - коли можна очікувати повернення людини до своєї роботи в колишньої професії в повному обсязі або з обмеженнями за часом і обсягом, або можливості виконання роботи в повному обсязі в іншій професії рівноцінної по кваліфікації при високому або середньому професійному статусі, при раціональному працевлаштуванні (або його можливості);

• середній - коли можливе повернення інваліда до роботи в своїй професії з використанням допоміжних засобів та (або) спеціально обладнаного робочого місця або зі зниженням кваліфікації і соціально-економічного статусу або виконання іншої професійної діяльності зі зниженням кваліфікації і соціально-економічного статусу при середньому або низькому професійний статус і раціональному працевлаштуванні; або при відносно раціональному працевлаштуванні та високому професійному статусі; низький - коли можливе повернення інваліда до роботи в своїй професії або виконання іншої професійної діяльності на спеціалізованих підприємствах, лікувально-виробничих майстерень або вдома зі значним зниженням кваліфікації, соціально-економічного статусу, при значно зниженому професійному статусі, при нераціональному працевлаштуванні;

• відсутня - нездатність виконувати трудову діяльність навіть в обмеженому обсязі.

СТРУКТУРА МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯДЬНОСТІ

Основоположні принципи МКФ

• Універсальність

Класифікація функціонування і обмежень життєдіяльності повинна бути застосовна до всіх людей, незалежно від стану здоров'я або віку. Таким чином, МКФ призначена для всіх людей. Вона відноситься до функціонування кожної людини, тому її не можна використовувати як засіб відділення інвалідів в окрему групу. Універсальний підхід до інвалідності також означає, що більшість людей в якийсь момент стають тим або іншим чином «людьми з обмеженими можливостями».

• Рівність

Не повинно бути поділу, що виражається прямо або побічно, між різними станами здоров'я, «розумовими» і «фізичними», яке зачіпає структуру змісту класифікації функціонування і обмежень життєдіяльності. Іншими словами, інвалідність не можна розділяти по етіології.

• Нейтральність

Там, де це можливо, назви сфер повинні бути сформульовані на нейтральній мові так, щоб класифікація могла відображати як позитивні, так і негативні аспекти всіх положень функціонування і обмежень життєдіяльності. Більш того, МКФ акцентує увагу здібностях людей і на те, що вони до цих пір здатні робити, а не на їх інвалідності або порушеннях функціонування.

• Фактори навколишнього середовища

Для того, щоб зробити соціальну модель інвалідності більш завершеною, МКФ включає контекстуальні фактори, в яких перераховані фактори навколишнього середовища. Ці фактори можуть бути фізичними: клімат, місцевість; а також включати соціальне відношення, установи, закони. Взаємодія з факторами навколишнього середовища є важливим аспектом наукового розуміння явища, узагальненого в термінах «функціонування і обмеження життєдіяльності».

• Інтерактивність

Між різними елементами не існує лінійної прогресивного зв'язку. Всі елементи схильні до змін і динамічному впливу один на одного. Більш того, втручання можуть безпосередньо перетворювати деякі елементи і таким чином змінювати загальний стан конкретної людини.

МКФ може надати основу для всебічної і зрозумілої соціальної політики в сфері інвалідності, будь то розробка критеріїв на право отримання пенсій по інвалідності, або розробка положень для доступу до допоміжних технологій, або санкціонування житлової або транспортної політики для людей з обмеженнями рухливості, або сенсорними або розумовими обмеженнями.

Прийнята ООН 13 грудня 2006 Конвенція про права інвалідів, проголосила своєю метою заохочення, захист і забезпечення повного і рівного здійснення всіма інвалідами всіх прав людини і основних свобод, а також заохочення поваги притаманного їм достоїнства. Відповідно до Конвенції до інвалідів належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними

або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їх ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

З цього визначення випливає, що основним постулатом при визначенні інвалідності є встановлення порушень здоров'я, що супроводжуються фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які перешкоджають взаємодії інвалідів з навколишнім середовищем і тим самим заважають їх участі в житті суспільства.

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

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

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

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

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

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

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

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

Запропоновано два визначники активності і участі:

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

Розділ 1 класифікацій активності і участі «Навчання і застосування знань» включає цілеспрямоване використання органів почуттів; базисні навички при навчанні; застосування знань. У такому контексті обмеження здатності до навчання в діючих класифікаціях і критерії не використовується, але основні позиції отримали відображення в категоріях здатність до навчання

і, в деякій мірі, здатність до орієнтації. Даний вид активності і участі в значній мірі носить психологічний характер, тому що відображає здатність індивіда не тільки виконувати окремі дії, а й включатися в діяльність для вирішення складних завдань.

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

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

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

Розділ 5 «Самообслуговування» і розділ 6 «Побутова життя» в діючій класифікації включені в категорії життєдіяльності «Самообслуговування», за винятком однієї позиції: в розділ 6 «Побутова життя» включено поняття «допомога іншим», яке повністю відсутня в чинній Класифікації, але є неодмінною критерієм, в першу чергу якості побутової, сімейного життя.

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

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

Останній 9 розділ присвячений життю в спільнотах, громадської та громадянської життя і включає життя в спільнотах, відпочинок і дозвілля,

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

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

Функціонування індивіда представляється як взаємодія або складні відносини між зміною здоров'я і контекстовими факторами (факторами навколишнього середовища і особистісними факторами). МКФ пропонує використовувати визначники факторів навколишнього середовища з позицій їх впливу як полегшучого фактора або бар'єру, використовуючи негативні і позитивні шкали, наприклад:
немає бар'єрів - (+ 0-4%)
немає полегшуючих чинників - 0-4%
незначні бар'єри - 5-24%
незначні полегшуючі фактори - (+ 5-24%)
і т.д.

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

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

Порівняльний аналіз положень МКФ і вітчизняних підходів показує наявність деяких особливостей у поглядах на оцінку здоров'я і факторів, пов'язаних зі здоров'ям, при наявності подібності основних позицій. До подібністю позицій відноситься функціонально-структурний підхід як показник оцінки стану організму людини і його функцій, підхід до оцінки активності і участі. Ці підходи реалізуються і у вітчизняній практиці при здійсненні МСЕ. Однак пріоритет МКФ полягає в тому, що вона пропонує для обліку більш широке коло розумових функцій і видів життєдіяльності.

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

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

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

А. Для бар'єрів:

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

Б. Для полегшуючих чинників:

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

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

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

Як правило, ступінь вираженості порушених функцій (помірні -40-60 балів, виражені - 70-80 балів і значно виражені - 90-100 балів) відповідають ступеня вираженості окремих категорій життєдіяльності (активності та участі), що може бути використано при визначенні групи (тяжкості інвалідності) в залежності від показника (узагальненого) вираженості порушень функцій в балах.

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

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

При наявності декількох функціональних порушень оцінювати кожну ступінь вираженості здоров'я окремо. При оцінці сумарної ступеня порушення здоров'я слід виходити з окремого максимально вираженого порушення і далі

встановити щодо інших функціональних порушень їх вплив на збільшення цього показника на 10 балів для оцінки обмеження в цілому.

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №4

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ЕРГОТЕРАПЕВТА

Лекцію підготувала доктор медичних наук професор Мазепа Марія Андріївна

Тривалість лекції – 2 академічні години.

Етичний кодекс ерготерапевта (Прийнятий на генеральній асамблеї Шведської Асоціації ерготерапевтів в 1992 роц, переглянутий в 1998 році)

Однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності є реабілітація хворих та інвалідів, тобто система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої в трати працездатності, ефективне і раннє повернення хворих і інвалідів, дітей і дорослих в суспільство і до праці (Смичек В.Б., 2009).

Поява нової професії В Україні зобов'язує розробити стратегію підготовки відповідних кадрів для нового типу послуг людям, що мають ті чи інші обмеження життєдіяльності. У відповідності до прийнятої ВООЗ у 2001 році Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ) термін обмеження життєдіяльності відноситься до всіх порушень, обмежень активності і обмеження можливості приймати участь в житті суспільства. Вживання даного терміну є коректнішим від звичних «людям з обмеженими» чи «інваліди».

Як вид професійної діяльності, діяльність фахівця з вищою освітою з ерготерапії, являє собою виключно затребувану, безпечну та ефективну при кваліфікованому застосуванні, фізіологічну, застосовується при будь-яких захворюваннях і пошкодженнях органів і систем людини, призводять до зниження якості життя, порушення побутової, соціальної, психологічної адаптації. Ерготерапія застосовується з метою формування, відновлення, компенсації, пристосування можливостей людини виконувати повсякденну діяльність в області самообслуговування, переміщення, роботи, навчання та дозвілля незалежно від віку і статі.

Ерготерапевт керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, реабілітацію, освіту, соціальний захист, права осіб з інвалідністю та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, реабілітації, освіти, соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

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

Мета Кодексу Етики - допомагати в аналізі та виборі напрямків при прийнятті етичних рішень, даючи уявлення про обов'язки, покладені на ерготерапевта. Ерготерапевти повинні прагнути відповідати професійним цілям і працювати таким чином, щоб підтримувати на висоті професійні стандарти. У той же час ерготерапевт повинен брати до уваги етичні права пацієнта і інших зацікавлених осіб. Ці люди мають права, які повинні поважатися ерготерапевт. Не завжди буває легко дотримуватися різних зобов'язань одночасно. Іноді виникають конфлікти. В особливих випадках одні зобов'язання превалюють над іншими. У зв'язку з цим правила Кодексу Етики не повинні розглядатися як абсолютні.

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

Кодекс визначає два види зобов'язань. По-перше, в ньому визначені цілі професії і правила, які визначають завдання та умови спеціальності. Тут описана професійна діяльність ерготерапевта. Кодекс також містить права зацікавлених людей, які повинні поважатися ерготерапевтом. Обидва види правил є невід'ємною частиною Кодексу. Таким чином, відступ від цілей, обумовлених професією, а також невиконання професійних вимог є порушеннями етики. У своїй роботі ерготерапевти повинні намагатися дотримуватися своїх професійних обов'язків в манері, що відображає розуміння етики, а також поважати права своїх підопічних.

Ерготерапія як професія. Цілі професії.

Мета ерготерапії - поліпшення здатності пацієнтів жити гідним життям відповідно до їх потреб і бажань, а також запитами суспільства

Ерготерапевт може досягати цієї мети, розвиваючи можливості пацієнта за допомогою ерготерапії, запобігаючи обмеження цих можливостей або компенсуючи їх таким чином, щоб пацієнт міг здійснювати свою повсякденну діяльність. Цілі ерготерапії і описані способи досягнення цих цілей засновані на таких положеннях, що стосуються природи, здоров'я та активності людей і, які

представляють гуманістичний аспект ерготерапії – філософське обгрунтування ерготерапії.
• Людям властива активність і здатність розвиватися.
• Людський досвід і розуміння навколишнього світу має на увазі активність.
• Розвиток людини залежить від активності і діяльності
• Люди - автономні істоти
• Люди живуть в суспільстві, взаємодіючи один з одним.
• Люди можуть впливати на стан свого здоров'я, через активність або діяльність.
• Здоров'я людини вимагає балансу між активносітю і відпочинком.

Завдання професії.

Завдання ерготерапевта повинні фокусуватися на людину або його оточенні і мати пряме відношення до повсякденного життя пацієнта. Ерготерапія існує для того, щоб допомогти пацієнтам з обмеженими можливостями, або схильним до ризику обмеження здатності до дії, створити умови для гідного життя. Ерготерапевт повинен розглядати й оцінювати необхідність в ерготерапії для превентивного / відновного лікування та для досягнення реабілітаційних цілей. Спільно з пацієнтом ерготерапевт повинен підготувати індивідуальну програму ерготерапевтичного лікування.

У програмі ерготерапії, орієнтованої на пацієнта, ерготерапевт повинен:
• Запобігти ризик обмеження активності
• Поліпшити або зберегти активність
• Компенсувати обмеження активності
Вживаючи заходів, спрямовані на оточення, ерготерапевт повинен:
• Вивчити потребу людини в змінах умов його проживання, навчанняабо роботи
• Описати можливі зміни в будинку, школі або на робочому місці
• Провести необхідну адаптацію умов проживання, навчання або роботи, незалежно чи у співпраці з іншими

Маючи справу з діяльністю, орієнтованою на пацієнта або його оточення, ерготерапевт повинен, якщо це необхідно, застосовувати і рекомендувати технічні засоби різного ступеня складності.

Крім цього, ерготерапевт повинен:
• Консультуватися у фахівців в ситуації, коли потреби пацієнта лежатьза межами його власної компетентності
• Направляти пацієнта до фахівців у випадках, коли консультації ерготерапевт не достатньо, щоб задовольнити потреби пацієнта, щодо лікування Оцінювати результативність ерготерапевтичного лікування
•Вести записи про роботу з пацієнтом
•Інформувати та інструктувати пацієнтів, родичів і персонал
•Кооперуватися з іншими для того, щоб відповідати інтересам пацієнта найкращим чином
•Бути в курсі результатів новітніх досліджень і програм розвитку
•Бути готовим до застосування нових методів лікування

Крім того, ерготерапевт може:
• Керувати студентами, які навчаються ерготерапії
•Консультувати інших ерготерапевт і інші категорії персоналу
•Консультувати службові агентства
•Керувати іншими ерготерапевтами
•Керувати іншим персоналом, спонукаючи його прийняти позитивне ставлення до реабілітації
•Брати участь в дослідженнях і програмах розвитку
Умови, що дозволяють ерготерапевту відповідати вимогам професії.
Ерготерапевт повинен володіти необхідними знаннями, підтвердженими документально, що означає:
• Базовий курс навчання ерготерапії (в деяких випадках потрібне подальше навчання)
•Ерготерапевт повинен прагнути сприяти розвитку професії
•Підтримуючи і покращуючи професійну компетентність і навички
•Адаптуючи Ерготерапія до постійно змінюваних умов суспільства
•Оцінюючи і розвиваючи методи ерготерапії
Для виконання своїх обов'язків ерготерапевт повинен володіти відповідними особистісними якостями, такими як:
•Здатність поважати права і рівність людей•інтуїція
•Здатність до творчості
•емпатія
•Здатність реагувати і аналізувати
•Здатність до спостереження
•Здатність вирішувати, яке лікування має бути або може бути запропоновано, виходячи зі своєї компетентності або навичок
•Здатність свідомо брати участь в лікуванні

Права інших залучених сторін.

Ерготерапевт зобов'язаний поважати права пацієнтів та інших осіб / груп осіб, залучених до його роботу, спрямовану на досягнення професійних цілей. Ці права повинні поважатися незалежно від раси, статі, віку, наявних обмежень, сексуальних уподобань, релігії, національності, політичних поглядів, соціального класу і культурного шару. Не завжди буває легко дотримуватися всі ці зобов'язання. Зобов'язання повинні бути розглянуті в кожному індивідуальному випадку.права
Права пацієнта.
Пацієнт має право на шанобливе ставлення, що означає наступне:
• Ерготерапевт засновує своє лікування на потребах і бажаннях пацієнта
•Ерготерапевт намагається зрозуміти бажання і потреби пацієнта в тих випадках, коли обмежені можливості пацієнта до їх вираженню
•Ерготерапевт надає інформацію про всі альтернативні методи ерготерапії їхні цілі та передбачуваної ефективності
•Ерготерапевт починає втручання тільки з висловленого згоди пацієнта
•Ерготерапевт надає пацієнту всю необхідну інформацію про терапію, її методах, вимогах до пацієнта, наслідки, очікуваної ефективності від втручання.

Якщо пацієнт не здатний зрозуміти надану інформацію або не може висловити згоду на запропоноване лікування або відмовитись від нього, ерготерапевт повинен отримати згоду від особи, яка несе відповідальність за пацієнта.
Пацієнт має право на конфіденційність, що означає наступне:
• Ерготерапевт виконує зобов'язання не розголошувати інформацію або використовувати цю інформацію таким чином, щоб пацієнтові не було завдано шкоди, а його права не були ущемлені
•Ерготерапевт не повинен розголошувати надану інформацію, крім тих випадків, коли цього вимагає закон

Права утриманців і родичів пацієнтів.
Поважати права рідних пацієнта означає, що за згодою пацієнта
• Ерготерапевт повинен інформувати родичів пацієнта про лікування
Ерготерапевт повинен залучати родичів пацієнта в процес ерготерапії
•Ерготерапевт повинен надавати родичам пацієнта можливість висловлювати свою точку зору щодо лікування

Права громадськості.

Поважати права громадськості означає наступне:
• Ерготерапевт повинен надавати інформацію про ерготерапії
•Ерготерапевт повинен дотримуватись законів і правил, що стосуються діяльності, якою він займається
•У публічних місцях ерготерапевт повинен вносити ясність, чи представляє він себе, професію, асоціацію або діяльність

Права роботодавця.

Поважати права роботодавця означає:
• Ерготерапевт повинен висловлювати справедливе судження, коли мова йде про власність наймача
•Ерготерапевт повинен дотримуватися розпоряджень наймача, якщо це не суперечить професійній етиці
•Ерготерапевт повинен виявляти лояльність по відношенню до наймача в рамках професійної етики

Права колег та інших професійних груп.

Поважати права колег та інших професійних груп означає:
• Ерготерапевт повинен виявляти повагу щодо компетенції, навичок, обов'язків і міри відповідальності колег та інших професійних груп
•Ерготерапевт повинен сприяти командній роботі і намагатися надихати команду
•Ерготерапевт повинен співпрацювати з іншими фахівцями для найбільш повного задоволення інтересів пацієнта
•Ерготерапевт повинен поєднувати свою діяльність з колегами або іншими фахівцями, якщо це необхідно

Етичні правила проведення досліджень.
• При проведенні досліджень ерготерапевт зобов'язаний дотримуватися правил етики і правила, прийняті для медичної та соціальної наукової діяльності в Україні

•Благополуччя і права пацієнта завжди мають пріоритет перед вимогами дослідження
•У ситуації, коли дослідження проводиться з метою навчання, ерготерапевт несе відповідальність за дотримання етичних правил

Разбор клінічних випадків.

Етичні конфлікти в повсякденній практиці ерготерапевта
Заключення.

