

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
імені Івана Боберського**

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

“ЗАТВЕРДЖЕНО”

на засіданні кафедри фізичної терапії та ерготерапії

„ 31” серпня 2020 р. протокол № 1

Зав. каф _____ Л. М. Ціж

СТУПНИЦЬКА С. А.

ЛЕКЦІЯ 3

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК СКЛАДОВА ГЕРІАРТРИ

з навчальної дисципліни

«ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАРТРИ»

для студентів

другого (магістерського) рівня вищої освіти

ступінь вищої освіти - Магістр

галузь знань 22 Охорона здоров'я

спеціальності 227 Фізична терапія та ерготерапія

План

1. Поняття ерготерапії.
2. Основні етапи ерготерапевтичного процесу.
3. Етапи ерготерапевтичного втручання.
4. Принципи проведення ерготерапевтичних заходів.
5. Фахівець з ерготерапії. Обов'язки, завдання ерготерапевта. Роль ерготерапевта у навчанні необхідним навичкам родини, щодо догляду за особами похилого віку.
6. Працетерапія в контексті ерготерапії
7. Шкали оцінки рівня функціонування. Оцінка ефективності ерготерапевтичних заходів.

Ерготерапія є важливою частиною реабілітації. **Реабілітація** – це процес, що допомагає людині подолати наслідки хвороб чи травм та досягти попереднього рівня якості її життя. **Ерготерапія** здійснюється на усіх її етапах, тобто під час медичної, соціальної, педагогічної, освітньої та трудової реабілітації.

Метою ерготерапії є підтримання або відновлення здатності людини повернутися до рівня преморбідного стану, або ж зменшення її функціональних обмежень, досягнення максимального рівня функціонування.

За умови неможливості повної компенсації в осіб похилого віку важливим є застосування **засобів ерготерапії**, спрямованих на максимально можливе збереження здатності людини похилого віку до незалежності й самостійності на соціально-побутовому рівні. Застосування **ерготерапевтичних засобів** є уніфікованою можливістю збільшення адаптаційних можливостей організму літніх пацієнтів.

Ерготерапія (від грец. *ergein* – праця, робити, діяти, і *terapie* – терапія, *therapeutein* – лікувати) – комплекс реабілітаційних впливів, спрямованих на максимально можливе відновлення здатності людини до незалежності і самостійності на соціально-побутовому і професійному рівнях (самообслуговування, продуктивна діяльність, відпочинок), незалежно від виду обмеження життєдіяльності.

В англійській мові замість терміна «ерготерапія» частіше використовують термін «окупаційна терапія» (*occupational therapy*). Слово «*occupation*» використовується для позначення дій, спрямованих на те, щоб «зайняти» вільний час пацієнта, заняттєва терапія. Ключовий елемент окупаційної терапії – вибір видів занять, які не тільки формують навички, найважливіші для незалежного функціонування, а й мають значення для людини в контексті його оточення.

Характерною рисою ерготерапії є її **міждисциплінарність**. **Ерготерапія** інтегрує знання кількох спеціальностей, центром яких є людина, – психології, педагогіки, соціології, біомеханіки, лікувальної фізкультури та спортивної медицини, фізіотерапії.

Процес ерготерапії починається з обстеження та визначення функціонального рівня. Тоді ерготерапевт разом з іншими членами міждисциплінарної команди (лікар, фізичний терапевт, психолог, логопед, спеціальний педагог, медсестра, біомедичний інженер) визначають **короткотермінові та довготермінові завдання** ерготерапії задля досягнення поставленої мети.

Основні етапи ерготерапевтичного процесу:

- знайомство;
- оцінювання стану;
- визначення плану втручання;
- власне втручання включно з повторним оцінюванням;
- виписка.

Знайомство – встановлення першого контакту з клієнтом, розмова з клієнтом, початок відносин на рівні клієнт – терапевт. Ерготерапевт інформує пацієнта про сферу діяльності спеціальності.

Оцінювання включає застосування стандартних процедур, інтерв'ю та спостереження в різних умовах та консультації з особами, які відіграють важливу роль у житті пацієнта.

Оцінювання – на підставі обстежень, коли терапевт проводить базове первинне обстеження. Виявляє проблемні сфери, здібності та можливості пацієнта (сімейні обставини, друзі, соціальна ситуація).

Оцінювання пацієнтів з точки зору біомеханічного підходу

Ретельне обстеження й оцінювання функціональної активності – це основна передумова терапії. При застосуванні біомеханічного методу в обстеженні використовується:

- вимірювання амплітуди рухів (за допомогою гоніометра);
- вимірювання сили м'язів та сили стискання;
- вимірювання набряку верхніх кінцівок;
- вимірювання швидкості та кількості повторень;
- оцінювання болю.

Функціональна активність оцінюється за допомогою **структурованого спостереження**. Обстеження повторюється через регулярні інтервали часу, щоб можна було спостерігати покращення та визначати нові завдання терапії.

Ерготерапевтичне оцінювання функціонального стану неврологічних хворих

До комплексного оцінювання належить не тільки оцінювання великої та дрібної моторики, функціональної моторики верхніх кінцівок, але й оцінювання чутливості, тону м'язів та балансу. Частиною ерготерапевтичного функціонального оцінювання є оцінювання самостійності й активності повсякденного життя (ADL).

Ерготерапевтичне обстеження моторики завжди має відповідати меті терапії, про яку домовилися терапевт із пацієнтом. Якщо це можливо, то спочатку терапевт зосереджується не тільки на окремих моторних компонентах активності (функціях), наприклад, силі м'язів, амплітуді руху, нормалізації м'язового тону, але й на тому, щоб безпосередньо тестувати функціональну діяльність (наприклад, пацієнт пробує нарізати та намастити хліб, одягнути верхню частину тіла тощо).

Особливу увагу слід приділяти якості руху, коли терапевт спостерігає за тим, як пацієнт виконує певний рух або певний етап. Для терапевта важливими мають бути не тільки функції окремих м'язів, швидкість та амплітуда руху, але й координація, взаємодія окремих м'язів та груп м'язів, що створюють певну якість руху.

