

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

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

ГАВАЛКО І. В.

ЛЕКЦІЯ № 10

Ерготерапія в геріатрії

з навчальної дисципліни
«ЕРГОТЕРАПІЯ»

План лекції

1. Загальні відомості про реабілітацію осіб похилого віку
2. Ерготерапія у осіб похилого віку
3. Профілактика падінь у осіб похилого віку

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 посиленою 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 посиленої 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 різноманітним дегенеративним процесом, 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 деталі. Обґрунтування 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 посиленої 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 комп'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 швейній 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, остеомаліцію 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) скринінг для 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.

Рекомендована 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 Картолиитография», 2010. – С. 507-570.
3. Кальонова І.В., Богдановська Н.В. Ерготерапія в геріатричній реабілітації // Запорізький національний університет, вул. Жуковського
4. Музика Ф. Рухова активність осіб похилого віку України та Польщі / Федір Музика, Назарій Куриш // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2013. – Вип. 17, т. 4. – С. 105 – 110.
5. Назар П.С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – К. : Медицина, 2006. – 130 с.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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>
10. 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.
 11. 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.
 12. 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.