Кодекс професійної етики не може бути універсальним керівництвом до дії, яке може бути використаний в кожному окремо взятому випадку професійної діяльності. У цьому сенсі кодекс не може бути завершеним. У деяких випадках правила стають неоднозначними і потребують інтерпретації. Подібним чином, обставини можуть складатися так, що людина, що займається професійною діяльністю, не може виконувати всі правила кодексу в один і той же час. Правила можуть суперечити один одному, тобто, для виконання одного правила потрібно порушення іншого. У такій ситуації повинен бути зроблений вибір. Правила можуть бути розглянуті, як такі, що мають різну силу, і в деяких випадках мають черговість дотримання за ступенем важливості. Але чи завжди ми готові поставити одне правило вище іншого або тільки в певних ситуаціях можемо прийняти подібний порядок їх дотримання? Етичний кодекс ерготерапевта, подібно до інших професійних етичних кодексів, не є завершеним в цьому відношенні. Легко уявити собі ситуацію, в яких кодекс не дає певної відповіді, і ерготерапевт знаходиться в конфліктній ситуації. Наприклад, може створитися конфлікт, коли професійні вимоги суперечать правам пацієнта, або, коли права різних пацієнтів не можуть бути дотримані одночасно через нестачу ресурсів. Права пацієнта можуть суперечити правам родичів тощо. Яке рішення повинен прийняти ерготерапевт? Чи повинен пріоритет бути відданий прав пацієнта? У подібному випадку можна давати безліч порад, але кодекс не складено так, щоб давати відповідь в кожному конкретному випадку. Як я можу вирішити, чиї права повинні бути пріоритетними, коли існує конфлікт? Кількість питань зростає.

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №5

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВЯЗКИ ЧЛЕНІВ МУДЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ БРИГАДИ

План лекції.

1. Обовязки ерготерапевта.
2. Соціальна робота
3. Трудотерапія
4. Мультидисциплінарна бригада

Лекцію підготувала доктор медичних наук професор Мазепа Марія Андріївна

Тривалість лекції – 2 академічні години.

Ерготерапевт

Спеціаліст, який допомагає людям досягти їх максимального рівня функціонування та незалежності у всіх аспектах життя, незважаючи на наявні обмеження. Ерготерапевт оцінює наявні або потенційний рівень можливостей, зіставляючи його з тим, що людині потрібно, що для нього важливо, чого він хоче і на що він здатний. Ерготерапевти використовують, часто-паралельно, 2 стратегії відновлення можливостей:

- Розвиваючу стратегію- відновлення постраждалої функції;
- Компенсаторні стратегію- заміщення втраченої функції.

Ерготерапевтічна оцінка.

Області оцінки:

- Рухові можливості;
- М'язовий тонус;
- М'язова сила;
- Координація рухів;
- Дрібна моторика кисті;
- Маніпуляції, спритність, тонка координація;
- Баланс і контроль за положенням тіла;

- Праксис і планування рухів;
- Билатеральная інтеграція;
- Чутливість;
- Навички сприйняття;
- Біль;
- Пам'ять;
- Рівень свідомості;
- Орієнтація;
- Усвідомлення проблем;-
Навички, можливість навчання;
- Оцінка безпеки;
- Настрій.

Ерготерапевти працюють в безпосередній близькості з фізичними терапевтами, медсестрами, родичами та іншими членами бригади, допомагають пацієнтам відновити навички повсякденної активності і максимально просунутися в досягненні його власних життєвих цілей, включаючи роль в сім'ї і суспільстві. Ерготерапевти радять, як оптимально змінити навколишнє середовище і використовувати додаткові пристосування для кращого виконання дій. Роль ерготерапевт - навчити використовувати наявні руху. Ерготерапевт - це фахівець, який допомагає людям досягти їх максимального рівня функціонування та незалежності у всіх аспектах життя.

Завдання ерготерапевта - адаптація пацієнта в його повсякденній діяльності, досягнення максимальної незалежності в самообслуговуванні з урахуванням функціональних можливостей.

До питань ерготерапії відносяться:
- Оцінка функціональних можливостей пацієнта;
- Візуально - просторові порушення;
- Відновлення щоденної активності (прийом їжі, одягання, умивання, туалет, ванна, догляд за собою та ін.);
- Розробка дрібної моторики рук;
- Підбір спеціальної інвалідної техніки.

Соціальна робота

Соціальна робота - це взаємопов'язана система моральних цінностей, теорії і практики. Соціальна робота в своїх різних формах звертається до безлічі трансакцій між людьми і середовищем. Її місія полягає в тому, щоб дати можливість людям повністю реалізувати потенціал, збагатити своє життя і запобігти дисфункцію. Професійна соціальна робота зосереджена на вирішенні проблем і зміни. Командний, проблемно-орієнтований підхід до реабілітації, адаптації будується на ретельній оцінці проблем пацієнта: які порушення структури і чи функції тіла призводять до обмеження життєво важливих для нього видів діяльності і соціальних ролей. Втручання фахівця із соціальної роботи при проблемно-орієнтованому підході направлено на підвищення діяльності, рішення соціально орієнтованим проблем, підвищення якості життя.Соціальна робота в команді вносить особливий внесок, коли ситуації виключно складні, з високим рівнем невпевненості в соціумі, стресу,

конфліктів інтересів і ризику. Своєчасне втручання полегшує працю всіх фахівців в реабілітації та адаптації. Робота фахівця з соціальної роботи сприяє послідовності викладу інформації і порад, а також надання підтримки (допомоги) пацієнтам та їхнім родинам в момент, коли люди відчувають травматичні і змінюють життя несприятливі зміни. На підтримку цього процесу пристосування до важкій життєвій і використовуються навички консультування, інформування в рамках компетенції по соціально-орієнтованим питань.

Спеціаліст з соціальної роботи:

- Визначає проблеми пацієнта, його близьких, родичів в соціальному житті;
- Здійснює інформаційну підтримку по соціально значущих питань, консультує на медичні, правові, побутові, санітарно-гігієнічні, психологічні та ін.;
- Навчає пацієнта і його оточення активної участі в соціально - середовищної, соціально побутової адаптації та реабілітації; підвищує їх інформаційний, освітній рівень по оздоровчим, рекреаційним, медичним, освітнім, соціальним та інших послуг;
- Проводить з пацієнтами та родичами санітарно просвітницьку роботу по формуванню відповідальності за своє здоров'я, навчає навичкам дозвілля і відпочинку;
- Створює спеціальні добірки матеріалів і інформації для формування життєствердного світовідчуття і соціально середовищної адаптації;
- Визначає цілі та завдання, спрямовані на підвищення соціальної активності і здатності вирішувати життєво важливі юридичні, фінансові, соціальні та побутові питання в повсякденному житті;
- Здійснює сприяння в наданні соціальної допомоги у важкій життєвій ситуації, отримання фінансової, матеріальної допомоги від держави, благодійних організацій та ін. для забезпечення життєдіяльності та підвищення якості життя;
- Координує взаємодію пацієнта, родичів з державними і комерційними адміністративними і соціально орієнтованими службами, організаціями, установами, фондами; нотаріальними і юридичними службами; медичними установами по реабілітації, сестринської догляду, постійного проживання, пеньки та ін .;
- Інформує з питання пільг, субсидій, соціальної підтримки; з оформлення документів; отриманню технічних засобів і обладнання для соціально середовищної, побутової адаптації.

Трудотерапія

Трудотерапія - активний метод відновлення і компенсації порушених функцій за допомогою різної роботи, спрямованої на створення корисного продукту.

Сприятливий вплив праці в системі реабілітації, адаптації є клінічно встановленим фактів.При трудотерапії сам процес функціонування ураженої системи виступає в якості лікувально-відновного і підтримуючого фактора. Трудові руху та операції стимулюють фізіологічні процеси, викликають

гармонійне функціонування основних систем пацієнта, мобілізують його волю, дисциплінують, привчають до концентрації уваги, створюють бадьорий настрій, звільняють (відволікають) від думок про хвороби, збуджують психологічну активність, спрямовуючи її в русло предметної, осмисленої , результативною і дає задоволення діяльності.

Різновиди трудотерапії:

- Загальзміцнювальна (тонізуюча). Є засобом підвищення загального життєвого тонусу пацієнта і створює психологічні передумови для реадаптації;

- Навчання самообслуговування (побутова реабілітація). Цей вид можна починати якомога раніше, так як її мета усунення безпорадності пацієнта;

- Відновлювальна (функціональна). Мета - вплив на пошкоджену частину тіла, орган або систему для відновлення порушеної патологічним процесом функції через відповідно підібрані види трудової діяльності;

- Розважальна (терапія зайнятістю). Її мета - зменшення вираженості обтяжливих факторів, обумовлених вираженим тривалим перебуванням в ліжку або в лікувальному закладі;

- Професійна. Направлена на відновлення виробничих навичок і підготовку (навчання) нової професії;

- Арттерапия - активне корекційна вплив за допомогою різних форм мистецтва, в першу чергу - на емоційний статус пацієнтів. Метод використовується як самостійно, так і в комплексі реабілітаційної програми. Арттерапія добре поєднується з музикотерапією, ароматерапією.

Успіх відновного лікування залежить від правильної організації реабілітаційного процесу. Регіональне бюро ВООЗ по європейських країнах запропонувало бригадну форму в якості моделі організації відновного лікування, яка заснована на принципі роботи мультидисциплінарної реабілітаційної бригади

Мультидисциплінарна бригада

Мультидисциплінарна бригада (МДБ) об'єднує фахівців, які працюють як ЄДИНА КОМАНДА з чіткою узгодженістю дій, що забезпечує цілеспрямований підхід до реалізації завдань реабілітації. До складу бригади, як правило входять: лікар-невролог, інструктор з лікувальної фізкультури (ЛФК), логопед, психотерапевт, психолог, ерготерапевт, спеціально навчені прийомам реабілітації медичні сестри, фахівець із соціальної роботи, соціальний працівник.Лікар-невролог проходить спеціальну підготовку з питань медичної реабілітації.

Завданнями лікаря невролога в МДБ є:

оцінка тяжкості стану і прогноз ступеня відновлення; контроль як за неврологічним статусом, так і за станом гомеостазу, а також вегетативного забезпечення серцево - судинної, дихальної систем з метою уточнення функціонального резерву;

вибір оптимальних методів лікування з урахуванням пато - і саногенетических реакцій, рівня і характеру ураження, ступеня функціональних розладів, з щоденної корекцією застосовуваних методик в залежності від динаміки процесу відновлення;

адекватне медикаментозне лікування і організація догляду за хворими;

оцінка результатів лікування із застосуванням бальної оцінки за шкалами, що відбивають як функціональний стан нервової системи, так і активність пацієнта в побуті, а також якість життя.

Методист ЛФК детально оцінює порушення рухових і чутливих функцій, дає поради доглядають персоналу по створенню оптимального положення пацієнта в ліжку для попередження порушень тонусу і патологічних пізнав установок, навчає пацієнта і родичів методам правильного переміщення, вертикалізації і ходьбі, вирішує питання щодо використання допоміжних пристосувань. Спеціальні вправи дозволяють впливати на конкретні м'язи або групи м'язів, збільшуючи їх силу і полегшуючи діяльність пацієнта в повсякденному житті.

Психолог оцінює установку хворого на відновлення і участь в реабілітаційному лікуванні, враховує особливості психологічного та соціального статусу. Психолог може сприяти полегшенню сприйняття і адаптації до інвалідизації. Психотерапевт виявляє різні психопатологічні розлади у пацієнта, такі як депресії, порушення сну, інтелектуально - мнестичні розлади.

Логопед, завданням готорие є оцінка і корекція мовних розладів і інших вищих психічних функцій, а також порушень функції ковтання. Крім того, даний фахівець здійснює нейропсихологическое тестування і корекцію таких вищих психічних функцій, як гнозис, праксис, пам'ять. Для попередження аспірації та аспіраційної пневмонії логопед проводить оцінку функції ковтання і навчає пацієнта методиці щодо подолання порушень ковтання. Спеціальна увага логопед приділяє також питання вибору типу харчування при наявності у пацієнта дисфагии.

Медична сестра є основною опорою не тільки лікаря невролога, виконуючи його призначення, але і ерготерапевт і інструктора ЛФК. Вона несе відповідальність за навчання і контроль:

- За всіма функціями з самообслуговування, які пацієнт не може виконувати або потребує будь - чиєї допомоги для цього. Чи виконуються адекватно і безпечно: догляд за шкірою, умивання, чищення зубів, догляд за волоссям, їжа, користування туалетом, забезпечення правильного положення і достатній рухливості в прийнятті сидячого положення і пересаджуванні в крісло, як тільки це дозволить стан пацієнта. А також огляд, оцінка та спостереження за фізичним і психологічним станом пацієнта, прийняття необхідних заходів і своєчасне інформування інших фахівців бригади. Надання постійної фізичної і психологічної підтримки пацієнту і доглядають.

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №6

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

ЕРГОНОМІКА У ЕРГОТЕРАПІЇ

План лекції.

1. Загальні поняття про ергономіку.
2. Принципи універсального середовища (універсального дизайну)
3. Ергономіка у ерготерапії**.**

Лекцію підготували: доктор медичних наук, професор
М. А. Мазепа

Тривалість лекції – 2 академічні години.

1. Загальні поняття про ергономіку.

Підготовка фахівців з ерготерапії, передбачає засвоєння знань та умінь з ергономіки. Зокрема, оволодіння принципами формування універсального середовища (дизайну у зарубіжній літературі), яке є необхідним для забезпечення максимальної зручності та комфорту для неповносправних осіб.

Середовище проживання (середовище життєдіяльності, предметно-просторове середовище, архітектурне середовище) - це оточення, в якому проживає або перебуває людина, тобто ті предмети (будівлі, елементи будівель, меблі, обладнання, зелені насадження, малі архітектурні форми, обробка тощо), які вона використовує і які впливають на характер її діяльності.

Оскільки кількість неповносправних осіб невпинно росте, необхідно шукати не лише шляхи їх реабілітації (відновлення здоров'я та працездатності особи), але й шляхи адаптації середовища до потреб неповносправних осіб.

Формування та реалізація державної політики щодо осіб з інвалідністю здійснюється на основі норм КУ, Конвенції, законів України "Про основи соціальної захищеності інвалідів Україні", "Про реабілітацію інвалідів в Україні" та "Про соціальні послуги", Державної цільової програми "Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів" на період до

2020 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706, та інших нормативно-правових актів, загальна кількість яких становить понад дві тисячі. Аналізувалися також і інші законодавчі матеріали.

Проте у вказаних законодавчих документах недостатня увага приділяється саме питанню створення так званого "універсального" середовища для комфортного життя як неповносправних, так і здорових людей. Розглядаються та запропоновані лише напрямки дотримання та реалізації певних архітектурних нюансів, формування безбар'єрного середовища саме для неповносправних осіб.

Важливим фактором впливу формування умов універсвльного середовища належить ергономіці - науці, що вивчає допустимі фізичні, нервові та психічні навантаження на людину в процесі праці, проблеми оптимального пристосування навколишніх умов виробництва для ефективної праці. Ергономіка є складовою частиною ерготерапії. Дана галузь суспільного життя в Україні перебуває лише на стадії початкового розвитку, що також у свою чергу, може бути причиною збільшення кількості неповносправних осіб. Проте, ерготерапія та ергономіка широко застосовується у зарубіжних країнах.

Аналіз та виокремлення специфічних особливостей такої категорії населення, як неповносправні особи, є важливим фактором в запровадженні соціально-економічних заходів відносно організації праці, планування міського середовища та житлового будівництва, а також виробництва промислових виробів.

Напрямки ергономічної роботи з організації праці неповносправних осіб визначаються двома принципами: використання наявних ресурсів працездатності та пошук шляхів підвищення працездатності. Для реалізації цієї проблеми необхідно визначити дефект і оцінити ступінь втрати тієї чи іншої функції організму. Саме цим питанням і займається ергономіка - наука, що вивчає допустимі фізичні, нервові та психічні навантаження на людину в процесі праці, проблеми оптимального пристосування навколишніх умов виробництва для ефективної праці. Комплексний підхід, характерний для ергономіки, дозволяє одержати всебічне уявлення про побутово-виробничий процес і тим
самим відкриває широкі можливості для його удосконалення.

Просторові аспекти цієї науки передбачають: планування робочого місця, раціональне розміщення у просторі матеріальних елементів виробництва, зокрема устаткування, технологічного та організаційного оснащення, а також робітника. Знання з ергономіки допомагають не лише в оптимізації робочого місця, але і в пристосуванні побутових умов життя до потреб неповносправних осіб, і не тільки. Ергономіка в цьому аспекті дозволяє виконати всі необхідні зусилля більш економно (з меншими затратами енергії), тобто до функцій неповносправних осіб пристосувати умови зовнішнього середовища.

Термін "універсальне середовище" є логічним продовженням розвитку ідей безбар'єрного середовища. Універсальне середовище - це об'ємно-просторова організація середовища, метою якої є створення комфортних умов проживання людей незалежно від їх фізичних можливостей. Таким чином, універсальная середовище покликане вирішити проблему інтеграції людей з обмеженими можливостями в життя суспільства. Коли архітектори

використовують принципи універсального середовища, вони, перш за все, створюють простір для людей з цілим спектром характеристик. Інвалідність - одна з них; середовище, створене для інвалідів, дає значні переваги іншим групам людей. Наприклад, пандуси, підземні переходи через дорогу, розраховані для спинальних хворих (на візках), стають більш комфортними для жінок або чоловіків з дитячими візочками, велосипедистів, людей, що перевозять вантажі. За кордоном аналогом поняття "універсальне середовище" є термін "універсальний дизайн".

Поняття "універсальний дизайн" було запроваджено американським архітектором Роналдом Мейсом в 80-х рр. XX ст.. Ідея була підхоплена в Японії та кількох країнах Європи, особливо в галузі дизайну товарів і архітектури.

Отже, як вже зазначалось вище, універсальне середовище - це середовище як для людей з обмеженими можливостями, так і для звичайних осіб. Також при формуванні цього середовища враховуються численні зміни, які можуть статися протягом життя людини - наприклад, в періоди вагітності, каліцтва або немічності. Таке середовище має на увазі турботу про фізичний стан і психологічну зручність людей.

Функціонування середовища, яке спроектоване для всіх і кожного, позбавляє неповносправну особу незручностей, які пов'язані з його зарахуванням до числа тих, які потребують спеціальної допомоги. Одним із прикладів універсального середовища є автоматичні двері при вході в будівлю, вона стає доступною для інвалідів на візках, дітей, людей похилого віку, або тих, у кого чимось зайняті руки. Таким чином, забезпечується одинакова зручність для всіх груп людей, незалежно від фізичних можливостей.

2. Принципи універсального середовища (універсального дизайну):

1. Рівноправність у використанні. Предмети навколишнього середовища повинні бути призначені для використання людьми з різними фізичними можливостями.
2. Гнучкість у використанні. Середовище повинне відповідати широкому діапазону індивідуальних переваг і здібностей.
3. Просте та інтуїтивне використання. Середовище повинне дозволяти легко ним користуватися незалежно від досвіду, знань, мовних навичок або поточного рівня концентрації користувача.
4. Сприйняття інформації. Середовище має ефективно повідомляти необхідну інформацію користувачеві незалежно від оточуючих умов або від сенсорних здібностей користувача.
5. Терпимість до помилки. Середовище повинне мінімізувати ризики і несприятливі наслідки випадкових або ненавмисних дій.
6. Збереження фізичних сил. Середовище повинне використовуватися ефективно, зручно і з мінімальними витратами сил.
7. Розмір і місце для доступу і використання. Необхідно забезпечувати відповідний розмір і місце для доступу, досяжності, маніпулювання і виористування середовища, незалежно від розміру та положення тіла або ступеня рухливості користувача.