Оцінювання великої моторики

При оцінюванні великої моторики терапевти зосереджуються, зокрема, на таких сферах:

Мобільність. У який спосіб пацієнт рухається, або якого допоміжного засоба потребує для своєї мобільності. Чи він здатний рухатися самостійно, чи з допоміжним засобом? Як йому вдається рухатися по рівній поверхні, або підніматися / спускатися сходами. Тоді терапевт встановлює, яким чином рух впливає, наприклад, на перенесення предметів, коли річ, яку несе пацієнт, падає тощо. При загальному оцінюванні мобільності терапевт звертає увагу на те, як пацієнт компенсує функцію пошкодженої сторони здоровою, що унеможливорює виконання руху та наявність патологічних патернів руху.

При обстеженні мобільності ерготерапевт зосереджується на зміні положення тіла (перевертання лежачи, сидання, вставання). Оцінює симетрію, перенесення ваги, положення окремих сегментів тіла, плавність руху, скільки зусиль пацієнт витрачає (або ж ерготерапевт помічає присутність асоційованих реакцій), потім оцінюється загальна стабільність у певному положенні тіла, а також проводиться обстеження скоординованої реакції.

Перенесення ваги оцінюється у пацієнта в різних положеннях тіла: сидячи та стоячи.

Велика моторика верхніх кінцівок. Ерготерапевт виявляє, як пацієнт реагує на розміщення – англ. «placing» – верхніх кінцівок, тобто на здатність пацієнта нормально реагувати на пасивний рух, який виконує терапевт.

Здатність розміщення є першою передумовою для успішного освоєння контролю кожної фази довільного руху. Обстеження плечового суглоба відбувається

в різних положеннях тіла, коли терапевт відстежує компенсаторні рухи тулуба, наприклад, при простяганні руки за предметом, при перенесенні предмета з одного місця на інше. Частим є неправильне положення плечового суглоба в ретракції та внутрішній ротації. Потім якісно оцінюється плавність виконання руху та загальна координація верхніх кінцівок.

Амплітуда руху. Терапевт оцінює рухи в окремих суглобах пацієнта. Для оцінювання амплітуди руху лікар використовує гоніометрію, а також виконує оцінювання сили м'язів, тонуусу м'язів, координації та мимовільних рухів.

Для вимірювання амплітуди рухів використовуються гоніометри, виготовлені з різних матеріалів (метал, пластик). Це може бути важільний гоніометр або ж пальцевий, який використовується для вимірювання малих суглобів кисті. При вимірюванні, у градусах визначається положення суглоба або амплітуда рухів, яких можна досягти за певних умов (пасивний, активний рух). Вимірювання окремих суглобів здійснюється у точно визначених положеннях. Позиція окремих суглобів в нейтральному положенні позначається нулем, а від цього нуля відміряються градуси кутів. Встановлені значення записуються в бланк у градусах. При загальному оцінюванні амплітуди руху терапевт може записати також можливі причини обмеження амплітуди суглоба – біль, контрактури, деформація суглобів.

Для зручності оцінювання функціональної рухової активності та продуктивної діяльності необхідно знати, якими є функціональна амплітуда руху суглоба та функціональне положення суглоба. **Функціональна амплітуда руху суглоба** є тією, яка необхідна для виконання повсякденних занять. **Функціональне положення суглоба** – те, яке, у разі обмеженої амплітуди, найбільш вигідне для функції кінцівки.

Обстеження сили м'язів нерідко є частиною оцінювання амплітуди руху. Адекватна м'язова сила вимагає також адекватної активної амплітуди рухів. При обстеженні терапевт має завжди порівнювати обидві сторони тіла (наприклад, праву та ліву верхні кінцівки). Вимірювання відбувається за шкалою 0 – 5.

Технічні засоби для вимірювання сили м'язів.

ДИНАМОМЕТР JAMAR – це пристрій для точного вимірювання сили м'язів шляхом стискання руки. За допомогою динамометра можна виміряти силове хапання на початку, протягом і наприкінці втручання.

Координація – це здатність правильно виконувати цілеспрямовані рухи, якими зазвичай керує мозочок. Порушення координації називають **атаксією**. **Оцінювання координації:**

- терапевт інструктує пацієнта, як цілеспрямовано виконувати такі рухи:

— Пальце-носова проба: Пацієнт сидить із заплющеними очима та відведеними руками і намагається вказівним пальцем доторкнутися до кінчика свого носа. Здатний чітко зупинитися безпосередньо на кінчику носа.

— Інші можливості обстеження: тест палець – протилежне вухо, спроба вхопити склянку або ручку тощо.

Діадохокінез – це здатність виконувати рухи, що чергуються (альтернують). Рух контролюється мозочком. Порушення діадохокінезу називається адіадохокінезом, що оцінюється у верхніх кінцівках. Для цього терапевт просить пацієнта швидко та почергово виконувати супінацію і пронацію з прямими ліктями, а також розгинання плечового суглоба. Пацієнт сидить, заплющивши очі. Терапевт порівнює обидві кінцівки в русі.

Інші сфери обстеження. У деяких пацієнтів трапляються прояви м'язової активності незалежно від проявів їхньої волі. Терапевт не має забувати про ці мимовільні, аномальні рухи, й має їх оцінити. До найбільш поширених рухів належать **фасцикуляція, тремор, дискінезія (гіперкінезія) та дистонія.**

Фасцикуляція – це короткочасне скорочення окремих м'язових волокон, яке створює враження неспокою на поверхні уражених м'язових груп. Може бути зафіксоване візуально та пальпаторно. Це прояв ураження верхнього мотонейрона передніх рогів спинного мозку у відповідній ділянці, а також пошкодження периферійного (нижнього) мотонейрона.

Тремор – це мимовільне ритмічне коливання частини тіла, обумовлене чергуванням активації груп м'язів, так званих агоністів та антагоністів. При треморі описується локалізація, частота й умови його виникнення.

Класифікація тремору. **Тремор спокою** є типовим для хвороби Паркінсона. Це ритмічні рухи кінцівок або голови та язика. Частота коливань становить близько 4 – 7 Гц. Тремор спокою зменшується із рухом.

Постуральний тремор виникає під час руху, при утриманні або зміні положення тіла. Може бути також незалежним від положення тіла.

Кінетичний тремор може бути неспецифічним, виникати під час руху до мети (наприклад, сюди належить інтенційний тремор), або ж може бути активізований завданням. Кінетичний тремор з'являється в кінці руху і його коливання поступово зростають. Найбільш виразним є перед досягненням мети. Типовим є його виникнення у пацієнтів з розсіяним склерозом, тобто при пошкодженні мозочка, тому іноді його називають також **мозочковим тремором**. Його розподіл є проксимальним і дистальним, можливі титубації.

