

**Львівський державний університет фізичної культури  
імені Івана Боберського**

**Факультет фізичної терапії та ерготерапії  
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

**ГАВАЛКО І. В.**

**ЛЕКЦІЯ № 9**

**Мета, завдання програми і етапи ерготерапевтичного втручання при  
ДЦП**

з навчальної дисципліни  
**«ЕРГОТЕРАПІЯ»**

викладач Гавалко Ірина Василівна

Тривалість лекції – 4 академічні години.

Ерготерапія добре зарекомендувала 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 реалізувати 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 заціпками, 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 нахилиючи 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 ротівана 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 самотійно. 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 самотійно 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 склалися 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 гудзиків, 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, оскільки 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 формувань 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, гудзики));
- 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 сидючи 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 сидючи (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 сидючи (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 сидючи на підлозі підтримка за стегно для переносу ваги на однойменну сідницю надає можливість кращим чином підняти іншу ногу та натягнути носок. У положенні на сидючи на стільці при вдяганні одягу 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 по чергову 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 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 гудзиками, блискавками, засобами фіксації взуття тренувалися на одязі спеціальних ляльок чи ерготерапевті, стендах з гудзиками та застібками. Спочатку використовувалися великі гудзики 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 гудзики;
- 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 підтриманні чистоти кабінетів;
- участі при підтриманні 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 чутливості 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 занятьевої 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 вимагалось 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 тону на спастичній 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 нахилиє 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 сидючи 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 тону.

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); використання 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 гудзиків на ніжках чи підшитим додатковим гудзиком 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 вдягнутому і не вдягнутому одязі, що частково пов'язано з важкістю слідкувати поглядом за рухами верхніми кінцівками;

- на рукавах можливий варіант з гудзиками на резинках, що допомагає як застібати/розстібати його, так і продівати руку з застібнутими гудзиками;

- 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.