Ергономічність середовища включає наступне: передбачати чітку зорову доступність при огляді важливих елементів середовища для будь-якого

користувача в сидячому або стоячому положенні; забезпечити наявність всіх компонентів середовища в межах досяжності користувача в сидячому або стоячому положенні без втрати комфорту; передбачати різноманітність розмірів кисті руки і розмірів при захопленні; передбачати додатковий простір для використання допоміжних пристосувань або надання допомоги іншої людини.

Дані принципи є керівництвом для проектувальників універсального середови-

ща, але й не тільки для них. Вони дозволяють забезпечувати найкраще поєднання параметрів, які відповідали б потребам максимального числа користувачів. Крім того,

архітектори або проектувальники чи інші особи повинні також брати до уваги економічний, технічний, культурний і екологічні аспекти.

Таким чином знання з ергономіки є важливою умовою у формуванні універ-

сального середовища суспільства. Ними повинні володіти архітектори, проектувальники, дизайнери а також фахівці, які працюють з людьми з особливими потребами.

Універсальне середовище - це середовище як для людей з обмеженими можливостями, так і для звичайних осіб. Це середовище, яке спроектоване для всіх і кожного і для їх максимального комфорту.

3.Ергономіка у ерготерапії вивчає:

- Трудові процеси з метою оптимізації знарядь і умов праці, підвищення ефективності трудової діяльності людини і збереження її здоровя.
- Рівновагу між робочими вимогами та їх реалізацією в роботі
- Пристосування людини до роботи

Основоположниками ергономіки є американці.

Ергономіка одночасно і наукова і проектувальна дисципліна. Вона виникла на зіткненні технічних наук та наук про людину та її діяльність.

Ергономічна діяльність орієнтована на благополуччя, зручність, комфорт і безпеку людей.

Ергономіка навчає:

Правильно піднімати і переносити вантажі, не пошкоджуючи хребет

Правильно і раціонально організувати роботу з пацієнтами, використовуючи різні прийоми і техніки переміщення

Ергономіка сприяє і підтримує працездатність, здоров'я, професійну кваліфікацію, продуктивність праці і якість роботи.

Види пристосувань, що використовує ергономіка:

1. Технічні – пристосування для робочого місця і методів роботи
2. Фізичні – пристосування самої людини
3. Психічні – включає самопочуття людини, вдоволеність роботою і оточенням

Головні приципи переміщення людини (параметри ергономіки):

1) Завдання (робота, що виконується)
2) Вантаж (пацієнт)
3) Оточення (включає все наявне обладнання)

4) Індивідуальні можливості працівника
5) Організація праці
6) Навчання

1) Завдання (які завдавати запитання)
   - Чи необхідно робити цю роботу?
   - Тривалість цієї роботи
   - Часові обмеження
   - Заданий ритм (швидкість виконання)
   - Чередування роботи і відпочинку
   - Можливість допомого
   - Дія повторюється часто чи дривало?
   - Відстань, на яку переміщується вантаж чи людина
   - Робоча поза
   - Відстань між грумом і тулубом
   - Вірогідність несподіваної дії
2) Вантаж
   - Вага, маса, спротив переміщенню
   - Нерухомий чи рухається
   - Фізичні габарити
   - Обмеження по видимості (великий пацієнт)
   - Положення центру тягара
   - Легко захопити руками (ручки, пристосування)
   - Механічний стан (пошкодження)
   - Фізичні (агресія) та хімічні реакції

3) Довкілля
   - Розміри і простір (включно з простором для ніг в санітарній машині)
   - Планування (якщо кожний раз необхідно щось переставляти, то планування не ергономічне)
   - Висота, на якій проводиться робота (висота стільця ліжка)
   - Підлоги (вологі, нерівні)
   - Спека, холод, вологість (прискорюють втому – необхідно більше відпочивати)
   - Освітлення (сосбливо вночі)
   - Обладнання (доступне, зручне, в робочому стані, сумісне)
   - Одяг (брошки, ґудзики, защіпки – травмують пацієнта = без колін, без годинника на руці)
   - Взуття (рифлена підошва, без корків)
4) Індивідуальні можливості працівника
   - Фізичний стан(вік, стать, сила, виносливість, антропометричні дані)
   - Стан здоровя (зір та слух)
   - *Ловкость* та координація
   - Соціальні умови, традиція і практика
   - Мотивація

- Взаємодія з обладнанням (володіння ним)
- Втома (в кінці зміни пацієнт слабкіший)
- Знання, навички, досвід та попереднє навчання
- Організаційні навички
- Знання обладнання
- Добовий ритм і час дня
- Якою рукою зручно працювати (правою, лівою)
- Звичні пози
- Вміння працювати в команді

5) Організація праці
   - Менеджмент (чи є резерви, кого залучати)
   - Постачання обладнання _обовязковий техогляд всього обладнання – 1 раз на місяць)
   - Оплата і умови праці
   - Алгоритми пересування, що прийняті в установі
   - Передача інформації про оточення пацієнтові
6) Навчання

Релевантне (відноситься безпосередньо до вироблених компетенцій)
Під спостереженням
Таке, що оцінюється (критерій умінь).

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №7

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

ЕРГОТЕРАПІЯ У НЕВРОЛОГІЇ

Лекцію підготувала магістр фізичної терапії та ерготерапії Гавалко І.В.

Тривалість лекції – 4 академічні години.

Ерготерапія в реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту

Ерготерапія вивчає методи і засоби відновлення рухової активності кінцівок за допомогою різних тренажерів , ігрових та ситуативних завдань. Ерготерапія направлена на зцілення через діяльність. Ще Сократ вважав, що «людина обов'язково повинна займатись якоюсь працею, а не лише віддаватися розвагам, в інакшому випадку вона не може мати гарний стан тіла та духу».

Ерготерапія - це міждисциплінарна методика, в центрі якої стоять потреби пацієнта бути активним, функціональним, пристосованим і задоволеним життям. Фахівці з ерготерапії відіграють ключову роль у відновлені втрачених функцій пацієнта та повернення його до соціуму, продуктивної активної діяльності. Вони заохочують, розвивають, відновлюють та підтримують навички, необхідні для незалежного функціонування та благополуччя в повсякденній діяльності особи з інсультом. Фізичний терапевт працюючи з загальними порушеннями має на меті відновлення функції, а ерготерапевт , адаптовуючи до повсякденного життя, виводить пацієнта на рівень участі по Міжнародній класифікації функціональності (МКФ), з урахуванням наявних фізичних обмежень постінсультних осіб.

Важливими **завданнями** фізичної терапії є покращення якості життя, повернення людини до звичайної діяльності, можливість не тільки самостійно обслуговувати себе, а й урізноманітнити своє дозвілля, і навіть почати працювати. Саме ерготерапія покликана реалізувати ці завдання.

Ерготерапія пропонує унікальний міждисциплінарний реабілітаційний підхід, який поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації (абілітація – система заходів та соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному

середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування) та компенсації (адаптації).

Абілітація спрямована на здобуття нових навичок та вмінь для виконання завдань у повсякденному житті. Компенсація або адаптація є невід'ємною та творчою частиною ерготерапії, яка дає можливість людям брати участь у повсякденному житті, незважаючи на обмежені можливості свого організму. За відсутності необхідної функції організму, людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій.

Прикладом адаптації людини із інвалідністю може бути використання протезів людьми із ампутаціями, комп'ютерних систем людьми із паралічем усіх кінцівок, створення адаптованих столових приборів для самостійного харчування, використання альтернативного методу одягання сорочки, або навіть пристосування ванної кімнати до потреб людини, яка користується інвалідним візком.

Компенсація або адаптація є невід'ємною та творчою частиною ерготерапії, яка дає можливість людям брати участь у повсякденному житті, незважаючи на обмежені можливості свого організму. За відсутності необхідної функції організму, людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій.

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

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

Ерготрапія не завжди ліквідує наслідки інсульту. Її метою є покращення можливостей та впевненості пацієнта, щоб він міг продовжувати свою повсякденну діяльність, незважаючи на порушення внаслідок судинної катастрофи. З цією метою забезпечують умови, що повторюють або симулюють обстановку кухні, ванної кімнати, офісу, саду, в яких навчають або адаптують до виконання різних навичок, які мають функціональну цінність для пацієнта.

Найважливіше **завдання** ерготерапії – допомога у вирішені конкретних проблем, які виникають у пацієнта при виконанні нормальних повсякденних справ, для цього він повинен виконувати різні вправи, наприклад, відкривання двері, малювання якоїсь фігури (кола) тощо. Також завданням є тренування рухів та пересувань, емоційна регуляція,розвиток сенсомоторики. Контролюючи процес, ерготерапевт усвідомлює для себе фактичне обмеження обсягу рухів пацієнта та складає індивідуальний план терапії для хворог.

Ці завдання реалізуються через різноманітні вправи: малювання, перекладання предметів, кидання предметів в ціль, відкривання пляшок, набирання номеру телефону, багато іншого.

Всі вправи для ерготерапії підбираються суворо індивідуально і залежать від цілей реабілітації та стану пацієнта. Ерготерапія потребує зосередженості та постійних тренувань. За цих умов спостерігається позитивна динаміка.

По МКФ ерготерапія спрямована на пристосування пацієнта до навколишнього середовища і навколишнього середовища до пацієнта, що робить можливими його громадська участь та поліпшення якості життя . Для досягнення цих цілей основними завданнями ерготерапії можна назвати наступні:

• запобігання формуванню патологічних видів постави;

• поліпшення сприйняття сенсорних подразнень в сенсі нормалізації сприйняття аферентних сигналів, кращої фільтрації та оцінки сприйняття, стабільності голови і корпусу, регулювання м'язового тонусу;

• відновлення грубої і дрібної моторики;

• відновлення координації, спритності, сили, витривалості;

• тренування трансферу (ліжко - стілець - туалет - крісло-каталка - автомобіль);

• тренування побутових і комунікативних навичок;

•відновлення нейропсихологического дефіциту, поліпшення когнітивних функцій, розвиток і поліпшення здібностей управління емоціями, афектами і комунікаційними здібностями;

• тренування письма;

• навчання компенсаторних функцій, консультування щодо необхідних допоміжних технічних засобів для самообслуговування в побуті;

• пристосування умов робочого місця і професійна інтеграція.

Попри всю різноманітність існуючих форм і методів ерготерапіі можна виділити три основних терапевтичних підходи:

• підходи, сфокусовані на компетентність: вибіркове використання ремісничих технік, вправ з життєвого і практичного досвіду, придбання втрачених здібностей, тренування навичок;

• підходи, сфокусовані на креативність: застосування терапевтичних засобів у творчій формі як засіб самовираження і комунікації (із застосуванням прийомів, що роблять можливим емоційний зближення людей);

• підходи, сфокусовані на інтерактивність, процеси групової динаміки (взаємодія, дискусія в групі).

Чотири основні види ерготерапії, що застосовуються при відновлювальному лікуванні постінсультних хворих:

1) моторно-функціональний,

2) сенсомоторно-пропріоцептивний,

3) нейропсихологічний,

4) психофункціональниий .

При цьому моторно-функціональна ерготерапія покликана поліпшити моторні можливості, витривалість пацієнта, сенсомоторно-перцептивна призначена для поліпшення чуттєвого сприйняття, регуляції тонусу, координації рухів, нейропси хологічні методи покращують когнітивні

можливості, концентрацію, увагу, реакцію, психофункціональні нормалізують ситуативну поведінку, сприяють зміцненню мотивації і комунікації, розвитку соціоемоційної компетенції і здатності пацієнта до інтеракції. Сучасна ерготерапія у постінсультних хворих передбачає комплексне застосування всіх компонентів в залежності від показань.

Важливим етапом в навчанні самообслуговування є повернення хворого в будинок, в сім'ю і пристосування його до життя в своєму будинку, де продовжують вироблятися і закріплюватися навички, необхідні йому для нових умов. Фахівці з ерготерапії допомагають людям облаштувати своє помешкання для підвищення рівня безпеки, усунення бар'єрів, що сприятиме функціональній активності, наприклад установка поручнів у ванній кімнаті.

Крім навчання самообслуговування в умовах реабілітаційних установ можливе застосування і інших **методів** ерготерапії: активного(«тонізуючий») і функціонального. Активна («тонізуюча») ерготерапія має в основному психотерапевтичне значення, підвищує емоційний тонус хворого, створює позитивний фон настрою, відволікає увагу від хвороби. Функціональна терапія спрямована на використання різних видів трудової і побутової діяльності з метою розробки рухів в тих чи інших м'язових групах. Наприклад, роботу на ніжній швейній машинці можна використовувати для відновлення рухів в стопі.

Професійна ерготерапія не може бути здійснена в умовах медичних реабілітаційних установ (в реабілітаційних стаціонарах, поліклінічних центрах, відділеннях відновного лікування лікарень і поліклінік) і виходить за рамки медичної реабілітації,тобто власне відновного лікування.

У пацієнтів, які перенесли інсульт ерготерапія починається на стаціонарному етапі. Для проведення занять у відділеннях повинні бути навчальні приміщення, в яких відтворюється обстановка кухні, туалету, ванної кімнати, де хворі навчаються побутовим навичкам, а також спеціалізовані трудові майстерні в реабілітаційних підрозділах. Заняття можуть проходити як в індивідуальній формі (навчання навичкам вставання, утримання рівноваги, вміння одягнути себе і т.д.), так і в групі (різні ігри, творчі завдання - в'язання, ліплення, спів тощо). Тренування щодо покращення персональних навичок повсякденної активності рекомендовані всім пацієнтам, що перенесли інсульт, залежно від індивідуальних потреб і з урахуванням функціонального дефіциту можуть починатися вже в гострому періоді інсульту (залежно від стану хворого). Рекомендована тривалість занять, що проводяться щодня або через день, становить 20-40 хв.

Навчання щоденним побутовим видам діяльності, спрямованих на самообслуговування, починається в гострому періоді, коли хворий знаходиться в ліжку. Використовують рухи здорової сторони, які збереглися, поступово, при появі активних рухів в ураженій стороні, їх включають у діяльність (головним чином, як допоміжні).

Відновлення включає в себе задіювання предметів середовища - пульт управління ліжком, посуд, що розташовується на тумбочці і т.п. Також, використовують всі види діяльності доступні лежачому або сидячому пацієнту - читання книг (утримання, перегортання), використання планшетів і смартфонів, види хобі (в'язання, плетіння, збирання моделей, шахи, кросворди, збирання пазлів і т.п.). Діяльність повинна бути доступною, такою, щоб пацієнт

міг її виконати,з підтримкою (психологічною, адаптаційною, технічною) або без, яка не втомить пацієнта, що виконує завдання реабілітації. Тобто як тільки активні рухи стають доступними для пацієнта. Це найбільш ранній і найпростіший метод набуття пацієнтом самостійності, незалежності від оточуючих. Включає в себе відновлення навичок самостійного вставання з ліжка, вмивання, приймання їжі, одягання, взування, ходіння, користування туалетом. Поступово сфера цих дій розширюється. Хворий навчається прибирати ліжко, складати речі в тумбочку, користуватися холодильником, замикати двері на ключ, гасити і запалювати світло, ходити по сходах, користуватися ліфтом, надягати верхній одяг, виходити на вулицю і т. д. Для таких тренувань в лікувальних установах виділяють спеціально обладнану кімнату з набором побутових приладів або стендами, на яких вони змонтовані і укріплені.

В подальшому ерготерапевт вирішує конкретні проблеми, які виникають у людини в процесі виконання якихось звичайних дій. Щоб виявити їх, він може попросити виконати якесь завдання – написати, намалювати, відкрити пляшку або зав'язати шнурки на черевиках. Спостерігаючи за виконанням завдання, ерготерапевт визначає труднощі і обмеження у виконанні дії пацієнтом.

Ерготерапевти, використовуючи кваліфіковане спостереження, конкретно визначають, які навички є ефективними або неефективними під час виконання занятості, а саме: моторні навички – це спостереження за тим, як клієнт рухається і взаємодіє з об’єктивними завданнями та середовищем; аспекти рухової навички включають поставу, рухливість, координацію рухів, силу й енергію; процес реалізації навичок – це спостереження за тим, наскільки вміло клієнт управляє і змінює дії під час виконання завдання; аспекти процесу застосування навички включають енергію, знання, тимчасову організацію, організацію простору й об’єктів, а також адаптацію; приклади продуктивності специфічного процесу навичок включають підтримку уваги на завданні, вибір відповідного інструменту та матеріалу для виконання цього завдання, логічну організацію робочого простору або відповідність методу виконання завдання у відповідь на проблему; зв’язок/взаємодія навичок – це спостереження за тим, як вправно клієнт передає свої або чиїсь наміри, потреби і координати соціальної поведінки, взаємодіючи з іншими людьми. Аспекти зв’язку/взаємодії навичок включають тілесність, обмін інформацією і відносини з людьми. Приклади продуктивності специфічних зв’язків/взаємодії навичок включають жести для позначення намірів із проханням надати інформацію або виразити афект або встановити контакт з іншими людьми.

Ерготерапевти при необхідності навчають пацієнтів, як розділити складну діяльність на складові частини, пропрацювати кожну частину, а потім виконати всю послідовність дій. Ця стратегія може покращити координацію та допомогти людям з апраксією заново навчитися, як виконати заплановану діяльність, компенсаторні стратегії та змінювати елементи оточуючого середовища, що обмежують їх повсякденну активність. Наприклад, особа, у якої працює лише одна рука, може застібнути ґудзик за допомогою спеціальної петлі та гачка.

Тобто ерготерапія це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, спрямована на тренування дрібної моторики, координації, чутливості вона включає в себе знання з декількох спеціальностей - психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії, що є важливим при роботі з пацієнтами, які перенесли інсульт. За допомогою ерготерапії відновлюються і удосконалюються не тільки рухові, а й когнітивні й емоційні можливості. Отже, ерготерапевта цікавить не тільки стан пацієнта і характер його захворювання, має значення все - оточення людини, спосіб його життя до хвороби, особисті схильності і захоплення, рівень інтелекту тощо.

Залежно від причини виникнення інсульту, а також особливостей стану хворого, його функціональних можливостей, рухового досвіду, віку, статі склад фахівців, добір методів і засобів будуть також іншими, тобто реабілітація хворих потребує індивідуального підходу до пацієнтів з урахуванням їхньої реакції на використання фізичних навантажень.

Реабілітація не завжди ліквідує наслідки інсульту. Її метою є покращення можливостей та впевненості пацієнта, щоб він міг продовжувати свою нормальну повсякденну діяльність, незважаючи на порушення.

Як і у фізичній терапії процес побудови роботи у ерготерпіїї базується на ключових принципах побудови реабілітаційної програми. Важливою складовою якої є обстеження. Ерготерапія базується на первинному та повторному оцінюванні стану пацієнта, що дає можливість оцінити рівень його можливостей до та після курсу реабілітації.