Дискінезія – це мимовільні рухи, які порушують здійснення вільного руху. Найчастіше виникає у пацієнтів з хореею, атетозом та балізмом.

Хорея – це неспокій, непосидючість, нездатність утримати у стані спокою переважно кінцівки. Це швидкі, іноді навіть танцювальні рухи, найбільш виразні на дистальних ділянках кінцівок.

Атетоз – це повільні, «черв'якоподібні», кругові рухи кінцівок й обличчя. Ускладнюють виконання форм рухової активності та ходьби.

При оцінюванні дрібної моторики важливо враховувати функціональний рівень пацієнта. Подібно до великої моторики, ерготерапевт і тут оцінює обидві верхні кінцівки. Оцінювання хапання охоплює оцінювання всіх його етапів: наближення, стискання, тримання, випускання та віддалення. Терапевт фіксує можливі проблеми на певному етапі хапання або ж можливі компенсації руху.

Оцінювання дрібної моторики за допомогою стандартизованих тестів

Обстеження й оцінювання чутливості є дуже важливою частиною обстеження рухової системи, тому що порушення чутливості часто поєднуються з руховими порушеннями.

Чутливість поділяється на:

- поверхневу;
- глибоку.

Поверхнева чутливість належить до так званої екстероцептивної чутливості разом із чуттєвими аналізаторами (зір, слух, нюх, смак). **Глибока чутливість** (сухожилля, м'язова, суглобова разом з вестибулярним аналізатором) належить до пропріоцептивної чутливості.

Поверхнева чутливість, тобто **шкірна**, сприймає такі види подразників: тактильні. Ці подразники обстежують легким дотиком, погладжуванням шкіри ватою або щіточкою, застосуванням легкого тиску пальцями. Норма передбачає розпізнавання тиску або дотику на відстані 1,5 – 3 см. Понад 3 см вже вважається порушенням дотикової чутливості.

Больова поверхнева чутливість – це оцінювання реакції пацієнта на болісний подразник: укол або ущипування.

Термічна чутливість розрізняє тепло та холод. Обстежується, наприклад, дотиками ємності з гарячою, холодною водою або льодом. Терапевт торкається пацієнта в області відповідної дерматоми. Якщо терапевт використовує кілька ємностей, то пацієнт може впорядкувати їх за температурою.

Дискримінаційна чутливість оцінюється за допомогою дотиків, коли пацієнт визначає відстань двох точок за допомогою циркуля Вебера або канцелярської скріпки. Нормою є сприймання відстані між вістрями 6 мм. Одночасно пацієнт визначає локалізацію подразника.

Глибока чутливість оцінюється значно складніше, ніж поверхнева. Особа, яка обстежується, визначає напрям і кут при пасивних рухах в окремих суглобах кінцівок або копіює рух іншою кінцівкою. Різниця між статостезією та кінестезією полягає у

тому, що при оцінюванні статостезії пацієнт копіює рух кінцівкою, яка не обстежується, а у кінестезії – весь рух повністю.

Сприйняття вібрацій належить до **обстеження глибокої чутливості**. Камертон, який вібрує, прикладаємо до місця, де кістка розташована безпосередньо під шкірою. У зв'язку з порушенням глибокої чутливості, можна також оцінити схему тіла, тобто те, як людина сприймає положення, розташування та взаємне розташування окремих частин тіла.

Остання група – це так звана **інтегративна чутливість**. Сюди належить стереогнозія. Стереогнозію терапевт оцінює, коли пацієнт із заплющеними очима за дотиком намагається розпізнати матеріал, форму або предмет.

На обстеження впливає співпраця та мотивація пацієнта, присутність членів сім'ї, здатність пацієнта спілкуватися, тип інвалідності (психічний розлад, когнітивний дефіцит, сенсорні порушення). Інколи для того, щоб пояснити отриману інформацію та доповнити її, дозавданням є отримання відомостей також і від членів сім'ї пацієнта. Однак ерготерапевт не має спілкуватися з членами сім'ї пацієнта не на користь останнього.

Своє **обстеження ерготерапевт починає** з посмішки, представляє себе, подає пацієнтові руку.

Якщо у пацієнта не працює права верхня кінцівка, то, не дивлячись на це, ерготерапевт простягає праву руку, допомагаючи пацієнтові вхопити та потиснути руку, спрямовуючи його. Отже, починаючи з перших хвилин обстеження, він стимулює уражену сторону пацієнта. Тоді пояснює пацієнтові суть професії ерготерапевта, мету майбутнього обстеження, а також уточнює очікування й уявлення пацієнта щодо завдань потенційного ерготерапевтичного втручання.

На початку терапевт може попросити пацієнта заповнити заголовок бланка запису. Завдяки тому, що пацієнт заповнить своє ім'я, прізвище, адресу, телефон, прізвище терапевта, свій номер соціального страхування та поточну дату обстеження, ерготерапевт отримає інформацію про орієнтацію пацієнта, про його здатність писати. Потім терапевт починає власне обстеження, під час якого збиратиме таку інформацію:

Особистий анамнез та теперешнє захворювання – ім'я, прізвище, академічний титул, контактні дані, основний діагноз, супутні діагнози та захворювання, дата початку поточних проблем (попередня госпіталізація, втручання, реабілітація).

Попередження про протипоказання до застосування деяких терапевтичних методів, алергії.

Попередні госпіталізації, їх перебіг (наприклад, припинена за власним бажанням, закінчена через втому або зміну стану здоров'я тощо).

Сімейний анамнез – захворювання батька, матері і т. д.

Соціальний анамнез – отримані соціальні виплати та пільги, наприклад, розмір допомоги на догляд, наявність у пацієнта повної пенсії по інвалідності, часткової пенсії по інвалідності, пенсії за віком тощо. Частиною соціального анамнезу є також спільне господарювання, з ким пацієнт живе, чи спілкується з сім'єю, чи має дітей, а також інших членів сім'ї та сімейні зв'язки.

Анамнез освіти – здобута освіта, або ж які курси пацієнт пройшов, чи має водійське посвідчення тощо.

Попередній досвід роботи, які пацієнт обіймав і їхню тривалість, записати також усі випадки другої або тимчасової зайнятості пацієнта. Важливо також дізнатися, чи працює пацієнт тепер, якщо ні, то записати, коли він востаннє працював.

Житлова ситуація – сучасне перебування (вдома, госпіталізація в лікарні, проживання у членів сім'ї, друзів), домашні умови пацієнта – це будинок чи квартира (багатоквартирний, сімейний будинок), чи є в приміщенні й поза межами приміщення сходи – перед будинком, у будинку (сходовий майданчик між поверхами, поручні), чи є у будинку ліфт, якщо так – чи, у разі необхідності, туди поміститься крісло колісне). Важливою інформацією є те, чи пацієнт здатний сам потрапити в квартиру / з квартири, або ж допомогу якого рівня потребує та хто йому допомагає. Тоді ерготерапевт з'ясовує, чи пацієнт проводив у квартирі будь-які перебудови для забезпечення доступного середовища чи їх планує, або ж чи готовий змінити квартиру на іншу з доступним середовищем.

Інтереси – визначення інтересів є невід'ємною частиною ерготерапевтичного обстеження та пов'язане з подальшим втручанням ерготерапевта, щоб лікар міг спиратися на мотивацію пацієнта. Важливо визначити не лише поточні інтереси, але й інтереси в минулому, перед захворюванням / травмою.

Режим дня – важливо зафіксувати щоденний звичайний режим пацієнта, чи є у нього протягом тижня якісь обов'язки тощо.

До інших аспектів, які ерготерапевт оцінює та записує, належить мобільність пацієнта. Тобто він з'ясовує такі факти:

- мобільність у ліжку – повертання у ліжку, сидання на край ліжка (чи пацієнт здатний це зробити самостійно, чи потребує допомоги, і наскільки значну допомогу: словесну або й фізичну, протягом усієї дії або тільки на початку);
- сидіння – чи є стабільним при відсутності опори для спини, або потребує допомоги, якої саме і наскільки значної;
- стояння – стабільне, нестабільне, не виконає, з опорою, наскільки тримає рівновагу стоячи;
- переміщення (з крісла колісного на стілець або на ліжку, на туалет);

- чи пацієнт здатний встати з положення сидячи / лежачи долі (наприклад, якщо впаде на землю);
- ходьба (приміщення, поза приміщенням, сходи) – відстань, яку пацієнт здатен пройти; чи потребує перерви під час подолання певної відстані, по скількох сходинках пацієнт здатен піднятися / спуститися (чи потребує допомоги з триманням за поручні), чи потребує допоміжного засобу та якого саме;
- допоміжні засоби для пересування – різновид, якщо це крісло колісне, то який тип (механічний, електричний), чи пацієнт його має, коли його було призначено лікарем, чи його надано за рахунок медичної страхової компанії, чи відповідає своїми параметрами потребам пацієнта, чи пацієнт здатний самостійно керувати кріслом колісним, або ж наскільки значної допомоги потребує.

ЕЛЕМЕНТИ АКТИВНОСТЕЙ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ (ADL) є головним предметом ерготерапевтичного обстеження та форми для запису. Ерготерапевт оцінює як персональні, так і інструментальні види рухової активності у повсякденному житті.

Важливо, щоб ерготерапевт не забув вказати рівень допомоги, якої пацієнт потребує. На практиці часто так стається, що терапевт вказує тільки те, що пацієнт потребує допомоги, але вже без уточнення у чому та як. Якщо яка-небудь рухова активність є для пацієнта проблемною, то необхідно детально описати, у чому полягає проблема.

ПЕРСОНАЛЬНІ ADL

- особиста гігієна – зуби, обличчя, розчісування, гоління, нігті, макіяж тощо;
- купання – миття, витирання, переміщення з ванни / душової kabіни, сюди належить і підготовка необхідних речей (губка, мило, шампунь), пристосування ванної кімнати;
- одягання та роздягання – верхня і нижня частини застібання та розстібання – гудзики, блискавка, взування чи роззування + шнурівка, пристосування одягу, звички (чи пацієнт хоче носити взуття з липучками або шнурівкою, чи пацієнт звик носити тільки домашні штани з гумкою на поясі, чи робив він так і перед травмою чи хворобою);
- прийом їжі – чи самостійно, столові прибори, пиття, різання, ковтання, звички пацієнта – чи пацієнт їв і раніше тільки ложкою, або чи хоче користуватися столовими приборами, але це неможливо через функціональне пошкодження;
- користування туалетом – чи пацієнт відчуває потребу, чи встигне переміститися в туалет, чи потребує пацієнт допомоги, та якої, чи впорається сам з гігієною, нетримання / тримання сечі,
чи вживає якісь ліки для стимуляції випорожнення

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ADL

- приготування їжі – прості чи складні страви, допоміжні роботи на кухні, якою була ситуація до хвороби або травми;
- виконання домашньої роботи – якою була ситуація в минулому та яка вона зараз, які очікування має пацієнт на майбутнє;
- здійснення покупок – чи пацієнтові потрібно скласти перелік продуктів, чи ходить самостійно до магазину, а якщо ні, то як це було до захворювання, чи здатний розраховуватися грошима, чи розпізнає їх вартість;
- користування транспортом – чи є пацієнт активним водієм (чи був ним перед ураженням хворобою) або ж тільки пасажиром, чи здатний пересуватися автобусом й іншими видами громадського транспорту (чи впорається самостійно, доступність транспорту за місцем проживання тощо);
- прийом ліків – підготовка та дозування, чи пацієнт справляється з цим самостійно, чи з допомогою та як це відбувалось в минулому;
- ведення домашніх справ – наприклад, оплата рахунків, хто робив це в сім'ї до ураження хворобою;
- функціональне спілкування – чи пацієнт використовує ПК, мобільний телефон, чи вміє писати смс-повідомлення та телефонувати, надсилати електронні листи та як це було раніше. Немає нічого незвичайного у тому, що літні пацієнти навіть серед здорового населення з повним функціональним здоров'ям, нездатні користуватися ПК та мобільним телефоном;
- догляд за іншими – особи, тварини.

ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ це пункт у бланку для запису, у якому терапевт з'ясовує, чи пацієнт володіє засобами, чи вони були оплачені компанією медичного страхування, та коли їх востаннє призначив лікар. Терапевт з'ясовує тип допоміжного засобу, чи пацієнт ним користується (впоряється самостійно або потребує певного рівня допомоги). Якщо пацієнт допоміжним засобом не користується, то терапевт зазначає причину. Після закінчення обстеження ерготерапевт може підготувати пропозицію щодо нових або зміни існуючих допоміжних засобів.

ОБСТЕЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МОТОРИКИ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

є ще однією важливою складовою ерготерапевтичного обстеження, коли терапевт оцінює обидві верхні кінцівки, уражену та здорову. До аспектів, що оцінюються, належать:

- домінантність – чи пацієнт є більш вправним з однією верхньою кінцівкою або має однаково вправні обидві верхні кінцівки, чи його перевчили використовувати праву, яка з верхніх кінцівок у нього уражена (домінантна чи недомінантна);

- вигляд верхніх кінцівок – шкіра, рубці, гематоми, набряк;

- анатомічна конфігурація;

- положення – у якому положенні знаходяться верхні кінцівки, їх положення у стані спокою та під час активності, наприклад, ліктьовий суглоб у положенні згинання, поза Верніке-Манна;

- координація;

- діадохокінезія (заплющені очі);

- амплітуда руху – активна, пасивна, важливо зазначати положення тіла або кінцівки, в якому ерготерапевт проводить обстеження. Враховуючи те, що йдеться про функціональну амплітуду, важливо, у якому положенні пацієнт використовує верхні кінцівки. Найчастішим є положення сидячи, в лежачих пацієнтів, навпаки, лежачи. Якщо ерготерапевт обстежує пацієнта й у сидячому, й у лежачому положенні, то досить часто у підсумку вийдуть різні значення.

Для ерготерапевта вкрай важливо отримати інформацію про функціональну амплітуду руху, на відміну від обстеження фізичного терапевта, коли фізіотерапевт обстежує пацієнта, в основному, в положенні лежачи.

— Плечовий суглоб – з'ясовуючи амплітуду руху з функціональної точки зору, терапевт інструктує пацієнта, щоб той підняв руки вперед, у сторони, вгору, заклав руки за голову, руки (поступово обидві) за спину.

— Ліктьовий суглоб – ерготерапевт визначає амплітуду руху з функціональної точки зору шляхом інструктування пацієнта, щоб той поклав руки на коліно, на контралатеральне коліно, на плече, на контралатеральне плече, на рот. Терапевт визначає у ліктьовому суглобі згинання, розгинання, у рухах передпліччя – пронацію і супінацію.

— Кисть – амплітуду руху з функціональної точки зору ерготерапевт з'ясовує шляхом інструктування пацієнта, щоб він виконав дію згинання зап'ястя в обидва боки (тильне згинання та долонне згинання), згинання руки в зап'ясті у боки (ульнарна девіація та радіальна девіація), випрямлення та згинання пальців (згинання та розгинання), торкання великим пальцем мізинця або інших пальців (опозиція).

Після того, як пацієнт закінчив усі необхідні дії, ерготерапевт записує у бланк обстеження наскільки якісно пацієнт їх виконав чи не виконав. У звіті про обстеження ерготерапевт не вживає ту ж термінологію, з якою звертається до пацієнта (руки за голову, руки на коліна тощо), а використовує професійну термінологію, наприклад:

«При функціональній амплітуді руху ліктьового суглоба згинання обмежене в діапазоні до 90°».

До інших аспектів, що обстежуються у верхніх кінцівках, належить **координація рухів пальців і кисті**, коли пацієнтові дається завдання виконати такі жести:

- клацнути пальцями;
- стиснути руку в кулак;
- поплескати в долоні;
- імітувати гру на піаніно;
- жест «ОК».

У формі запису про обстеження має бути зазначено також і обстеження хапання.

Інші аспекти охоплюють:

- Больові відчуття – локалізація болю, характер, стимули, що викликають біль, стратегія вирішення.
- Чутливість, яку ерготерапевт оцінює на різних ділянках руки, передпліччя, долоні. Ерготерапевт обстежує різні **типи чутливості**: дотикову чутливість (локалізація дотику), термічну чутливість (тепло, холод), больову (біль), двоточкову дискримінацію, вібрацію, статостезію, кінестезію, стереогнозію (матеріал, форма, предмет).

КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ерготерапевт обстежує спочатку орієнтовно, для більш глибокого вивчення слугують стандартизовані тести та психологічні обстеження. Деякі з аспектів ерготерапевт виявляє вже шляхом спостереження на початку обстеження, коли просить пацієнта заповнити заголовок форми для запису. Ерготерапевт оцінює:

- орієнтацію – місце, час, особа, ситуація;
- короткотривалу пам'ять – зорова, слухова й інші види пам'яті;
- довготривалу пам'ять – зорова, слухова;
- розуміння інструкцій – завдання на один або більше кроків. Ерготерапевт дає пацієнту інструкції та просить його виконати певне завдання, а потім спостерігає за тим, чи пацієнт зрозумів його завдання (наприклад, сядьте на ліжко, зніміть взуття, ляжте та поверніться на правий бік);
- увагу – терапевт оцінює, чи пацієнт зберігав увагу протягом всього обстеження;

- планування – терапевт питає в пацієнта, як би він виконав певне завдання і що при цьому необхідно запланувати (наприклад, питання: «Що ви мають бути з зробити, якби захотіли піти в театр?»);

- вирішення проблем – ерготерапевт питає в пацієнта, яким чином він вирішив би конкретну ситуацію;

- мовлення – зв'язність, згадування слів, розуміння пацієнта;

- невербальне спілкування;

- читання – ерготерапевт з'ясовує, чи пацієнт вміє читати, чи розуміє прочитані тексти, чи здатний читати вголос або тільки про себе;

- письмо – терапевт оцінює, якою рукою пацієнт пише, оцінює якість та тип почерку, розбірливість, чи пацієнт тримає ручку або пише, виключно друкуючи на клавіатурі комп'ютера, яка в нього ергономіка при написанні, чи потребує окулярів;• рахування;• соціальна взаємодія – терапевт відстежує, як пацієнт реагує при індивідуальному спілкуванні, а якщо можливо, то й у групі.

СФЕРА ОБСТЕЖЕННЯ ВІДЧУТТІВ. Тут терапевт з'ясовує інформацію про аспекти:

- зір – чи пацієнт має окуляри, лінзи, чи справді ними користується;

- слух – чи пацієнт має порушення слуху, чи має слуховий апарат і чи використовує він його самостійно або з допомогою, чи не використовує взагалі;

- смак і запах;

- дотик – детальнішу інформацію наведено в розділі про обстеження чутливості.