Процес оцінювання включає застосування стандартних процедур і методів обстеження, інтерв'ю, тестування, важливою складовою є спостереження в різних умовах та консультації із людьми, які відіграють важливу роль у житті пацієнта. Результати оцінювання є основою планування, що включає коротко- та довгострокові цілі терапії. Планування повинне відповідати можливостям людини, її звичкам, ролям, перевагам способу життя й оточуючого середовища.

Ерготерапевт працює на запит пацієнта, виконання потрібної йому діяльності, і визначивши вид діяльності сприяє відновленню функцій і (або) пристосовує до дисфункцій, адаптовує до середовища, підбирає технічні засоби реабілітації, якщо в цьому є потреба. При інсультах часто спостерігаємо, що уражена кінцівка не здатна виконувати свою функцію, ерготерапевт навчає виконувати певну діяльність здоровою кінцівкою, тобто адаптовує пацієнта, як він зможе виконувати побутову чи професійну діяльність.

Практика ерготерапевта розповсюджується на:

1. Оцінку факторів, які впливають на повсякденні види діяльності, сон і відпочинок, навчання, роботу, гру, дозвілля і соціальні контакти: структури організму (опорно-руховий апарат, нервову, серцево-судинну систему і т.д.);

- функції організму (нейром'язові, сенсорно-перцептивні, зорові, психічні, когнітивні, тощо);
- уміння і навички, включаючи моторику і праксис, сенсорно-перцептивні навички, емоційну регуляцію, когнітивні, комунікативні і соціальні навички;

- фізичне і соціальне середовище; культурні, особистісні, часові та віртуальні контексти, які впливають на заняттєву активність;
- звички, ролі, моделі поведінки;
- цінності пацієнта;
- переконання та духовність пацієнт.

2. Методи та / або підходи, обрані для терапевтичного втручання:

- розвиток, покращення, відновлення навички чи вміння;
- компенсація, модифікація чи адаптація діяльності або середовища для підтримки заняттєвої активності або попередження травми, прогресування хвороби;
- підтримка навички з метою попередження прогресування хвороби, погіршення функціонального стану;
- профілактика або попередження травматизму.

3. Втручання і процедури, обрані для терапевтичного втручання з метою покращення якості і безпеки виконання повсякденних видів діяльності, сну і відпочинку, навчання, професійної діяльності, гри, дозвілля і соціальних контактів:

- терапевтичне використання занять, вправ і діяльності;
- розвиток повсякденних видів діяльності, побутових навичок, а також навичок, необхідних для здійснення освітньої чи професійної діяльності, інтеграції у суспільство;
- розвиток, відновлення чи компенсація нейром’язових, сенсорно-перцептивних, зорових, психічних чи когнітивних функцій організму;
- навчання членів сім’ї, опікунів, тощо;
- консультативна допомога для організацій;
- модифікація середовища (житлові, робочі, навчальні, громадські приміщення), адаптація діяльності, застосування принципів ергономіки;
- оцінка індивідуальних потреб, дизайн, виготовлення, примірка, корекція, функціональне тренування використання ортезів, протезів, адаптивного обладнання і позиціонування;
- оцінка, рекомендації і навчання способів покращення функціональної мобільності, включаючи оперування інвалідними візками чи засобами пересування;
- реабілітація осіб з порушеннями зору.

Перед початком реабілітаційних заходів ерготерапевт має провести оцінку порушень життєдіяльності людини. За допомогою спеціальних методик, тестів, тренажерів, що моделюють різні аспекти діяльності людини, виявляються порушення компонентів і складових життєдіяльності людини.

Основною шкалою оцінювання є міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

На підставі проведеної оцінки фахівець визначає цілі, методи і план ерготерапевтичних занять.

Фахівці з фізичної реабілітації мають працювати в команді. Командна робота, співпраця та координація між собою, з іншими фахівцями,сім'є ю та опікунами відіграють важливу роль в реалізації цілісного підходу постінсультної реабілітації та досягнення вагомого результату у відновленні.

Оскільки пацієнт і його родичі, рідні, близькі та опікуни є найбільш важ ливою частиною реабілітаційної команди, вони беруть активну участь у постановці цілей індивідуальної реабілітаційної програми, що є наступним кроком у схемі діяльності реабілітолога. Визначення цілей у фізичній терапії повинно відбуватися у SMART-форматі:

— S (specific) специфічні (враховувати побажання пацієнта та його близьких);

— M (measurable) вимірювальні;

— A (achievable) досяжні;

— R (realistic) реалістичні;

— T (timed) визначені в часі.

На основі даних, отриманих під час обстеження, та поставлених цілей підбираються засоби фізичної реабілітації та проводяться реабілітаційні втручання.

Реабілітаційні втручання — це послуги, що надаються фахівцями з фізичної терапії (кінезитерапевтами та ерготерапевтами) або під їх керівництвом та контролем, із використанням засобів науково-доказової практики.

Індивідуальні ерготерапевтичні програми призначені сприянню максимальному використанню функції для задоволення потреб людини в робочому та соціальному середовищі, особистісних та домашніх умовах зосереджує увагу на індивідуальних здібностях та особливостях оточуючого середовища, а також на проблемах, пов'язаних із діяльністю особи в повсякденному житті.

Крім оцінки рухової функції в інтереси ерготерапевтами входить оцінка когнітивних функцій, критичного ставлення пацієнта до свого стану, його соціального статусу, професійної орієнтації, улюблених занять, можливих способів комунікації. При цьому фахівець з ерготерапії повинен вміти оцінити наявний і потенційний рівень можливостей хворого, зіставляючи з тим, що потрібно, важливо для пацієнта, чого він хоче і на що здатний. Обов'язковою умовою ефективності ерготерапії на відміну від кінезотерапії є усвідомлення хворим його проблеми в момент початку проведення терапії. Лікування постінсультних хворих вимагає максимально раннього застосування ерготерапії.

Що робитиме пацієнт під час проходження курсу ерготерапії від того, що йому потрібно, щоб стати незалежним. Він може працювати над поліпшенням своєї незалежності в багатьох галузях:

— навики самообслуговування, наприклад прийняття їж і, розчісування, прийняття ванни або одягання;

— рухові навички, такі як переміщення в ліжку, ходьба або їзда в інвалідному візку;

— когнітивні навички (пам’ять або вирішення завдань чи проблем);

— соціальні навички для взаємодії з іншими людьми.

Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists) підкреслює необхідність застосування різних реабілітаційних технологій і комплексів, що сфокусовані на відновленні втрачених пацієнтом навичок самообслуговування та здатності до виконання завдань як у повсякденному житті, так і в умовах виробничого середовища.

Постінсультна фізична терапія та ерготерапія може включати деякі чи всі наступні реабілітаційні втручання:

1. позиціонування — це викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення, оскільки нерухомість хворого в гострому періоді інсульту є однією з причин багатьох ускладнень, таких як відлежини, тромбоз глибоких вен, пневмонія, депресія, тощо.

2. Дихальні втручання — це маніпуляції та фізичні вправи з акцентом на дихання, метою яких є покращення вентиляції легень, виведення секреції та підвищення рухливості грудної клітки, що запобігає дихальним порушенням та зменшує їх.

3. Тренування мобільності — це заняття, що націлені на тренування навиків переміщення в ліжку (повертання на бік, сідання) та ходьби як по прямій поверхні, так і через перешкоди чи по сходах. Тренування може також включати навчання правильного використання допоміжних пристроїв для ходьби, наприклад рами чи палиці.

4. Вправи на покращення координації і утримання рівноваги. Для навчання пацієнта навичкам самообслуговування необхідно - утримання рівноваги і координації в різних положеннях. Тому паралельно з навчанням основним руховим навичкам використовуються вправи для тренування рівноваги й утримання пози після адаптації до вертикального положення. Цього навчає фізичний терапевт. Ерготерапевт навчає, як утримати позу і рівновагу сидячи при виконанні, наприклад, побутової дії (перекласти предмет з одного кінця столу в інший). Наступним кроком може бути переведення пацієнта в положення сточи, тренування рівноваги в цьому положенні та індивідуальний підбір засобів пересування для ходьби із засобом пересування та подолання бар’єрів середовища, чого також навчає фізичний терапевт, а ерготерапевт навчає як правильно застосувати ці вміння у повсякденному житті, побуті, соціумі тощо.

5. Відновлення амплітуди рухів — відбувається шляхом виконання активних чи пасивних вправ чи інших методик, щоб допомогти зменшити тонус м’язів (спастичність) й відновити діапазон руху.

6. Силове тренування передбачає використання вправ, які допоможуть покращити м’язову силу й координацію.

7. Заняття на дрібну моторику включає заняття, спрямовані на активну участь кисті та пальців у цілеспрямованій діяльності (ігри, маніпуляції з

предметами). Важливо, щоб пацієнт робив ту діяльність, яку виконує вдома: розвішує речі на прищепки, відкорковує пляшку, вишиває тощо.

8. Сенсорне тренування — це різноманітний вплив в усі органи відчуття, спрямований на відновлення сприйняття схеми тіла, чутливості ураженої половини тіла та зменшення наслідків синдрому ігнорування (неглекту). Потрібно тренувати пропріоцептивну чутливість шляхом виконання завдання чи руху з закритими очима і ураженою кінцівкою, щоб пацієнт озвучував, що він робить і що відчуває. При неглекті ерготерапевт працюючи з пацієнтом після інсульту розташовується збоку ураженої сторони пацієнта, щоб при взаємодії пацієнт не ігнорував уражену сторону.

9. Когнітивне тренування — допомагає покращити пам'ять, мислення, увагу чи зменшити прояви апраксії. Ерготерапевт дає завдання, де пацієнт має скласти картинку, провести асоціацію, додати цифри. При виконанні усіх завданнь залучаємо пацієнта розумово, наприклад при розвитку дрібної моторики запитуємо якого кольору предмети, з якими він працює, скільки їх, якої форми, матеріалу, для чого вони потрібні тощо.

10. Дзеркальна терапія — допомагає відновити рухову функцію ураженої кінцівки на основі отриманої сенсорної інформації (через зір та пропріорецепцію) про активність паретичної кінцівки.

11. Ортезування — підбір та правильне використання пластикового фіксатора для стабілізації та підвищення сили верхньої чи нижньої кінцівки (ортез).

12. Мобілізація лопатки включає пасивні та активні вправи для стабілізації та відновлення рухливості плечового поясу та профілактики чи зменшення сублюксації плеча. Виконується зовнішня ротація у поєднанні з осьовим навантаженням, велика кількість повторень рухів. При необхідності призначається бандажування.

13. Методика тимчасового обмеження активності неураженої кінцівки, або терапія примусового використання, включає обмеження використання здорової кінцівки під час тренування функції ураженої кінцівки. Це примусове залучення пошкодженої руки або ноги може допомогти поліпшити її функції. Оскільки пацієнти часто намагаються допомогти в роботі ураженою рукою, ця практика допомагає їм зосередитись на виконанні певної дії ураженою рукою.

14. Відновлення навиків самообслуговування передбачає перенавчання навиків чи оволодіння новими стратегіям догляду за собою (одягання, вмивання) чи за близькими (приготування їжі, прибирання) та проведення активного дозвілля й відпочинку (хобі, творчі заняття).

15. Адаптація оточуючого середовища чи помешкання — важлива складова для підвищення рівня безпеки та функціональної незалежності пацієнта з інсультом.

16. Кінезіологічне тейпування — накладання еластичної клейкої стрічки для зменшення набряку чи болю, а також для стимуляції активного руху в паретичних кінцівках.

17. Роботизовані технології — використовують автоматизовані пристрої, щоб допомогти ураженим кінцівкам у виконанні повторюваних рухів, допомагаючи відновленню сили і функції.

18. Віртуальна реальність — нова, комп'ютеризована терапія, що включає взаємодії з моделюванням середовища у реальному часі.

Не обов'язково використовувати лише один з вищеперечислених засобів, їх можна поєднувати і змінювати залежно від досягненої мети, враховуючи зміни симптомів, стан пацієнта та функціональну можливість.

Готуючи пацієнта до виписки зі стаціонару, ерготерапевт повинен бути впевнений, що хворий зможе обслуговувати себе вдома.

Для корекції психоемоційного стану проводяться бесіди з пацієнтами, акцентуючи увагу на самостійності та самообслуговуванні. Також позитивний вплив на пацієнтів має спілкування з особами, які перенесли інсульт раніше і перебували в цьому відділенні на другому етапі лікування та реабілітації. Вони діляться своїми переживаннями, своїм руховим досвідом, який здобули у процесі ранньої фізичної реабілітації, та демонструють навички самообслуговування, які дозволили їм стати незалежними від оточення.

Якщо пацієнти не в змозі самостійно виконувати якусь побутову діяльність, фахівці з ерготерапії допомагають їм облаштувати своє помешкання, для підвищення рівня безпеки, усунення бар'єрів, що сприятиме функціональній активності, наприклад пристосування ванної кімнати по потреб людини, яка користується інвалідним візком (установка поручнів) встановити додаткові поручні в туалеті, ванній кімнаті, коридорі, прибрати пороги, переставити меблі, створення адаптованих столових приборів для самостійного харчування, самообслуговування (прибирання, догляду за собою, використання альтернативного методу одягання сорочки, шкарпеток), тощо.

Після виписки зі стаціонару пацієнти знаходяться під наглядом ерготерапевта. В іноземній літературі зазначено, що з метою полегшення повернення пацієнта в домашні умови та соціум ерготерапевт виїжджає до пацієнта і з'ясовує, чи зможе хворий обслуговувати себе в домашніх умовах, інструктує опікунів чи родичів про можливі способи реорганізації саме їх індивідуального приміщення на запит пацієнта і його можливості. Для родичів/опікунів проводиться інструктаж про правильний догляд за пацієнтом з метою профілактики ускладнень: відлежин, застійних явищ у легенях, контрактур, а також як правильно переміщати і страхувати при переміщенні.

Отже, кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людині, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті.

— Віртуальна реальність — нова, комп'ютеризована терапія, що включає взаємодії з моделюванням середовища у реальному часі.

Отже, інсульт - синдром, що характеризується раптовим розвитком неврологічного дефіциту, який зберігається не менш, ніж 24 години і який

зумовлений вогнищевим ураженням центральної нервової системи внаслідок порушення мозкового кровообігу. На сьогодні стає основною соціально-медичною проблемою в неврології, посідає друге місце у структурі загальної смертності населення країни і часто супроводжується втратою тієї чи іншої функції або їх у комплексі.

Важливими завданнями фізичної терапії є покращення якості життя, повернення людини до звичайної діяльності, можливість не тільки самостійно обслуговувати себе, а й урізноманітнити своє дозвілля, і навіть почати працювати. У відновлені втрачених функцій пацієнта та поверненні його до соціуму ерготерапія відіграє ключову роль.

Тобто ерготерапія це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, спрямована на тренування дрібної моторики, координації, чутливості вона включає в себе знання з декількох спеціальностей - психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії, що є важливим при роботі з пацієнтами, які перенесли інсульт. За допомогою ерготерапії відновлюються і удосконалюються не тільки рухові, а й когнітивні й емоційні можливості.

Методи оцінки функцій у хворого після перенесеного інсульту.

Збір анамнезу. Умовно можна поділити на паспортну частину, скарги хворого, історію захворювання, розпитування про органах і системах, історію життя. Паспортна частина включає такі дані,як ПІБ, вік, стать, сімейний стан, адреса, контактний телефон, дата госпіталізації, освіта, професія, місце роботи, посада. Анамнез хвороби стосується скарг хворого, діагнозу, часу захворювання, відомостей про супутні захворювання. Також особливу роль відіграє соціальний анамнез, який проводиться з метою оцінки побутових можливостей хворого [32].(додаток А)

Оцінка амнестичних даних включає основні скарги, основні синдроми, відомості про уражену систему, характер пербігу захворювання, можливі причини.

Огляд. Проводиться з метою візуальної оцінки стану свідомості, психічного статусу, постави, патологічного положення сегментів кінцівок. За допомогою огляду можна виявити наявність набряків, шкірного висипу, зміни кольору шкіри тощо.

Пальпація. За допомогою пальпації визначають властивості тканин та органів: їхній стан, величину, форму, консистенцію, рухливість, топографічні співвідношення, а також зміни тонусу м'язів, виявляють зони підвищеної чутливості та болючості. Розрізняють поверхневу і глибоку пальпацію[34].

Гоніометрія. Вимірювання амплітуди руху у суглобах проводилось за допомогою спеціального приладу - гоніометра, який складається з двох плечей - рухомого і нерухомого, сполучених з вимірювальною шкалою, градуйованою від 0 до 360 або 180 градусів.

Вимірювання амплітуди руху виконують з визначеного нульового (вихідного) положення. Вісь гоніометра має накладатися поверх осі суглоба; стаціонарне (нерухоме) плече має розміщуватися паралельно до повздовжньої осі зафіксованого проксимального сегмента суглоба і має вказувати на віддалений кістковий виступ; рухоме – розташовується паралельно до дистального сегмента суглоба і також вказує на віддалений кістковий виступ.

При проведенні процедури вимірювання необхідно відкрити ділянку тіла, пояснити пацієнту процедуру обстеження, показати рух (спочатку на здоровій стороні), обстежити амплітуду на здоровій стороні, навчити пацієнта рухові на ураженій стороні і лише тоді починати вимірювання амплітуди. При двохсторонньому ураженні результати порівнюють з табличними даними [5].

Оцінка тонусу м'язів. Проводилась шляхом пальпації, встановлення пружності м'язів у положенні максимального розслаблення і виконанням пасивних рухів на згинання і розгинання в суглобі в середньому темпі (в такт годинниковому маятнику), визначенням супротиву до пасивного розтягу м'язу. Для оцінки тонусу м'язів нами використовувалась шкала спастичності Ашфорта.

Мануальне м'язове тестування. Використовується для оцінки сили мязів. Надає інформацію про силу м'язів та здатність пацієнта виконати активний рух кінцівкою чи її сегментом.

Дозволяє легко, але суб'єктивно оцінити скорочувальні структури. Пацієнт повинен знаходитись у стабільному положенні, суглоб у не щільно укладеному положенні. Необхідно стабілізувати проксимальний сегмент, протиставляючи силі пацієнта свою силу. Під час проведення мануального м'язового тестування реабілітолог має мати біомеханічну перевагу над пацієнтом. Зусилля прикладається до дистальної частини сегмента, зусилля збільшується та зменшується повільно.

Необхідно слідкувати за включенням в роботу додаткових м'язів які виконують функцію компенсації. Для вимірювання силових показників основних груп м'язів паретичних кінцівок використовувалась шестибальна шкала оцінки м'язової сили.