Бланк для запису обстеження може містити також графі для визначення короткотермінового та довготермінового ерготерапевтичного завдання та плану. Однак тут мають бути наведені завдання й очікування пацієнта, його суб'єктивні скарги, діагноз з точки зору ерготерапевта – ідентифіковані проблеми пацієнта.

Тут також мають бути вказані консультації та інформація, надані пацієнтові та його сім'ї, інструктаж пацієнта та членів сім'ї. Бланк для запису також може містити вільний простір для заповнення результатів виконаних тестів разом із датою попереднього виконання та попереднього результату. Також до нього можуть бути приєднані, в якості додатку, інші документи: виконані стандартизовані тести.

Результати **оцінювання** є основою планування, що включає **коротко- та довгострокові цілі терапії. ДОВГОТЕРМІНОВЕ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЗАВДАННЯ** яке необхідно спочатку визначити. Це головний результат ерготерапії, якого терапевт разом з пацієнтом хочуть досягти наприкінці ерготерапевтичного втручання.

КОРОТКОТЕРМІНОВЕ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЗАВДАННЯ визначається таким чином: це окремі та часткові завдання, що ведуть до довготермінового завдання. Взагалі існує думка, що короткотермінові ерготерапевтичні завдання визначаються на 4 тижні. Проте це залежить від типу та організації роботи закладу; в деяких випадках і в деяких закладах є прийнятним визначення короткотермінового завдання на 6 тижнів. Для виконання конкретного завдання ерготерапевт має завжди вказувати час, який він виділяє для нього.

Для визначення завдань в терапії слід використовувати ефективний інструмент, наприклад, правило SMART, яке означає, що завдання має бути:

S (specific) – специфічною;

M (measurable) – вимірюваною;

A (achievable) – досяжною;

R (realistic, relevant) – реалістичною;

T (time bound) – окресленою у часі.

Ерготерапевтичні завдання мають бути реалістичними, конкретними та детальними, тут слід наводити критерій часу і критерій міри. Критерій міри може містити не цифри, а, наприклад, досягнення певної функції.

Процес ерготерапії базується на первинному та повторному оцінюванні. Ерготерапевт разом із пацієнтом, який потребує допомоги, зосереджує увагу на індивідуальних здібностях та особливостях навколишнього середовища, а також на проблемах, пов'язаних із діяльністю особи в повсякденному житті.

Велике значення має заздалегідь складений **план реабілітації** з повідомленням пацієнта про його деталі.

План – це послідовність запланованих методів втручання, коли на підставі оцінювання терапевт зважує та вирішує, які методи, техніки та засоби використовуватиме для виконання поставлених завдань. Терапевт визначає очікувану зміну, яку він хоче досягти разом з пацієнтом. Виявивши проблемні сфери пацієнта, проаналізувавши поведінку й активність, з'ясувавши очікування пацієнта, ерготерапевт визначає короткотермінові та довго термінові **завдання** та плани.

Пацієнт бере участь у розробці плану, також можуть бути залучені близькі особи чи інші члени команди. Обґрунтування плану реабілітації зміцнює рішучість пацієнта боротися за своє здоров'я, знімає депресію. Планування повинне відповідати стадії розвитку людини, її звичкам, ролям, перевагам способу життя й навколишнього середовища.

Терапевтичний план потім реалізовується на практиці, контролюється, й, за необхідності, коригується.

Ерготерапевт веде записи про перебіг втручання, регулярно оцінює і фіксує зміни стану пацієнта. Це оцінювання використовується для визначення успішності втручання, а також слугує основою для встановлення нових короткотермінових завдань.

Завдання мають бути конкретними, наприклад, жінка з агорафобією наприкінці втручання буде здатна піти на закупи і завершити їх без панічної атаки.

Втручання – в залежності від завдань, які прагне реалізувати пацієнт, втручання складається з 3 етапів: формулювання плану, власне втручання оцінювання його успішності.

Стратегія втручання базується на індивідуальному підході до кожної людини. Індивідуальні ерготерапевтичні програми сприяють максимальному використанню функції для задоволення потреб людини в робочому та соціальному середовищі, особистісних та домашніх умовах.

Виписка – оцінювання результатів та завершення терапії. Відбувається оцінювання ефективності втручання в залежності від попередніх тестів (початкові / регулярні / заключні) і рекомендованих подальших дій – інструктаж для пацієнта та його сім'ї, або ж може бути рекомендовано продовження терапії

Ерготерапевтичне втручання включає такі етапи.

1. **Діагностика**, яка складається зі збору анамнезу і проведення ерготерапевтичного обстеження. Особливістю цього етапу є аналіз не тільки ступеня пошкодження органів або систем, а й вивчення впливу фізичних обмежень і/або психічних порушень на життєдіяльність людини і рівень його функціональних можливостей.

На цьому етапі ерготерапевт отримує базову інформацію про пацієнта (з документації, від інших фахівців, попередніх обстежень лікарів), приймає рішення про подальше обстеження пацієнта.

Мета: Визначення ефективності ерготерапії для клієнта; первинна ідентифікація основних проблемних сфер.

Анамнез походить від грецького слова й означає «згадування». Найчастіше його отримують під час розмови з пацієнтом, за винятком випадків, коли до співпраці залучається сім'я; джерелом інформації може слугувати також документація пацієнта.

Ерготерапевт зосереджується на зборі відомостей про поточний стан здоров'я, про захворювання та час виникнення захворювання (поточне захворювання), захворювання членів сім'ї (сімейний анамнез), отримання необхідних соціальних виплат, пільг і пенсії по інвалідності, де і з ким пацієнт живе, які у нього сімейні відносини і т. п. (соціальний анамнез), де пацієнт живе, на якому поверсі, які бар'єри існують у квартирі (житлова ситуація), трудовий і шкільний анамнез.

Важливою та невід'ємною частиною є виявлення інтересів та розпорядку дня пацієнта (до та після захворювання або травмування).

Спеціальна частина – коли в якості інструмента оцінювання використовують розмову разом із спостереженням – це частина, зосереджена на активності повсякденного життя, на обстеженні постурального контролю, дрібної та великої функціональної моторики верхніх кінцівок, мобільності пацієнта, когнітивних функцій пацієнта, чутливості, сенсорного сприйняття.

Терапевту також необхідно представити себе та свою професію. Під час контакту з пацієнтом дуже важливо звертатися до нього шанобливо (не забувати про академічні титули), запитати, як пацієнт бажає, щоб до нього зверталися. Терапевт має брати до уваги завдання, яких бажає досягти, власне, сам пацієнт.

Розмову можна класифікувати за кількома аспектами. За структурою Ференчік поділяє розмови на структуровані, напівструктуровані, неструктуровані. У залежності від типу подальшого спілкування розрізняють **розмови**: • формальні; • неформальні; • консультативні; • ділові; • терапевтичні; • дослідницькі.

За способом поставлених питань розмови є: прямі, не прямі.

Перебіг розмов має кілька етапів: підготовка, вступна частина, основна частина, розмови, заключна частина, висновок, оцінювання.

Типи питань протягом розмови і спостереження: відкриті, закриті.

Вибір питань. Питання мають бути такими, які б відповідали рівню пізнавальних функцій пацієнта, а також:

- стосуватися проблеми;
- типи та форма питань мають відповідати типу та характеру інформації;
- бути чіткими та не мати подвійного значення;
- не базуватися на інформації, невідомій пацієнтові;
- бути емоційно прийнятними;
- не мають спонукати пацієнта до соціально бажаних відповідей.

Помилки під час розмови. Вибір, формулювання питань, їхня послідовність завжди впливають на кількість і якість отриманої інформації. Терапевт протягом обстеження (розмови) не має одночасно запитувати про два факти. Лікар не має підштовхувати пацієнта до певної відповіді.

Частою проблемою на практиці є застосування незрозумілих для пацієнта термінів. Терапевт, запитуючи, не має використовувати подвійне заперечення:

Якщо терапевт формулює питання занадто широко (загально про все та ні про що конкретне), пацієнт губиться й не знає, про що терапевт запитує, і тому не здатний

відповісти. Занадто балакучий ерготерапевт може обмежувати пацієнта у спілкуванні. Іноді буває, що на практиці терапевт зустріне із занадто говірким пацієнтом. Під час розмови з пацієнтом терапевт не має висловлювати жодних оцінок або суджень, а навпаки, має прислухатися до пацієнта, спостерігати за ним та сприймати його.

Під час обстеження терапевт значною мірою використовує не тільки розмову, але й спостереження.

Спостереження є природним способом збору інформації. Його можна описати як:

- цілеспрямоване спостереження за певним об'єктом;
- основний метод збору інформації;
- вивчення себе та світу, починаючи з народження;
- кваліфіковане спостереження є плановано вибірково.

Перед початком спостереження терапевту слід усвідомити і виконати такі кроки:

- терапевт планує спостереження (працює систематично);
- заздалегідь обирає, в яких сферах буде вестися спостереження (вибір категорій – поведінка на занятті, моторика, мовлення);
- обирає спосіб спостереження, де й коли, братиме чи не братиме в цьому участь, що відбуватиметься, чи буде занотовувати (записувати), якщо так, то яким чином;
- намагається зафіксувати все важливе;
- не менш важливим є те, щоб наприкінці терапевт правильно інтерпретував отриману інформацію.

Переваги спостереження:

- Отримання великої кількості інформації.
- Можливість виявлення прихованої інформації (наприклад, інформації, яку пацієнт посоромився повідомити терапевтові, або пацієнт не володіє потрібними знаннями, або фігурує помилкове судження пацієнта).
- Якщо терапевт не втручається у перебіг подій, то може побачити «природну» поведінку пацієнта на занятті.

Недоліки спостереження:

- Поведінка людини не обов'язково виражає емоційний стан (терапевт бачить радість, але всередині пацієнт може відчувати смуток).

- У процесі можуть відігравати роль культурні аспекти (залишається відкритим питання: чи відомі вони терапевтові).

- Існує ймовірність хибної інтерпретації інформації.

- Зосередженість терапевта може бути порушена (втома, відволікання).

Для терапевта спостереження є одним з найважливіших джерел здобуття інформації. Під час своєї практики він постійно спостерігає (прояви поведінки, переживання, втому, рухові функції, когнітивні функції тощо) й аналізує отримані відомості. Терапевт має мати напрацьовані навички спостереження, правильного планування, вміння корегувати обраний метод, подавати правильну інтерпретацію. Вміння спостерігати можна з часом вдосконалювати.

Помилки протягом процесу спостереження:

- Недостатня кількість часу для спостереження за поведінкою.

- Відволікаючі чинники не дозволяють терапевтові зосередитися, він може не помітити деякі аспекти (телефонний дзвінок, рух інших людей).

- Зайве коментування ситуації («я так і знав»).

- Погане планування заняття (зосередження на всьому та ні на чому зокрема).

- Обережність при знайомстві: перше враження – не завжди правильне.

- Помилкове чи упереджене тлумачення отриманої інформації.

2. **Визначення цілей і завдань** ерготерапевтичного втручання.

Мета ерготерапії залежить від важкості вихідних фізичних і/або психічних порушень: для одних вона може полягати в досягненні повного відновлення порушених функцій і повній ресоціалізації, для інших – у розробці компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення максимально можливої незалежності і поліпшення якості життя. Вибір і постановка мети здійснюються спільно з пацієнтом!

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 обмеженими можливостями 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.

Під час проведення ерготерапевтичних заходів необхідно дотримуватися таких **принципів:**

1. Подання про індивідуальну повсякденну діяльність пацієнта повинно складатися на підставі ретельної оцінки факторів, що включають індивідуальні особливості пацієнта, його соціальне і навколишнє середовище. Необхідно скласти уявлення про можливий потенціал хворого до розвитку і вдосконалення.

2. Пацієнт активно включається в процес ерготерапії. Взаємини між пацієнтом і ерготерапевтом мають характер співробітництва, що змінюється при зміні умов існування хворого в його соціально значимому оточенні.

3. Повсякденна діяльність використовується як терапія. Ерготерапевтичні заняття дозволяють розвивати здібності та навички пацієнтів, які можуть бути використані в повсякденному житті. Вони дозволяють пацієнтам адаптуватися до оточення.

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).