0 балів - Відсутність ознак напруження при спробі довільного руху; 1 бал - Відчуття напруження м’язів при спробі довільного руху; 2 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах розвантаження (пасивний рух); 3 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується; 4 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується та помірної протидії; 5 балів - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується з максимальною протидією.(додаток А)

Шкала спастичності Ашворта є загальноприйнятим доступним методом визначення підвищення тонусу мязів у відповідь на виконання пасивного руху, зазвичай, згинання чи розгинання сегменту. Шкала є шестибальною і заповнюється фізичним терапевтом в ході обстеження [6].(додаток Д)

Тонометрія. Аускультативний спосіб вимірювання артеріального тиску (АТ) за допомогою сфігмоманометра (тонометра) за методом Короткова. Використовується для визначення сили тиску крові на стінку артерій під час систоли та діастоли серцевого м’язу.

Пульсометрія. Спосіб оцінки функціонального стану системи кровообігу та організму в цілому, за допомогою визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС) або пульсу. Вимірюється при пальпації сонної або променевої артерії. Дає змогу контролювати реакції організму під час вертикалізації та фізичних навантажень.

Для встановлення інтенсивності тренувальних навантажень, ми визначали допустиме ЧСС за методом М.Карвонена. Для цього ми вираховували максимальне ЧСС за формулою: ЧСС макс = 190- вік (для хворих осіб). Тоді визначали індивідуальний резерв серця (ІРС) за формулою: ІРС = ЧСС максимальне - ЧСС у стані спокою. Потім визначали допустиму частоту серцевих скорочень відповідно до режиму:

- суворо - палатний режим - не визначали;
- палатний режим - 20% ІРС + ЧСС у стані спокою;
- **вільний режим** - 30-40% ІРС + ЧСС у стані спокою;
- щадний режим - 40-60% ІРС + ЧСС у стані спокою;
- щадно - тренуючий режим - 70-80% ІРС + ЧСС у стані спокою;
- тренуючий режим - 80-85% ІРС + ЧСС у стані спокою [29].

Обстеження чутливості. Порушення чутливості вказує на залучення до патологічного процесу кори головного мозку. З метою ефективності та безпеки проведення ФР ми обстежували тактильну і пропріоцептивну чутливість пацієнтів. Тестування проводили по ключових точках виходу шкірних нервів (дерматомах). Тестування больової і дотикової чутливості проводять у місцях виходу шкірних нервів на тілі, пацієнт повідомляв про свої відчуття реабілітологу. Пропріоцептивна чутливість тестувалась почерговим пасивним згинанням в суглобах з дистального до проксимального. Пацієнт повинен був назвати правильність напрямку руху кінцівки. Якщо відповідь була невірна це свідчило про порушення м’язово-суглобового відчуття. Для об’єктивності обстеження очі пацієнтів були закриті, тестована ділянка оголена. Розуміння пацієнтом вказівок реабілітолога та чіткість висловлювань самого реабілітолога були забезпечені. Чутливість оцінювалиу балах від 0 до 2: 0- відсутня (анестезія), 1- порушена (гіпо- або гіперстезія), 2-чутливість збережена [23]. Коли у пацієнта спостерігається сенсомоторна афазія тестування чутливості не проводять у зв'язку з порушенням сприйняття та відтворення інформації (НТ - не тестовано).

Оцінювання болю. До шкал оцінки болю, що набули найбільшого розповсюдження належать візуальна аналогова шкала болю (ВАШ). Шкала є у вигляді горизонтальної лінії довжиною 10-15 см. Початкова точка лінії означає відсутність болю, кінцева — нестерпний біль. Простота використання методу рангової шкальної оцінки дозволяє досить точно визначити кількісні характеристики болю і піддати їх математичній обробці [25].(додаток А6)

Тест Box and bloks. За допомогою цього тесту ми визначаємо рівень координації пацієнта. Для цього тесту потрібна коробка з 150 кубиками та перегородкою посередині ,що розташовується вздовж .

Пацієнт повинен сидіти в зручному положенні за столом на стільці , руки розміщує по обидві сторони коробки. Кубики повинні знаходитись на боці руки,яка тестується.

Пацієнт повинен взяти кубик з одної частини коробки і через перегородку перемістити його в іншу частину. Перед початком тестування даємо можливість спробувати перекласти кубик. Предмети можна переносити в будь-яку частину коробки. На виконання завдання дається 1 хвилина. Спочатку тестуємо здорову кінцівку, потім уражену. Після тестування ерготерапевт повинен порахувати кубики. Якщо пацієнт одночасно переносить два чи більшу

кількість кубиків, це слід зазначити і відняти від загальної кількості. Порівнюємо результати до терапії та після [49].

Методика обстеження **CHEDOKE – Mc MASTER Stroke** є зручною у користуванні та дозволяє отримати чітку картину про стан хворих з геміпарезом. В основу цієї методики ліг нейрофізіологічний підхід Сігне Брунстр (1950), яка описала природній перебіг одужання після інсульту і класифікувала типи рухів наявні у післяінсультних пацієнтів у стадії відновлення. Класифікація стадій відновлення базується на основі виникнення інсультних синергій. Синергія – просторово-часова послідовність роботи м'язів, які змушені працювати у поєднанні. (додаток Д1) Компоненти синергій або їх основи забезпечують виконання руху у суглобах з певною амплітудою. Деякі м'язи, а саме, великий грудний, пронатор передпліччя, згиначі кисті та пальців є деколи більш спастичні ніж їхні антагоністи.

Вихідні положення пацієнта для тестування активної амплітуди руху у плечовому та ліктьовому суглобах, сидячи на стільці без підлокітників, якщо не зможе сидячи у візку або лежачиу ліжку. Починаючи із стадії 3 тестування повинно бути детальним і виконувати його треба тільки у положенні сидячи. Для визначення стадії відновлення пацієнтів, що перенесли інсульт, тестують наступні показники : біль в плечі; постуральний контроль;(додаток А4) стадія відновлення рухових функцій верхньої кінцівки; стадія відновлення рухових функцій кисті(додаток А5); стадія відновлення рухових функцій нижньої кінцівки; стадія відновлення рухових функцій стопи; оцінка основних рухових навиків.

Кожний із показників оцінюється за 7 бальною шкалою. Після опрацювання отриманих даних, виводиться загальна ступінь відновлення хворих з геміпарезом [36].

Анкетування. Нами було проведено анкетування з метою визначення рівня самообслуговування пацієнтів, особистих цілей пацієнта щодо реабілітації, визначення когнітивних функцій і рівня емоційно – вольової сфери.(додаток А)

Контрольні тести для оцінки рухових розладів і неврологічна шкала оцінки якості реабілітації. Згідно з мінімальним набором тестів, рекомендованих для використання у реабілітаційних закладах для динамічної оцінки стану постінсультних хворих нами були використані такі шкали і тести (додаток):Шкала Інсульту Національного Інституту Здоров'я (National Institutes of Health Stroke Skale, чи NIH Stroke Skale); Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale); Шкала оцінки психічного стану (MOCA); Індекс активності повсякденного життя Бартела (Barthel ADL Index).

Шкала Інсульту, розроблена американським Національним Інститутом Здоров'я (NIH Stroke Skale), включає в себе пункти, які характеризують основні функції, котрі найчастіше порушуються внаслідок церебрального інсульту,такі як: рівень свідомості , відповіді на поставленні запитання , реакція на команди , парез погляду , поля зору, парез мімічних м'язів, рухові функції руки ,рухові функції ноги,чутливість,атаксія ,дизартрія,неуважність.

Максимальна кількість балів за шкалою складає 34 бали. Відповідно до цього, 0 - характеризує нормальний стан; від 3-8 балів – неврологічні

порушення легкого ступеня; від 9-12 балів - середнього ступеня; від 13-15 балів-тяжкі порушення; більше 15 балів — надто тяжкій стан.

Шкала має явну перевагу перед іншими, тому що на її заповнення необхідно не більше 5-10 хвилин, вона враховує необхідність всестороннього обстеження неврологічного статусу, дозволяє реєструвати динаміку стану пацієнта. Надійність, інформативність і простота використання шкали є науково обґрунтованими [34]. (додаток А2)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale) використовувалась для оцінки психоемоційного стану хворих після перенесеного ішемічного інсульту. Шкала складається із 14 запитань. Непарні питання (1, 3, 5, 7, 9, 11) складають підшкалу тривоги, а парні (2, 4,6, 8, 10, 12, 14) - підшкалу депресії. На кожне питання є чотири варіанти відповіді, які відображають вираженість ознак і кодуються відповідно до наростання важкості симптомів від 0 (відсутні) до 3 (максимально виражені).

Суму балів підраховується окремо для підшкали тривоги і для підшкали депресії. Виділяють такі межі суми балів для кожної шкали: 0-7 балів - норма; 8-10 балів - субклінічно виражена тривога чи депресія; 11 балів і більше - клінічно виражена тривога чи депресія [18]. (додаток А3)

Індекс активності повсякденного життя Бартела (Barthel ADL Index) використовувався з метою визначення незалежності пацієнтів у повсякденному житті, здатності до самообслуговування і потреби у сторонньої допомоги. Оцінку рівня побутової активності ми проводили за сумою балів, визначених у хворих за кожним із розділів тесту. Кожний з пунктів оцінювався у 0, 5, 10 чи 15 балів, і виражав залежність від оточуючих і необхідність у сторонній допомозі. Оцінювались такі пункти, як: прийом їжі, прийом ванни, персональна гігієна (чищення зубів, маніпуляція із зубними протезами, розчісування, гоління, вмивання), одягання, контроль дефекації, контроль сечовипускання, користування туалетом (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету), переміщення (з ліжка на крісло і назад), здатність до пересування по рівній площині (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби), подолання сходів. Результати тесту оцінюються за сумарною оцінкою: 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. (додаток А4)

Монреальський Когнітивний Тест (МоСА) був розроблений як швидкий інструмент для визначення помірної когнітивної дисфункції. Він оцінює різні когнітивні аспекти: увагу й концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Час виконання МоСА тесту приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат - 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма [32]. (додаток Е)

Бесіда. Після обстеження пацієнта проводимо бесіду з родичами чи опікунами, з метою подальшої співпраці і навчання, визначенні мотивації і психо - емоційного стану пацієнта, отримання суб'єктивної інформації про стан пацієнта.

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №8

Ерготерапевтичне оцінювання пацієнтів із порушенням когнітивних функцій

План лекції.

1. Поняття про когнітивні порушення, когнітивна реабілітація
2. Принципи та фактори,що впливають на обстеження когнітивних функцій
3. Методи обстеження.Тести.Шкали

Лекцію підготувала викладач Гавалко Ірина Василівна

Тривалість лекції – 2 академічні години.

1. Поняття про когнітивні порушення, когнітивна реабілітація

Когнітивні порушення – це суб'єктивне чи/і об'єктивне погіршення когнітивних функцій в порівнянні з вихідним індивідуальним чи середнім віковим і освітнім рівнями внаслідок ураження головного мозку, що впливає на ефективність навчання, професійної, побутової і соціальної діяльності. Під когнітивними функціями розуміють найбільш складні функції головного мозку (пам'ять, гнозис, мовлення, праксис, інтелект), за допомогою яких здійснюється процес раціонального пізнання світу і забезпечується цілеспрямована взаємодія з ним.Пам'ять – це здатність головного мозку засвоювати, зберігати та відтворювати необхідну для поточної діяльності інформацію. Функція пам'яті пов'язана з діяльністю всього головного мозку в цілому, але особливе значення у процесі запам'ятовування поточної інформації мають структури гіпокампу. Під гнозисом розуміють функцію сприйняття інформації, її обробки та синтезу елементарних сеснорнихвідчуттів у цілістні образи. Первинні порушення гнозису (агнозії) розвиваються при патології задніх відділів кори головного мозку, а саме скроневої, тім'яної та потиличної часток. Мовлення – це здатність обмінюватись інформацією за допомогою висловлювань. Порушення мовлення (афазії) найчастіше розвиваються при патології лобних чи скронево-тім'яних відділів головного мозку. При цьому ураження скронево-тім'яних ділянок призводить до різного роду розладів розуміння мови, а при патології лобних

часток первинно порушується здатність виражати думки за допомогою висловлювань. Праксис – це здатність набувати, зберігати та використовувати різноманітні рухові навики. Апраксії найчастіше розвиваються при патології лобних часток (порушується здатність побудови рухової програми) та тім'яних часток (неправильне використання частин тіла у процесі рухового акту при збереженій здатності до побудови рухової програми). Інтелект – це здатність зіставляти інформацію, знаходити спільне і відмінне, формувати судження та умовиводи. Інтелектуальні здібності забезпечуються інтегрованою діяльністю головного мозку в цілому.

Визначення реабілітації когнітивних функцій

Реабілітація когнітивних функцій − це систематично та функціонально орієнтована сукупність терапевтичних видів діяльності, які засновані на оцінюванні та розумінні поведінкових дефіцитів мозку людини (Academy of Rehabilitation Medicine, 1992).

Куліштяк визначає реабілітацію когнітивних функцій у більш широкому значенні цього слова як функціональну адаптацію людини з пошкодженням головного мозку до повсякденної діяльності (самообслуговування, проведення дозвілля, рекреаційна діяльність, виконання професійної діяльності у повній, або ж адаптованій мірі, а також виконання інших соціальних і приватних функцій). Цей погляд є дуже близьким для ерготерапії.

У вужчому сенсі когнітивним ретренуванням (реабілітацією, тренуванням, відновленням вищих психічних функцій) розуміємо систематичні зусилля, спрямовані на покращення дефіцитів мозку, які на деяких рівнях порушують обробку інформації, що приходить у мозок зсередини і ззовні організму (Куліштяк, 2003).

Ціль реабілітації когнітивних функцій

Ціль охоплює відновлені функції, які були втрачені або порушені внаслідок пошкодження мозку. Ціль полягає у тому, щоб лікувати «реальну людину» у «реальному світі». У першу чергу реабілітацією когнітивних функцій займаються клінічний психолог і нейропсихолог. Основний обсяг їхньої роботи стосується, перш за все, діагностики, яка, завдяки початку застосування методів візуалізації, повільно відступає на задній план. У сфері розробки плану лікування, його оцінки та регулярного контролю особа клінічного психолога незамінна.

Власне регулярне проведення терапії у світі часто забезпечують інші професії зі сфери охорони здоров'я з відповідною освітою (наприклад, спеціальні педагоги, клінічні логопеди, ерготерапевти). Ерготерапевти є відповідними особами для проведення реабілітації когнітивних функцій, тому що сприймають пацієнта цілісно (сутність професії ерготерапевта базується на цілісному погляді на людину), а в обстеженні та терапії вони, перш за все,

зосереджуються на функціональних видах діяльності, які пацієнти не здатні самостійно виконувати через порушення когнітивних функцій.

Метою ерготерапії є досягнення максимальної самодостатності та незалежності людини у заняттєвій активності (у домашньому, робочому та соціальному середовищі).

у
У пацієнтів після пошкодження мозку щоденна рутина, обов’язкова для виконання активність повсякденного життя часто забута, і пацієнти мають проблеми з виконанням автоматизованих раніше рухів і з плануванням повсякденної діяльності. У такому випадку рутинна повсякденна заняттєва активність являє собою нездоланну проблему не тільки для пацієнта, але й для сім'ї та всього його оточення.

Можливості реалізації ерготерапевта у сфері реабілітації когнітивних функцій є досить широкими і фокусуються переважно на окремих повсякденних діях й активності, в якій проявляється вплив порушення основних когнітивних функцій. Одна заняттєва активність може вимагати функціонування кількох когнітивних систем. Наприклад, похід за покупками передбачає ініціювання дії, планування, запам'ятовування окремих пунктів переліку покупок, орієнтацію у приміщенні магазину, пригадування пунктів зі списку покупок і реалізацію покупки. Кожен окремий акт у цій заняттєвій активності має різні когнітивні вимоги, а також спосіб та обрані стратегії є дуже індивідуальними для кожної людини.

Ерготерапевт також використовує у своїй роботі взаємодію між пацієнтом, здійснює аналіз заняттєої активності, та середовища. Пацієнт певним способом реагує на середовище в залежності від стану захворювання й особистих уподобань. Середовище може бути для пацієнта як стимулюючим, так і обмежуючим.

Ерготерапевт повинен вміти аналізувати кожну нову ситуацію, а також бути здатним відповідним способом пристосувати середовище. Зміни у середовищі є часто просто необхідні в процесі одужання пацієнта. Пацієнт так вчиться реагувати на ці зміни та відповідним чином коригувати свою поведінку. Пацієнт або терапевт часто так може застосувати нову стратегію в терапії когнітивних функцій.

Не в останню чергу ерготерапевт пропонує підтримку в рамках своєї терапії, причому не тільки пацієнтові, але й його сім'ї. Не слід забувати про те, що мова йде про відносно великі проблеми пацієнта та його сім'ї, які іноді важко розпізнати, і які викликають також різну реакцію оточення. Для пацієнта важливо спочатку вимежувати його проблеми та знайти основні ресурси, якими пацієнт може користуватися при терапії. Цим ерготерапевт допомагає пацієнтові прийняти дану ситуацію та впоратися з його інвалідністю.

2. Принципи та фактори,що впливають на обстеження когнітивних функцій. Загальні принципи обстеження когнітивних функцій

Покладатися на клінічне мислення.

Спостереження часто більш важливі, ніж результат тестування в балах.

Враховувати важливість особистого анамнезу.

Оцінювати динаміку сім’ї та соціальних стрес-факторів.

Очікувати мінливість.

Фактори, що впливають на обстеження та терапію когнітивних функцій

Мова йде про мінливі фактори з точки зору:

пацієнта (вік, мотивація/афект, преморбідна особистість, стан пам'яті та навчання перед хворобою, медикаментозна терапія)

пам’яті (розпізнавання, простір, часовий погляд, контекст, асоціація, амнезія)

завдання (інтеграція інформації, обстеження, тривалість завдання, рухова складова завдання, комплексність, швидкість, сприйняття, значимість)

Оцінювання прогресу терапії

Оцінювання прогресу терапії охоплює наступні пункти:

самооцінку пацієнта

оцінку з боку інших пацієнтів (наприклад, у групі, під час регулярних щотижневих,щомісячних зустрічей)

опитування членів сім’ї й опікунів (наприклад, у формі анкети, інтерв'ю) самостійність при використанні відповідних стратегій (з одного боку старих стратегій,

які вже використовувалися пацієнтом перед хворобою, а також нових, яким він навчився під час терапії)

підвищений рівень усвідомлення

подолання ситуацій у повсякденному житті

При розробці плану втручання для когнітивних функцій ерготерапевт базується на результатах **психологічного (або логопедичного) обстеження,** але одночасно використовує й свої **власні діагностичні процедури,** які, безумовно, краще відповідають потребам професії.

Оцінюівання є частиною всіх етапів процесу лікування, від початкових етапів спостереження до оцінки результатів лікування.

Вступна розмова з пацієнтом та його сім'єю приносить подальше уточнення і доповнення медичного й психологічного обстеження. На підставі розмови ерготерапевт може з'ясувати мотивацію пацієнта до певної заняттєвої активності, наприклад, зі сфери продуктивної діяльності або дозвілля (за інтересами чи спорту). Потім він далі суб'єктивно оцінює його здібності та можливі недоліки, які пацієнт сам усвідомлює та які перешкоджають йому у виконанні обраної діяльності. Терапевт також може обговорити у розмові з пацієнтом та його сім'єю різні стратегії, які пацієнт використовує, щоб подолати певний дефіцит тощо. Одночасно можна також визначити погляд пацієнта на його ситуацію.

При обстеженні когнітивних функцій ерготерапевт може обрати один з двох підходів: **підхід знизу − вверх (bottom – up)** оцінювання окремих когнітивних функцій (пам'ять, увага, просторове сприйняття і под.)

підхід зверху − вниз (top − down) – використання цілеспрямованої та значущої заняттєвої активності, коли терапевт структуровано спостерігає за пацієнтом, який виконує певне заняття. Вибір підходу завжди залежить від можливостей ерготерапевта та стану здоров'я пацієнта.

Аналіз заняттєвої активності

Основним методо оцінювання та втручання в ерготерапії є аналіз заняттєвої активності, що означає розподіл завдання на окремі етапи й оцінку їх терапевтичного потенціалу. У більшості випадків погіршене виконання завдання легко визначається на підставі спостереження, якщо труднощі викликані проблемами в області моторики, але когнітивні або пізнавальні проблеми часто приховані. Включення аналізу перцептивних і когнітивних складових кожного заняття у загальне функціональне оцінювання залежить від того, наскільки ерготерапевт розуміє проблематику відновлення когнітивних функцій.

Вибір часу проведення аналізу заняттєвої активності

для виявлення складності обраного заняття, його терапевтичного потенціалу

для «фазування» заняттєвої активності (визначить, з якою фазою пацієнт впорається самостійно, або з допомогою)

для визначення стратегій, які пацієнт обирає для виконання заняттєвої активності, або її частини

для можливості підвищення складності заняття

Аналіз заняттєвої активності охоплює широкий спектр дій з області самодогляду (персональної та інструментальної активності повсякденного життя (ADL та IADL), продуктивної діяльності чи дозвілля.
Існує кілька загальних когнітивних вимог, які є необхідними для кожної заняттєвої активності:

- орієнтація та планування на початку заняття
- вирішення проблем і спостереження протягом заняття
- впорядкування дій − послідовність заняття й оцінювання виконаного завдання

Необхідно усвідомлювати, що при виконанні деяких видів повсякденної діяльності та робочих завдань існує більше можливостей впорядкування окремих етапів. Тому слід враховувати попередні звички конкретного пацієнта. Наприклад, при одяганні пацієнт може починати з майки, білизни або шкарпеток.

Оцінювання зорового сприйняття не може відбутися до моменту, коли пацієнт буде здатний реагувати на стимул комплексно, а не генералізовано та локалізовано. Тобто ерготерапевт скоріше спостерігає за спонтанними рухами. Нездатність перетину серединної осі, ігнорування кінцівки, далі некоординовані рухи у просторі можуть свідчити про зорове та просторове порушення або про порушення схеми тіла. Протягом тренування ADL ерготерапевт може побачити також порушення схеми тіла, апраксію, порушення зорово-рухової інтеграції.

Специфічні тести для оцінювання перцепції проводять тільки у більш пізній період, коли пацієнт здатний зберігати увагу та достатньо зрозуміти інструкції тесту.

Оцінювання когнітивних функцій

На початку захворювання ерготерапевт може тільки спостерігати відсутні або порушені когнітивні здібності, наприклад, погіршену орієнтацію, концентрацію уваги, дефіцит пам'яті, планування, рівень спонтанної поведінки.
У пацієнтів після пошкодження мозку також часто виникають порушення в афективній області. Можна спостерігати часті зміни настрою, плаксивість, емоційні прояви, депресію або агресивну поведінку пацієнта. Рекомендується звертати увагу на цю область вже з самого початку й обговорити цілковиту всю проблему в рамках міжпрофесійного колективу. Потім ерготерапевт може за допомогою аналізу заняттєвої активності запропонувати іншу стратегію або середовище таким чином, щоб досягти полегшення симптомів пацієнта в цій області.

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії
Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ №9

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

Мета, завдання програми і етапи ерготерапевтичного втручання при ДЦП.

Лекцію підготувала викладач Гавалко І.В.

Тривалість лекції – 4 академічні години.

Ерготерапія добре зарекомендуваля себе для реабілітації дітей із ДЦП, синдромом Дауна, аутизмом, затримкою психомоторного розвитку і іншими захворюваннями. На заняття до ерготерапевта також приходять діти, після перенесених інсультів.

Щоденне життя складається з багатьох завдань та дій.У дітей основні завдання це: самообслуговування (харчування, туалет, одягання), продуктивність (відвідування навчальних закладів, школа садок, гуртки) та відпочинок (гра, улюблені заняття та хобі).

У результаті занять з ерготерапії дитина повинна досягти максимальної самостійності у своїй діяльності — підвищити навички самообслуговування, стати більш соціально активною, отримати можливість реалізовувати свій потенціал.Для когось це може бути здатність повністю одягнути себе, піти до туалету, вчитися в колективі, а для когось великим досягненням стане можливість просто утримувати ложку. Усе це дуже індивідуально.

Допомога дітям із затримками розвитку вивчає щоденні завдання (наприклад, купання, одягання, чищення зубів та самостійне харчування).

Передусім, ерготерапевт має зрозуміти, які обмеження і як впливають на якість життя пацієнта, яка діяльність страждає. Ерготерапевт опитує оточення пацієнта про його соціальну взаємодію, умови проживання та навчання. Завдяки виявленню проблем і ресурсів пацієнта, фахівець будує програму реабілітації у такий спосіб, щоби вивести дитину на її максимальний рівень функціонування, самостійності в тій чи іншій сфері діяльності.

Ерготерапевт аналізує та працює над такими показниками, як сила, увага, координація, організація та самообслуговування.

Ерготерапія може також містити внесення змін у навколишнє середовище дитини, наприклад, її школу чи будинок, щоби допомогти дитині бути більш незалежною.

1.**Ерготерапія дітей з ДЦП**

Ерготерапія дітей з ДЦП спрямовується на розвиток побутових навичок та соціальної взаємодії за допомогою занять (activity) та завдань (task), враховуючи вікові особливості дітей.

Мета ерготерапії: досягнення максимального рівня заняттєвої активності та самостійності у повсякденному житті.

Завдання ерготерапії:

- сприяти формуванню соціально-побутової культури - розширити у дітей знання про активність повсякденного життя, інструментальну активність, підвищити рівень самообслуговування;- розвивати процесуальні уміння та навички;
- сприяти формуванню умінь та навичок соціальної взаємодії та умінь колективної праці, а також самостійність, відповідальність та наполегливість.

Блок ерготерапевтичних втручань включав **цілеспрямовану терапію**, відповідно до якої розвиток й самоактуалізація особистості дитини відбувається за рахунок суспільно корисної змістовної діяльності.

Цілеспрямована терапія (або цілеспрямована функціональна терапія; цілеспрямована терапія на підставі активності), вимагає першочергового заняттєвого аналізу (activity analysis), аналізу завдання (task analysis), середовища виконання та вимог до заняття (activity demands) і можливостей дитини. Стосовно можливості модифікації, то адаптувати середовище і корегувати структуру завдання легше, ніж особливості і здібності дитини. Пристосування середовища і завдань сприяє покращенню ефективності виконання і загалом реабілітаційного процесу.

При проведенні занять зверталася увага на:

- налаштованість дитини на дію, наявність інтересу (навчатися краще при наявності заінтересованості у дитини у певній діяльності, наприклад вчити самостійно їсти – на початку прийому їжі, коли дитина голодна, а не у кінці, коли дитина наїлася;
- навчати слід потроху – сум та протест вимагають негайного завершення заняття, боротьба у навчанні не допомагає;
- навчання з останніх елементів – рух виконується з допомогою, а останній елемент самостійно. Пізніше самостійність додається на передостанньому етапі, і так далі, що покращує впевненість і стимулює дитину виконувати рух до кінця, повертатися до освоєних рухів;
- поєднання гри з дисципліною;
- змінна фахівців для попередження прихильності до певних обставин чи людей.

Щодо особливостей цілеспрямованих тренувань (GDT) можна відзначити, що вони певними характеристиками схожі на методику SMART цілей. Основні характеристики GDT: активність пов'язується з цілями (цілі дітей/сімей, реалістичні і можливі); визначаються фактори, що лімітують (зі сторони дитини, навколишнього середовища, сама ціль); увага на характеристики результату і причини для внесення відповідних корекцій у завданні чи навколишнє середовище [36].

Програма занять цілеспрямованою терапією спрямовувалася на:

1.активність повсякденного життя (самообслуговування та особистої гігієни);

2.інструментальна активність повсякденного життя (господарсько-побутову допомогу/працю);

3.діяльність, що пов'язана з відпочинком та хобі.

Для формування цих аспектів заняттєвої активності використовувався спеціальний інвентар та приміщення (чи зони): меблі, посуд та господарський інвентар; спеціально обладнані кімнати (кухня, ванна кімната, туалетна кімната, роздягальня); зручні робочі місця, зразки робіт, дитячі набори матеріалів та інструментів для творчості, природний матеріал [36].

Завдання ерготерапії щодо активності повсякденного життя включали:

- сприяти формуванню навички самостійного прийому їжі з аспектом користування столовими приборами і столового етикету (зокрема їсти ложкою, пити з чашки);
- сприяти формуванню навичок індивідуальної гігієни (миття рук, обличчя, витирання рушником, користування носовою хустинкою, чищення зубів);
- сприяти формуванню навичок одягання та роздягання (рукавиці, спідниця, сукня, штани, колготки, шапку, взуття,);
- сприяти формуванню навичок користуватися туалетом;
- сприяти формуванню навичок користування вмикачами світла, дверними замками та защіпками, телефоном.

У навчанні навичкам прийому їжі використовувались ложки зі спеціальними формою та ручками; столи і стільці відповідного розміру; підставки для опори ногами; еластичні трубочки, чашку з двома ручками, звичайна чашка для поступового підвищення складності. Таким чином формувалися способи захвату і втримання ємностей, пиття з них. Окрім того формувався зв'язок між прийомом їжі та миттям рук до і після, користуванням хустинкою [36].

Зверталася увага на наступні аспекти правильного користування ложкою:

- не слід застосовувати занадто глибокі та загострені ложки;
- відсутність скреготіння ложкою по верхнім зубам та губі;
- при триманні ложки великий палець проходить з низу ложки;

- ложка виконує разом з кистю поворот назовні при піднесенні до рота;
- слідкувати щоб язик був у ротовій порожнині після закриття рота.

Піднесення стакану також, як і ложки, здійснювалося з переду, а голова та тулуб були трохи нахиленими вперед. Вважалося неправильним піднесення чашки згори, оскільки це викликає відхилення тулуба назад та екстензію шиї. Також для попередження надмірної екстензії шиї застосовувалися спеціальні чашки з виїмкою для носа, що дозволяло пити нахиляючи стакан але не задирати голову назад. Умовами правильного пиття є зачинений рот, а губи охоплюють край чашки. Поїльники з носиком не застосовувалися, оскільки вони призводять до значного полегшення і повернення примітивного способу пиття [36].

Щодо особливостей покращення самостійного прийому їжі у дітей з диплегічною формою, то зверталася увага на положення й баланс сидячи. А у дітей з геміплегічною формою на наявність активності і зосередженості зору на одній руці, що викликало неправильне положення та асоціативні рухи. За необхідності здійснювалося притримання за плечі, натиснення на груди (для стимуляції правильного положення голови). Допомога у подоланні асиметричного характеру рухів проходила у вигляді позиціонування вільної руки: покласти на столі чи під ним, поперек живота, кисть ротована назовні [36].

Але не слід змушувати користуватися спастичною кінцівкою до часу гарного користування здоровою. Стосовно спастичної руки, то у першу чергудитину навчали втримувати виделку та наколювати їжу (вказівний палець випрямлений, інші зігнуті).

Процес миття рук, зокрема, при вивченні розділявся на наступні завдання та дії:

- відкривання крану;
- брати мило (натискати на дозатор і підставляння руки під порцію мила якщо воно рідке);
- намилювання рук;
- покласти мило назад (якщо користувалися твердим милом);
- миття рук і змивання мила;
- взяти рушник;
- витирання рук;
- вішання рушника на місце.

Таким чином індивідуальні смарт цілі для миття рук формувалися на основі наступних формулювань:

- навчитися утримувати долоні щоб помити;
- навчитися розтирати руки разом, щоб помити їх;
- навчитися включати і виключати воду, використовувати мило;
- навчитися ретельно мити руки;
- навчитися ретельно витирати руки.

Більшість елементів цього процесу у певному вигляді тренувалися при унімануальних чи бімануальних завданнях фізичної терапії, а також виконувалися у інших завданнях цілеспрямованої терапії. Таким чином дитина покращували конкретні навички та навчалася застосовувати їх з інших вихідних положень та у іншій послідовності. Тобто значна роль віддавалася використанню вже готових рухових навичок.

Головним у навчанні було розділення занять на невеликі кроки, котрі не були вищими за можливості дитини і які було значно легше подолати самостійно. Тобто проведення аналізу завдання (taskanalysis). Формування цієї навички індивідуальної гігієни починалося з найлегших елементів –

підкотити (підтягнути) рукава, змочити руки, потерти долоні. Згодом додавалися відкривання й закривання кранів, використання мила і рушника, вмивання, користування гребінцем [36].

З додаткового інвентарю для формування вміння самостійно мити руки й умиватися біля високої (для дитини) раковини, використовувався табурет з метою підвищення стійкості і надання змоги спиратися тазом на його спинку. Дитяче дзеркало у ванній кімнаті було розташоване на відповідній зросту дитини висоті.

При необхідності покращити увагу дитини і зосередитися не на багатьох речах і діях, як це може статися у ванній кімнаті, практикувалося навчання миттю рук з використанням ємкості з водою, а також більш легкого вихідного положення, наприклад сидячи.

У завданнях пов’язаній з миттям тіла та обличчя індивідуальні смарт цілі складалися на основі наступних формулювань:

- навчитися мити певну частину тіла;
- ретельно мити тіло;
- ретельно витирати тіло;
- використовувати мило, а також губку при потребі;
- ретельно вмивати та витирати обличчя.

Враховувалась також необхідність покращення мобільності у ванні. Ерготерапевтичне втручання також було спрямоване на формування можливостей сидіти у ванні при підтримці спеціального обладнання чи опікуна; сидіти без підтримки та рухатися у ванні; забиратися та вибиратися з ванни; вставати та сідати у ванні; забиратися та вибиратися з ванни дорослих розмірів.

Процес догляду за порожниною рота (чищення зубів) розділявся на наступні завдання та дії: відкрити рот для чищення зубів; утримувати зубну щітку; чищення зубів (з варіацією у ретельності); підготовка зубної щітки.

Самостійність у догляді за волоссям формувалася з утримання голови під час розчісування волосся, піднесення щітки чи гребінця до волосся,

розчісування волосся гребінцем чи щіткою, навичками розділення чи зав'язування волосся.

З метою ліпшого формування навичок користування туалетом, кімната облаштовувалася спеціальними ручками, що були прикріплені до бічної стіни і

допомагали переходити у положення сидячи та стоячи, стійкою підставкою для опори під ноги та різними сидіннями для унітазу, що знімаються. Важливо щоб дитина могла самостійно дістати туалетний папір, а ручка чи кнопка змиву води була пристосована до можливостей дитини [36].

Відпрацювання рухів при користуванні туалетом та, відповідно, встановлення індивідуальних цілей відбувалося за наступними критеріями:

- допомога (чи самостійно) під час роздягання/одягання в туалеті;
- навичка витирати себе після туалету;
- навички сідати на туалет, користуватися туалетним папером і спускати воду в туалеті;
- самостійно дістається ванної кімнати.

У деяких випадках завдання могли доповнюватися потребою формування можливостей дитини інформувати доглядаючого про змоклий підгузок чи тренувальні труси; про потребу у переодяганні; про потребу в сечовипусканні чи використанні туалету (у т.ч. завчасно для подолання шляху до туалету).

Ерготерапевтичні втручання також були спрямовані на покращення мобільності у туалеті, а саме формування можливості сидіти з допомогою додаткового спорядження чи опікуна, сидіти без підтримки на туалеті, сідати та вставати з низького туалету чи горщика, туалету дорослих розмірів (використовуючи обидві руки чи без підтримки обох рук).

Навички самостійного роздягання формувалися початково з одягом без ґудзиків, блискавок й інших застібок (шапка, футболка, светр, рукавиці). Як і інші види діяльності, одягання та роздягання є складними, навіть одними з найскладніших, для дітей з ДЦП, оскілки вимагають втримання рівноваги,

гарну зорово-моторну координацію, вміння дотягуватися до об’єкта, брати та випускати, фіксувати положення рук, гарної дрібної моторики [36].

Індивідуальні смарт завдання формувалися виходячи з рівня наявних вмінь та складності маніпуляцій. Основою формулювань смарт цілей були наступні активності:

- допомагати, просовувати руку в рукав;
- знімати з себе сорочку чи светр без застібок;
- вдягати сорочку, сукню або светр (без застібання);
- вдягати і знімати одяг, який застібається спереду (без використання застібок (кнопки, ґудзики));
- вдягати і знімати одяг, який застібається спереду (з використанням застібок).

Окрім того у процесі формування навичок вдягати й знімати одяг за необхідності формувалися у дитини поняття про сторони та частини одягу (передня чи задня, верх чи низ) [36].

Загальні правила при навчанні дитини навичкам одягати та знімати одяг [36]:

- підбір оптимальної позиції для зниження спастичності та неконтрольованих рухів;

- намагатися підтримувати симетричність позиції дитини на початку та у процесі;
-положення дитини має бути зручним для фахівця (висота, нахил поверхні) й безпечним для дитини;
- максимальна участь дитини у доступних рухах.

Таким чином у заняттях з елементами одягання і зняття одягу завдання спрямовувалися не лише на самостійність, а й на створення умов та можливостей дитини допомагати дорослому одягати себе, оскільки це також покращує активність дитини. Так краще одягати дитину з тенденцією вигинати тіло (лежачи на спині) на нахиленій поверхні з головою на верхньому краю. При одяганні у положенні сидячи на колінах ерготерапевта дотримувалася необхідність правильної позиції дитини (зігнуті кульшові суглоби, ноги трохи розведені) та стійкості.

Для надання правильного положення рукам та загалом тілу при згинальній позиції сидячи (у плечових суглобах внутрішня ротація, руки притиснуті до тулуба, ноги не достатньо зігнуті, спина кругла) виконувався наступний прийом: взяти дитину за руки з зовнішньої сторони ліктів і над ними; підняти й повернути назовні руки одним обережним рухом, підтягуючи (руки вперед) дитину до себе – для випрямлення спини, підняття голови, кращого згинання ніг та більш функціональної позиції рук. Це дозволяло правильно вдягати рукав і формувати правильний навик [36].

При неможливості дитини підтримувати рівновагу сидячи (на підлозі чи стільці) та одночасно виконувати маніпуляції руками при одяганні/роздяганні, використовувалися прийоми для надання кращої стійкості у вигляді підтримки точок кульшових суглобів, стегон, колін чи стоп. Де і з якою силою підтримувати дитину залежить від її здатності контролювати положення тіла.

Відзначимо, що підтримка за таз чи кульшові суглоби дає можливість дитині зігнути кульшові суглоби і нахилитися вперед з прямою спиною. У положенні сидячи на підлозі підтримка за стегно для переносу ваги на однойменну сідницю надає можливість кращим чином підняти іншу ногу та натягнути носок. У положенні на сидячи на стільці при вдяганні одежі на руки можливий підйом ніг від підлоги, для попередження цього дитина підтримувалася за коліна чи щиколотки.

Використовувався спосіб самостійної підтримки рівноваги при одяганні/роздяганні за допомогою стільця. Так, дитина сідала обличчям до спинки зі спущеними ногами вниз під спинкою на опору (підставку), а руками вона почергово підтримувала рівновагу при відпрацюванні навичок з одягом для верхньої частини тіла.

Положення у котрому найбільш зручно вчитися вдягатися визначалося тим наскільки стійко сидить дитина та и як гарно вона підтримує рівновагу.

При поганій здатності підтримувати рівновагу у положенні сидячи застосовувався також варіант одягання/роздягання у положенні лежачи, сидячи під стінкою чи у кутку. Зокрема використовувалися положення лежачи на боці

та мостик для вдягання штанів. Положення сидячи під стінкою чи у кутку застосовувалися при вдяганні шкарпеток, штанів, взуття [36].

Навчання дитини навичкам маніпуляцій зі штанами відбувалося у наступних основних етапах: допомога у просовуванні ноги через штанину; зняття штанів з еластичною талією (на гумці); вдягання штанів з еластичною талією (на гумці); зняття штанів, включаючи розстібання; вдягання штанів (включаючи застібання).

Активність у маніпуляціях зі взуттям та шкарпетками формувалася за схожими загальними етапами: знімання шкарпеток та розв'язування взуття; взування розстібнутого взуття (допустимо не на необхідну ногу); вдягання шкарпеток; взування взуття на правильну ногу (справляється із застібками-липучками); зав'язування шнурків.

Для максимальної самостійності у надяганні та знятті одягу необхідні наступні умови та навички:

- сидіти без підтримки зі спущеними ногами на підлогу рівно;
- повну амплітуду руху у кульшовому суглобі;
- підтримувати гарний зоровий контроль власних рухів;
- підтримувати рівновагу при рухах руками (руки вгору, стопи на підлозі);
- стабільність плечового поясу для можливості виконання рухів руками;
- дрібна моторика.

Маніпуляції з ґудзиками, блискавками, засобами фіксації взуття тренувалися на одязі спеціальних ляльок чи ерготерапевті, стендах з ґудзиками та застібками. Спочатку використовувалися великі ґудзики та інші застібки. Освоювалося використання зручних за висотою вішалки, шафи.

Покращення здатності планувати алгоритм дій при цій діяльності відбувалося з застосуванням ігор.

Навчання дитини навичкам маніпуляцій з застібками проходило наступні етапи:

- намагається допомогти із застібками;
- застібає/розстібає, але не розділяє/з'єднує замок;
- застібає і розстібає кнопки;
- застібає і розстібає ґудзики;
- застібає/розстібає та розділяє/з'єднує замок.

Ерготерапевт забезпечує достатній рівень пояснень стосовно значимості навичок самообслуговування, ергономічних способів вирішення задач, формує уявлення на власному прикладі (демонстрація) та спільному виконанні, створює ситуації формування охайності, емоційно-естетичної чутливості, критерії оцінки результату. Що відповідає етапам розвитку побутових умінь у таких дітей: формування мотивації (інтересу, потреб, відповідальності) і ціннісного ставлення до навичок самообслуговування і самореалізації; утворення системи знань і уявлень; перенесення теоретичних знань на використання у практиці [36].

Загалом, як і при вирішенні завдань стосовно самообслуговування, так і інших спрямувань ерготерапії, дії ерготерапевта мали елементи (показати, підштовхнути до дії своєю допомогою, підбадьорити, почекати, похвалити за старання), що періодично повторювалися [36].

Для успішного формування навичок самообслуговування уникалися елементи зайвих розваг під час їжі та умивання, нераціональне подовження часу, що був виділений на процедури самообслуговування.

При наявності у дитини бажання робити все самостійно в силу своїх можливостей, ерготерапевт надавав лише необхідну допомогу, і ніколи не виконував замість дитини рухи, що були вже освоєні. Реабілітанту показувалося, що саме він має зробити, й за необхідності допомагати через рухи його рук та тіла [36].

Завдання ерготерапії щодо інструментальної активності повсякденного життя були спрямовані на оволодіння навичками та вміннями, що були необхідні для можливості [36]:

- участі у підтримані чистоти кабінетів;
- участі при підтримані порядку у іграшках, розташуванні меблів (зокрема іграшкових), чистоти посуду;
- участі у організації запланованих занять та діяльності відповідно до розкладу (підготування інвентарю та матеріалів для занять, прийому їжі, їх розкладання, ложки, помити тарілки тощо);
- участі у догляді за рослинами (поливання, зміна розташування, пересаджування);
- участі у приготуванні їжі, розкладання та миття продуктів.

Зі сторони ерготерапевта забезпечувалося: якісні пояснення про вагомість господарсько-побутової праці у суспільстві, виділення способів виконання завдань і послідовностей індивідуально ергономічних дій; виконання господарсько-побутової діяльності разом з реабілітантами з акцентами на детальній демонстрації окремих дій, мовному супроводу та критеріях результату; створювати ситуації для формування звички охайності, емоційно-естетичної чуттєвості до оточуючого середовища. Такий підхід забезпечував етапність і структурність формування навичок господарсько- побутової праці у дітей з ДЦП: формування мотивації та відношення до праці як до головного способу самореалізації; формування достатнього рівня знань і уявлень для господарсько-побутової діяльності; застосування знань на практиці та формування досвіду суспільно корисної господарсько-побутової діяльності.

Завдання ерготерапії щодо формування навичок та досвіду у сферах заннятевої активності, що пов’язані з дозвіллям, відпочинком та хобі, а також частково інструментальною активністю повсякденного життя включали наступні пункти:

- ознайомлення дітей з іграми та формами проведення дозвілля, що відповідали їх руховому та інтелектуальному розвитку;
- ознайомлення дітей з фізичними властивостями матеріалів (покращення сенсорних відчуттів дитини та сенсорно-моторної координації),

що використовувалися, та можливостями застосування матеріалів для виготовлення виробів;

- розвиток умінь та навичок стосовно обраних ігор та видів проведення дозвілля;
- розвиток умінь та навичок праці з матеріалами, що мають різні властивості і вимагають застосування допоміжних інструментів (пензля, клей-олівець, пластиковий ніж для пластиліну, ниток, бусин великих розмірів та ін.).

У роботі з дитиною ерготерапевт забезпечував: зрозумілі і вичерпні пояснення щодо особливостей (у тому числі сенсорних відчуттів) матеріалів та їх застосування, послідовності вироблення, виконання прийомів роботи з матеріалами (малювання різних типів ліній, розфарбовування, приклеювання, ліпка, вирізання, поєднання елементів у завершений виріб) разом з дітьми з акцентом на виникнення естетичних цінностей та інтересу до ручної праці як способу самореалізації. Перед виконанням роботи аналізувалася структура виробу та планувалися способи виготовлення. Ускладнення (підвищення самостійності), після засвоєння певних способів дій, здійснювалося за рахунок пред'явлення вимоги повторити, наприклад, малюнок за допомогою освоєних прийомів без представлення визначеної послідовності та аналізу. Тобто вимагалося забезпечення аналізу завдання для формування усіх необхідних виконавчих умінь та навичок.

При малюванні чи освоєнні елементів письма вживалися заходи для збереження симетричної позиції сидячи за столом. Зокрема, серед дітей з геміплегічною формою попереджувалось негативне відображення несиметричності на положенні всіх частин тіла дитини. Використання здорової кінцівки та повернення голови у її сторону, наряду з нестійким положенням тазу, може призвести до супутніх реакцій та підвищення тонусу на спастичні стороні, збільшення відведення стегна, зміщення плечей назад, згинання руки та стиснення кисті. Такі зміни будуть перешкоджати можливості переносу здорової руки через серединну лінію тіла. Для попередження таких проявів фахівець сприяв формуванню стійкої та симетричної позиції сидячи: дитина згинає нижні кінцівки у кульшових суглобах та нахиляє тулуб дещо вперед відносно площі опори, тримаючись за край столу для утримання супутніх реакцій.

Заняття з батьками, що проводилися для збереження і покращення результатів після виписки, окрім особливостей фізичної терапії та отримання практичних навичок, включали аспекти щодо зміни середовища для забезпечення вимог до занять (activity demands), систематичні ознайомлення батьків з особливостями розвитку їх дитини, порушеннями за функціональними системами, пояснення труднощів при взаємодії дитини з оточуючим світом та можливостей пристосування (збори батьків, фахівців та пацієнтів, лекції, індивідуальні співбесіди).

Суттєва роль надавалася корекції середовища проживання дитини та вимогам до занять (activity demands). Зміна середовища грає фундаментальну роль у реабілітації при ДЦП, а у МКФ наголошується про важливість її ролі для здоров'я. Проживання у середовищі, що обмежує або негативно впливає на

функціональні навички та соціальну участь можливе не лише серед пацієнтів з ДЦП. У МКФ вказують на зв'язок стану здоров'я і навколишнього середовища [201]. Це враховувалося у блоці ерготерапії для формування навичок і подолання індивідуальних труднощів, що відбувалося шляхом ідентифікації перешкод у побуті і їх усунення або за рахунок ерготерапевтичних втручань для допомоги дітям в їх вирішенні. Оскільки розвиток, функціонування, рівень активності і участі у дітей з ДЦП є частиною динамічного процесу, котрий залежить від постійної взаємодії з сім'єю безпосередньої у соціальному середовищі то, щоб зрозуміти і змінити їх функціонування необхідні певні раціональні зміни середовища.

Увага батьків зверталася на:

- організацію тих видів заняттєвої активності, що виконувалися впродовж курсу терапії, а також інших повсякденних діяльностей (зокрема купання);
- необхідність підтримання досягнутого рівня активності;
- альтернативи адаптації побуту та звичок для кращого стимулювання та розвитку можливостей дитини.

Поряд з початковими змінами середовища, зверталася увага й на періодичні оновлення та нововведення відповідно до досягнень дитини та можливості застосування апаратів, пристроїв, допоміжних засобів. Окрім тих прийомів надання допомоги та формування більш симетричних позицій, що згадувалися вище та використовувались на практичних заняттях, батьки навчалися корекцій позицій дитини, зокрема коли вона грає. Так зверталася увага на можливість заміни несиметричної позиції сидячи на підлозі, на позицію для гри у положенні «стоячи на колінах» з розігнутими кульшовими суглобами, рівномірним розподілом ваги на коліна та гомілки, можливістю опори слабкою рукою, що загалом сприяє більш кращому і самостійному підтриманню рівноваги тіла. У якості схожих альтернатив вивчалися позиції стоячи на колінах між стегон батьків, стоячи з допоміжними пристроями фіксації.

Серед батьків деяких дітей зверталася увага на можливість створення більш правильної позиції стоячи за допомогою відповідності до зросту дитини пісочниці, столу для можливості нахилу вперед з прямою спиною (робоча поверхня на рівні талії), а також важливості опиратися слабкішою рукою для пригнічення супутніх реакцій підвищення тонусу.

Поради у організації процесу купання у ванні виходили з наявності проблем у безпечності процесу та підвищення впевненості дитини у своїй безпеці, оскільки навіть діти, що могли підтримувати положення сидячи, мали прояви тривоги при купанні. Для усунення факторів небезпеки при слизькому дні ванни батькам радилися варіанти з застосуванням килимка з присосками для усунення ковзкості та з використанням надувних кругів (чи корзинки) у якості сидіння для підвищення стабільності. У виборі допоміжних пристроїв для ванни акцент ставився на зручності сидіння (нахил спинки, висота сидіння, елементи для корекції положення ніг у спеціальних стільцях) та рівня обмеження простору (паски на липучках чи застібках) для впевненості і

безпечності; застосуванні пристроїв для підтримання та поручнів (перекладини з присосками).

Батькам також надавалися поради щодо можливості організації під час купання навчальних ситуацій. Вони стосувалися властивостей води (перевірка температури, залежність шуму при наповненні ванни від сили потоку); використовування кранів та допомозі у процесі купання; проведення занять у ігровій формі з іграшками для покращення маніпулятивних умінь (наприклад, переливання води); збільшення знань про властивості предметів у воді (тонуть, плавають). Для більшої самостійності у купанні при наявності відповідного рівня рухового розвитку повідомлялося про можливість й необхідність формування у дітей навичок застосування наступного переліку предметів:

- мочалкою в формі рукавиці;
- губкою в формі рукавиці;
- щіткою для миття спини з довгою ручкою;
- рідким милом з дозатором;
- кришечками різних видів з ємностей засобів особистої гігієни (відкривання, виливання, закривання).

Зверталася увага й на особливості одягу. Зокрема наголошувалося на аспектах, що використовувалися й на заняттях цілеспрямованою терапією:

- вільні рукава для нівелювання необхідності дитини бути надміру обережною і точною у рухах при вдяганні і зніманні одягу для верхньої частини тулуба;
- краще користуватися вільним одягом (спортивний костюм) з більш широким коміром для вільного проходу голови;
- зручні застібки підбираються відповідно до можливостей дитини, тобто ті з котрими у дитини виникає менше проблем (можуть бути у вигляді ґудзиків на ніжках чи підшитим додатковим ґудзиком меншого розміру для підняття над тканиною одягу, кнопки великих розмірів, гачки, смужка-липучка). Важливою і характерною особливістю є наявність суттєвої різниці у вмінні користуватися певним видом застібок на вдягненому і не вдягненому одязі, що частково пов’язано з важкістю слідкувати поглядом за рухами верхніми кінцівками;
- на рукавах можливий варіант з ґудзиками на резинках, що допомагає як застібати/розстібати його, так і продівати руку з застібнутими ґудзиками;
- дитині з церебральним паралічем легше навчитися користуватися, особливо вдягати, шкарпетки без п’ятки;
- рукавиці легше надягати ніж перчатки, і їх краще пришити на мотузку чи резинку;
- шапка має гарно фіксуватися.

Важливим елементом зміни побуту був аспект організації дозвілля. Можливості вирішення цього питання враховували індивідуальні можливості дитини, сім’ї, доступ до соціальних закладів та інше. Але загалом вимагалося дотримання безпеки, наявність фахівців (при проведенні дозвілля у басейні, з тваринами чи у формі діяльності з застосуванням обладнання, що вимагає гарної уваги та контролювання) та активне залучення дитини.

Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського
Факультет фізичної терапії та ерготерапії
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Дисципліна «ЕРГОТЕРАПІЯ»

ЛЕКЦІЯ № 10

ТЕМА ЛЕКЦІЇ

Ерготерапія в геріатрії.

План лекції.

5. Загальні відомості про реабілітацію осіб похилого віку
6. Ерготерапія у осіб похилого віку
7. Профілактика падінь у осіб похилого віку

Лекцію підготувала викладач Гавалко Ірина Василівна

Тривалість лекції – 4 академічні години.

1. Загальні відомості про реабілітацію осіб похилого віку

Проблема фізичної активності та якості життя літніх людей особливо актуальна для демографії європейців і, зокрема, для населення України. Демографічне старіння населення – це збільшення частки літніх і старих людей у загальній чисельності населення, яке ще два десятиліття тому розглядалося як феномен, що існував в розвинених країнах, проте на даний час охоплює практично весь світ. За даними резолюції Генеральної Асамблеї ООН у 2000 році чисельність літніх і старих людей на планеті досягала 590 млн. осіб, а, відповідно до існуючих прогнозів, у 2025 році вона досягне рівня в 1 млрд. осіб. За даними інституту демографії у 2010 році в Україні нараховувалося 11 млн людей похилого віку. Загострення економічної, соціально-психологічної проблематики осіб цієї категорії, погіршення фізичного та психічного здоров'я, зменшення здатності до самообслуговування, матеріальні проблеми ставлять людей похилого віку в ранг найбільш незахищених верств населення, які потребують особливої уваги з боку суспільства .

Прогресуюче збільшення чисельності населення старшої вікової групи в Україні висуває завдання тривалої підтримки їхнього активного якісного життя. Старіння людини – багатокомпонентний процес, що протікає з різною швидкістю, неоднаковою залученістю в інволютивні зміни різних структурних елементів. Серед людей старшого віку тільки 2 % старіє плавно, поступово, за так званим фізіологічним типом. У решти – 98 % спостерігається прискорення розвитку інволютивних змін, головною причиною яких є поліморбідність,

тобто сполучення декількох хвороб, які мають хронічний характер, і старіння подібного типу розглядається як прискорене або патологічне. Обидва типи старіння неминуче призводять до функціональних порушень систем і органів людини похилого віку.Усе це пояснює потребу розвитку геріатричної служби, зокрема геріатричної реабілітації.

Геріатрична реабілітація – це збереження, підтримка і відновлення функціонування літніх і старих людей для досягнення незалежності, поліпшення якості життя і емоційного благополуччя. До групи літніх і старих людей, що підлягають реабілітації, належать:

- особи віком 80-90 років і старші;
- особи, які мають високий ризик інвалідизації або інвалідність;
- особи, які живуть самотньо;
- особи, які мають значне погіршення економічного або соціального стану .

Загальними завданнями геріатричної реабілітації є реактивація, ресоціалізація та реінтеграція літніх людей. Реактивація має на увазі заохочення літньої людини, що перебуває в пасивному стані, фізично і соціально неактивної, до відновлення активності в повсякденному житті у своєму середовищі. Ресоціалізація означає, що літня людина після хвороби або навіть під час неї відновлює контакти з родиною, сусідами, друзями та іншими людьми і, тим самим, виходить зі стану ізоляції. Реінтеграція – повернення в суспільство літньої людини, яка бере повноцінну участь у нормальному житті, а в багатьох випадках займається посильною корисною діяльністю. Геріатрична реабілітація включає медичну, психологічну та соціальну реабілітацію. Медична реабілітація – один із найважливіших розділів, без успішної реалізації завдань якого неможливе проведення і досягнення ефективної корекції психологічного статусу й соціальної реінтеграції. Приватні види медичної реабілітації різноманітні, але кожен з них спрямований на пом’якшення або ліквідацію функціонального дефекту пацієнта. Основними елементами реабілітації людей похилого віку повинні бути: активний спосіб життя, організація посильної трудової діяльності, організація дозвілля та відпочинку, відновлення втрачених функцій і навичок .

Зазвичай заходи ерготерапії людей похилого віку здійснюється у центрах фізичної терапії, відділеннях фізичної терапії ,будинках-інтернатах, санаторіях та пансіонатах.

Основні методи, форми та цілі реабілітації літніх людей не відрізняються від загальноприйнятих і включають різні аспекти реабілітаційного процесу (медичний, соціальний, психологічний та ін.). Однак реабілітація літніх має свої особливості, які зумовлені віковими функціональними змінами організму. Із віком у людей похилого віку різко зростають потреби в догляді і необхідність медичної допомоги, психологічної підтримки та соціального захисту. Людям похилого віку не завжди вистачає необхідних стимулів для активного включення в суспільне життя через хвороби і старість. Відновлювальне лікування вимагає від літньої людини віри в необхідність і ефективність реабілітаційних заходів, енергії і сили волі, терпіння. Весь процес реабілітації в похилому і старечому віці протікає повільно, і тому слід виявляти велику наполегливість у роботі з такими пацієнтами, враховувати їхній фізичний і емоційний стан .

Складність проведення відновлювальних заходів полягає в низькій толерантності хворих до навантажень, що зумовлена різноманіттям дегенеративних процесів, високою швидкістю розвитку стомлення, повільним темпом протікання реакцій. У зв'язку з цим застосування ерготерапевтичних засобів є уніфікованою можливістю збільшення адаптаційних можливостей організму літніх пацієнтів.

Велике психотерапевтичне значення має заздалегідь складений план реабілітації з повідомленням одержувача соціальних послуг про його деталях. Обгрунтування плану реабілітації зміцнює рішучість людини боротися за своє здоров'я, знімає депресію. Основними елементами реабілітації людей похилого віку та інвалідів є:

- активний спосіб життя;
- організація посильної трудової діяльності;
- організація дозвілля та відпочинку;
- відновлення втрачених функцій і навичок.

Метою реабілітації є збереження, підтримка, відновлення функціонування літніх і інвалідів, прагнення до досягнення їх незалежності, поліпшення якості життя і емоційне благополуччя.

Основні напрямки реабілітації людей похилого віку:

- медична реабілітація
- просвітницька реабілітація
- геронтологічний догляд
- соціальна реабілітація:
  - ресоціалізація людей похилого та інвалідів (повернення в суспільство, їх соціальна активність, подолання ізоляції).
  - соціальна допомога.
  - максимальний розвиток і використання здібностей пацієнта до самообслуговування, самодопомоги та самозабезпечення.
  - адаптація житлових умов до потреб людей похилого.
  - організація дозвілля і відпочинку для літніх людей та інвалідів
  - забезпечення технічними засобами реабілітації для створення побутової незалежності літніх людей та інвалідів.

2. Ерготерапія осіб похилого віку

Головне завдання ерготерапевта в роботі з особам похилого віку – організувати навколишнє середовище таким чином, щоб людина могла самостійно жити і діяти максимально незалежно від інших. Завдання повинне мати значення для людини в контексті його оточення.

Ерготерапія може користуватися різними методами, щоб допомогти пацієнту відновити незалежний спосіб життя. Це можуть бути і медична реабілітація, і соціальна адаптація, і відновлення діяльності за рахунок використання допоміжних пристосувань.

У осіб похилого віку зростає потреба у спілкуванні , оскільки в старості у людей з'являється багато вільного часу в зв'язку з виходом на пенсію. Правильно організована ерготерапія відновлює зв'язок з колективом, згладжує почуття самотності, тривоги, депресії, звільняє від усвідомлення власної

неповноцінності, формує санітарно-гігієнічні та господарсько-побутові навички, залучає в трудову діяльність, навчає елементарним професійним навичкам — отже, сприяє успіху соціальної реабілітації в цілому.

Окрім фізичної активності, діяльність під час проведення дозвілля осіб похилого віку може носити творчий характер, це може бути як турбота про тварин,так і розведення різних видів рослин. Так само дозвілля може включати в себе організацію різних свят та вечорів для людей похилого віку, заняття на ком'ютері або настільні ігри, комунікативну діяльність (телефонна розмова, написання листів, вербальне спілкування) або громадську діяльність тощо.

При проведенні даних заходів обов'язково потрібно враховувати анатомо-фізіологічні особливості похилої людини,покази загального захворювання, показання до ерготерапії, бажання брати участь в заняттях, безперервність процесу, підбір рухів повинен бути заснований на характері захворювань, що визначає дозування, складність і вихідне положення при виконанні трудових процесів, комплексність, навантаження і збільшення часу занять з ерготерапії. Впровадження комплексної програми дозволяє знизити кількість девіацій , активізувавши соціально-корисну діяльність, що, в свою чергу, позитивно позначається на соціальній адаптації та реабілітації осіб похилого віку.

Для людей похилого віку рекомендовані такі варіанти ерготерапії: ерготерапія в полегшеному режимі (робота з картоном, змотування ниток, виготовлення іграшок); ерготерапія, що підтримує силу та витривалість м'язів верхніх кінцівок (ліплення); ерготерапія, що зберігає дрібну моторику пальців рук, підвищення їх чутливості (в'язання, плетіння, друкування). Популярними також є садові роботи. У цьому випадку людина похилого віку тривалий час знаходиться на свіжому повітрі. Цей фактор позитивно впливає на дихальну систему і служить профілактикою легеневих захворювань.

Для виконання ерготерапевтичних вправ необхідно створення реальних умов, у яких пацієнт у своєму повсякденному житті буде виконувати ці рухи (сам у кімнаті, маленький тісний простір, всі необхідні предмети знаходяться в різних кінцях кімнати, на різних рівнях висоти і глибини полиць, доводиться контролювати кілька дій одночасно).

Як відомо з попередніх лекцій, ерготерапевтичне втручання включає такі етапи як: діагностика, визначення цілей і завдань, складання програми, проведення ерготерапевтичних заходів, оцінка ефективності втручання та індивідуальний підхід до кожної особи похилого віку.

Для оцінки ефективності заходів використовуються шкали оцінки рівня функціонування:

- вимірюють можливість повного тілесного самообслуговування і користування предметами побуту;
- вимірюють локально ті функції, розлад яких призводить до порушення життєдіяльності;
- поєднують вимір повсякденної активності та рольових обмежень .

Залежно від цілей і завдань ерготерапевтичного впливу підбираються види діяльності та методи:

- полегшені трудові навантаження, спрямовані на відновлення рухових функцій найбільшого числа м'язів (робота з папером і картоном, допоміжні

операції в швейної галузі, у виробництві іграшок), (картонажні роботи, змотування ниток, виготовлення іграшок);

- завдання, що відновлюють силу м'язів;
- завдання, що відновлюють координацію рухів при роботі з дрібними предметами або при виконанні операцій, що вимагають точності роботи рук (виготовлення в'язаних виробів, вишивка).

У разі неможливості розвитку або відновлення втрачених здібностей підбираються допоміжні адаптаційні та технічні засоби, якими навчають користуватися людей з обмеженими можливостями. Прикладами таких допоміжних засобів можуть служити: рукоятка-брелок, який дозволяє повертати ключ у замку, вмикати і вимикати перемикачі, повертати водопровідний кран; подовжувач руки, що допомагає брати вилучені предмети і речі (конверти, ключі, ножиці, гвинти); помічник для застібання; обмежувач для тарілки; виделка і ложка з потовщеною ручкою тощо. На сучасному етапі розвитку ерготерапії широко використовують спеціально обладнані кабінети, де пацієнт тренує навички виконання гігієнічних процедур (ванни, туалети) з аналізом проблем та їх багаторазовим подоланням; з приготування собі їжі і пов'язаними з харчуванням процесами на обладнаних кухнях. Популярним є напрям ландшафтної терапії та навчання водінню автомобіля. На особливому місці стоїть навчання користуванню комп'ютером, як для комунікації, так і організації життєдіяльності: замовлення товарів, оплата рахунків, виконання роботи, пов'язаної з роботою на комп'ютері тощо .

Ерготерапевт також навчає необхідним навичкам і тих, хто доглядає за людиною похилого віку, наприклад:

- техніці зняття фізичного та емоційного стресу;
- способам визначення і посилення можливостей людини для самостійного життя;
- техніці пересування і позиції, що дозволяє зменшити витрати зусиль, того, хто надає догляд;
- вмінню знайти заняття, значущі і цікаві для людини;
- вмінню підібрати технічні засоби, які можуть спростити завдання догляду за хворим;
- способам обладнання домашнього середовища для безпеки і мобільності.

Корисний ефект ерготерапії полягає в тому, що літня людина повертається до активної діяльності, яка підвищує життєвий тонус і є природним стимулятором практично всіх процесів в організмі. При цьому пацієнт починає відчувати почуття корисності і потрібності. За рахунок цього в нього зникає відчуття розгубленості і ущербності. Відсутність таких відчуттів дозволяє зупинити процес розвитку хронічних захворювань. Заняття працею розкриває перед особами похилого віку перспективу відновлення здатності спілкування в процесі праці, формує усвідомлення причетності до спільної діяльності .

3.Профілактика падінь

Стратегічний підхід до профілактики падінь і переломів включає наступні три етапи:

- Виявлення серед літніх людей груп високого ризику;
- Детальне обстеження людей в цих групах для виявлення індивідуальних чинників ризику падінь і переломів;
- Заходи щодо зниження виявлених чинників ризику.

У питанні про те, які групи населення повинні бути охоплені заходами щодо профілактики падінь, а також коли і наскільки терміново потрібно їх проводити, існують ще значні розбіжності.

Цільові групи включають такі категорії людей похилого віку:

- звернулися за медичною допомогою у зв'язку з падінням;
- схильні до повторних падінь;
- виписані з лікарні;
- прикуті до будинку або проживають в установах по догляду за людьми похилого віку;
- які страждають порушеннями ходи або рівноваги;
- мають в анамнезі патологічний перелом або схильні до ризику остеопорозу.

Зазвичай пропонований нижній віковий поріг становить 70 років, оскільки ризик падінь з віком підвищується і більшість методів оцінки ризику та профілактичних заходів перевірено на людях старше даного віку. Зниження вікового порога може сприяти більш довгостроковому профілактичному ефекту, проте в цьому випадку для забезпечення ефективності профілактичних програм буде необхідно домогтися більш високої зацікавленості людей в участі в них, ніж це має місце в даний час.

Основні рекомендації профілактики падінь:

- Всіх людей похилого віку, які перебувають під наглядом медичних працівників, необхідно не рідше одного разу на рік опитувати про випадки падіння.
- Всім людям похилого віку, які повідомили про одноразове падінні, слід пропонувати виконання тесту «Встань і йди» (Get Up and Go Test). При виявленні будь-яких форм порушення рівноваги слід проводити більш поглиблену оцінку ризику.
- Всіх людей похилого віку з повторними падіннями слід направляти на оцінку ризику падінь до клініцисту, що володіє необхідними навичками і досвідом. За результатами оцінки можуть виникнути показання для подальшого направлення до геріатрії або фахівця іншого профілю.

Оцінка ризику падінь повинна включати наступні елементи:

- опис обставин перенесених падінь;
- клінічне обстеження і оцінка індивідуального ризику;
- виявлення гострих і хронічних порушень здоров'я (включаючи оцінку стану серцево-судинної системи);
- оцінку фізичного стану та / або опис попереднього участі в програмах реабілітації або фізичних вправ;
- визначення рівня обізнаності про фактори ризику(перевірка зору, неврологічне обстеження, перевірка чутливості нижніх кінцівок);
- оцінку і корекцію чинників довкілля;
- оцінку застосовуваних допоміжних пристосувань для ходьби;

- контроль функцій довільного сечовипускання і дефекації.

Фактори ризику падінь можна розділити на три категорії:
- внутрішні чинники
- зовнішні фактори
- ступінь схильності до ризику.

Розрізняють такі внутрішні фактори:

- Вік: частота падінь збільшується з віком.
- Стать: в менш похилому віці частота падінь серед чоловіків і жінок однакова, проте в старечому віці жінки падають частіше, ніж чоловіки і у них набагато вища ймовірність виникнення переломів в результаті падіння.
- Самотнє проживання: може бути пов'язано з функціональними можливостями, однак травми і наслідки падінь можуть бути важчі, особливо якщо потерпілий не може піднятися з підлоги.
- Застосування лікарських препаратів.
- Порушення здоров'я: серцево-судинні розлади, хронічні обструктивні захворювання легень, депресія і артрит - кожне з цих станів асоціюється з підвищенням ризику на 32%.
- Порушення рухових функцій і ходи: процес вікового зменшення фізичної сили і витривалості, що починається після 30 років (кожні десять років - на 10%), а також працездатності м'язів (кожні десять років - на 30%) поступово призводить до такого рівня зниження фізичних функцій, коли виконання найпростіших обов'язків повсякденному житті стає важким, а потім і неможливим. У людей з переважно малорухливим способом життя в попередні роки такий стан може настати ще до настання глибокої старості. В умовах значного зниження фізичної сили, витривалості і м'язової працездатності, а відповідно і погіршення рухових функцій, коли людина спіткнеться або посковзнеться, він вже не в змозі утриматися від падіння. М'язова слабкість є значним фактором ризику падінь, так само як і порушення ходи, рівноваги чи використання допоміжних пристосувань для ходьби. До підвищення ризику ведуть будь-які функціональні порушення нижніх кінцівок (зниження сили м'язів, ортопедична патологія або порушення чутливості). Труднощі вставання з сидячого положення також пов'язана з підвищеним ризиком.
- Малорухливий спосіб життя: люди, схильні до падінь, зазвичай менш активні, і це може ненавмисним чином сприяти подальшому розвитку атрофії м'язів.
- Психологічний стан - страх впасти.
- Порушення харчування: низький індекс маси тіла, що свідчить про недостатність харчування, асоціюється з підвищеним ризиком. Недостатність вітаміну D особливо часто спостерігається серед людей похилого віку в будинках для людей похилого віку та може викликати порушення ходи, м'язову слабкість, остеомаляцію і остеопороз.
- Порушення когнітивних функцій: когнітивні порушення чітко

асоціюються з підвищенням ризику, навіть при відносно незначній їх вираженості (не досягає рівня глибокої деменції).

- Порушення зору: гостроти, контрастної чутливості, розміру полів зору, а також катаракта, глаукома і дегенерація плями сітківки - всі ці фактори впливають на ризик падінь, так само як і носіння окулярів з біфокальними або мультифокальних лінзами.
- Патологія стопи: викривлення і бурсити в області великого пальця стопи, деформації інших пальців, виразки, деформації нігтів, а також біль у стопах при ходьбі створюють додаткові труднощі в збереженні рівноваги і підвищують ризик падінь. Має значення навіть характер взуття.

Розрізняють такі зовнішні фактори:

- Дефекти навколишнього середовища (погане освітлення, слизькі і нерівні підлоги і так. П.);
- Характер взуття та одягу;
- Невідповідні допоміжні засоби і пристосування для ходьби

Профілактика падінь осіб похилого віку включає:

- Підтримку рухової активності в домашніх умовах.
- Усунення несприятливих чинників облаштування житла для осіб, які перенесли падіння.
- Скасування психотропних препаратів.

У дослідженнях і в клінічній практиці оцінки ступеня ризику падіння використовуються наступні методи:

- Тест балансу Берга.
- Встань і йди (Get Up and Go Test) скринінгдля виявлення зниження сили і порушень рівноваги в осіб, що вперше перенесли падіння. Незадовільне виконання тесту служить показанням для більш повного дослідження.
- STRATIFY - нескладний і дозволяє виявити пацієнтів з максимальним ризиком падінь. Однак цей метод був перевірений тільки на хворих, які перебувають в стаціонарі.
- FRAT - невеликий перелік питань, призначений для виявлення серед населення людей з високим ризиком падінь.
- Відповідно до шкали рівноваги і ходи Tinetti, якщо у випробуваного виявляється більше шести ознак порушення рівноваги і ходи, це є свідченням підвищеного ризику падінь. Шкала містить 24 пункти і тому не зручна для застосування в повсякденній клінічній практиці. Більш того, вона не враховує багато факторів ризику, і її застосування не потребує спеціальної підготовки.
- Проведення тесту під назвою «Оцінка фізіологічного профілю» (Physiological Profile Assessment - PPA), займає 45 хв. і дозволяє оцінити стан ходи, рівноваги, зору, пропріорецепції, вібраційної чутливості й фізичної сили. Цей тест, не враховує прийом ліків, наявність захворювань і несприятливих факторів домашнього середовища.
- «Розмови на ходу» (Mobility Interaction Fall Chart) Даний інструмент

включає спостереження з метою виявлення здатності йти і одночасно спілкуватися з іншою людиною або вчиняти дії із предметом,а також перевірку зору і тест на концентрацію уваги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горшунова Н.К. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии / Н. К. Горшунова // Современные наукоемкие технологии. – 2004. – № 3. – С. 55-58. – [Електронний ресурс].– Режим доступу: https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=21765
2. Иванова Г.Е. Лечебная физкультура в реабилитации больных с повреждением спинного мозга / Под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга. – М. : ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. – С. 507-570.
3. Кальонова І.В., Богдановська Н.В. ЕРГОТЕРАПІЯ В ГЕРІАТРИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ,Запорізький національний університет, вул. Жуковського
4. Назар П.С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – К. : Медицина, 2006. – 130 с.
5. Піонтківська Н.І. Фізична реабілітація – важливий крок до незалежного життя після інсульту / Н.І. Піонтківська, Ю.В. Фломін, Н.І. Самосюк // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 8 (54). – С. 45-47.
6. Радыгина В. Понятие о методе эрготерапии / В. Радыгина // Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: пособ. для педагогов и родителей / С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др..; Науч.ред. С.Е. Гайдукевич. – Минск: УО «БГПУ им. М. Танка», 2008. – С. 77.
7. Сухова Л.С. Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста / Л.С. Сухова // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты. – М. : Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. –С. 93-105.
8. Graff M. J., Vernooij-Dassen M. J., Thijssen M., 2007. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62, 1002-1009. http://dx.doi.org/10.1093/gerona/62.9.1002
9. Paskaleva R., Milcheva H. Kinesitherapy, ergotherapy and sport as factors improving the quality of life of older people, Activities in Physical Education and Sport, 2016, Vol. 6, No. 1, pp.117-119.
10. Svestkova O., Svecena K., Formankova P. Is it Occupational therapy important in the process of Rehabilitation? Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania, 2014, Vol. 12, No. 3, pp. 59-80.
11. Taylor, R. R., & Van Puymbroeck, L., 2013. Therapeutic use of self: Applying the intentional relationship model in group therapy. In J. C. O'Brien & J. W. Solomon (Eds.), Occupational analysis and group process (pp. 36-52). St. Louis, MO: Elsevier.