У межах терапії **ерготерапевт** обирає індивідуальну заняттєву активність, яка є необхідною для пацієнта або клієнта таким чином, щоб той був здатний виконувати дії, характерні для повсякденного життя, та інструментальну активність повсякденного життя, брати участь у соціальній та продуктивній діяльності, відпочинку та дозвіллі.

До інтересів ерготерапевта входить оцінка рухової функції, когнітивних функцій, критичності пацієнта до свого стану, соціального статусу, професійної орієнтації, улюблених занять, можливих способів комунікації з оточенням.

У своїй практиці з особами з функціональними обмеженнями, ерготерапевти приділяють увагу кільком основним сферам. Ерготерапевти зосереджуються головним чином на:

- самостійності;
- визначенні допоміжних засобів для компенсації, реабілітації та використання сучасних технологій;
- моториці та функціях верхніх кінцівок;
- когнітивно-поведінковій терапії (діагностується психологом);

- ергодіагностиці (функціональне оцінювання психосенсомоторного потенціалу участі у продуктивній діяльності);
- оцінюванні помешкання та пропозицій щодо забезпечення умов для неповносправних осіб;
- розпорядку дня, відпочинку та дозвілля.

Фахівець з ерготерапії повинен вміти оцінити наявний і потенційний рівень можливостей пацієнта, порівнюючи його з тим, що потрібно пацієнтові, що важливо пацієнту, чого хоче пацієнт і на що він здатний. Обов'язковою умовою ефективності ерготерапії на відміну від кінезотерапії є усвідомлення хворим його проблеми в момент початку проведення терапії.

Термін «робити, діяти» в контексті ерготерапії характеризує різні види діяльності, які зустрічаються в житті кожної людини і надають їй сенсу: повсякденна активність, робота і продуктивна діяльність, дозвілля.

Активність у повсякденному житті включає в себе заходи: щодо особистої гігієни (догляд за волоссям, умивання, використання туалету), одягання, прийом їжі, соціалізацію, функціональну комунікацію і рухливість. Активність у роботі і продуктивній діяльності передбачає виконання домашніх обов'язків (догляд за одягом, прибирання квартири, приготування їжі, підтримання чистоти і безпечно проживання у квартирі); турботу про інших людей; можливість навчатися чогось нового; дослідні види діяльності (вибір професії, пошук роботи, виконання роботи, планування виходу на пенсію, добровільна участь у чому-небудь). Дозвілля включає можливість виконувати необхідні дії під час відпочинку і гри.

Головне завдання ерготерапевта – організувати навколишнє середовище таким чином, щоб людина з обмеженнями могла самостійно жити і діяти максимально незалежно від інших.

Ерготерапевти приділяють увагу кільком основним сферам. Ерготерапевти зосереджуються головним чином на:

- самостійності;
- визначенні допоміжних засобів для компенсації, реабілітації та використання сучасних технологій;
- моториці та функціях верхніх кінцівок;
- когнітивно-поведінковій терапії (діагностується психологом);
- ергодіагностиці (функціональне оцінювання психосенсомоторного потенціалу участі у продуктивній діяльності);
- оцінюванні помешкання та пропозицій щодо забезпечення умов для людей з інвалідністю;

- розпорядку дня, відпочинку та дозвілля.

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

- техніці зняття фізичного та емоційного стресу;
- способам визначення і посилення можливостей людини для самотійного 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.

Працетерапія в контексті ерготерапії – це, насамперед, відновлення можливості повернутися до праці. Досліджено сприятливий вплив її на психоемоційну сферу, зокрема поліпшення настрою, зменшення почуття неповноцінності, задоволення творчістю, радість праці тощо. Корисний ефект працетерапії 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.

Особливості, застереження працетерапії. При її застосуванні потрібно враховувати анатомо-фізіологічні особливості похилої людини, а підбір рухів повинен бути заснований на характері захворювань, що визначає дозування, складність і вихідне положення при виконанні трудових процесів. Слід уникати занять, які можуть привести до закріплення порочного рухового стереотипу.

Для людей похилого віку **рекомендовані такі варіанти працетерапії:** працетерапія в полегшеному режимі (картонажні роботи, змотування ниток, виготовлення іграшок); працетерапія, що підтримує силу та витривалість м'язів верхніх кінцівок (ліплення, робота рубанком, напилком); працетерапія, 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 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: 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.

Рекомендована література

Основна:

1. Актуальні питання геронтології і геріатрії у практиці сімейного лікаря / За ред.. Ю. В. Вороненка, О. Г. Шекери, Л. А. Стаднюка – К. : Видавець Заславський О.Ю., 2015. – 530с.
2. Відновлювальні засоби працездатності у фізичній культурі і спорті: підручник / І. О. Ячнюк, О. О.Воробйов, Л. В. Романів, Ю. Б. Ячнюк та ін. – Чернівці: Книги – XXI, 2009. – 432 с.
3. Горшунова Н. К. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии / Н. К. Горшунова // Современные наукоемкие технологии. – 2004. – № 3. – С. 55-58.

4. Журавлева, Т. П. Основы гериатрии: Учебное пособие / Т. П. Журавлева. - М.: Форум, 2016. – 271 с.
5. Каптелин А. Ф., Ласская Л. А. Трудовая терапия в травматологии и ортопедии. — М. : Медицина, 1979. — 176 с.
6. Мелентьева, А. С. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 2. Введение в клиническую гериатрию / Под редакцией В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 784 с.
7. Назар П.С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – К. : Медицина, 2006. – 130 с.
8. 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.
9. Чеботарев Д. Ф. Гериатрия в клинике внутренних болезней / Д. Ф. Чеботарев. – М. : Здоров'я, 2015. – 304 с.
10. Швесткова Ольга, Свещена Катержина та кол. Ерготерапія: Підручник. – Київ, Чеський центр у Києві, 2019. – 280 с.

Допоміжна:

1. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
2. Пинчук И. Я. Общие понятия о реабилитации пожилых людей / И. Я. Пинчук. – К., 2007. – 183 с.
3. Савельева, Е. Терапия трудом / Е. Савельева // Социальная защита. – 2003. – № 9. – С. 8–13.
4. Чайковская В. В. Геронтология и гериатрия: учебник для студентов, врачей и социальных работников / В.В. Чайковская; под ред. А. А. Аканова. – Алматы, 2013. – 424 с.
5. Холостова, Е. И. Социальная реабилитация : учеб. пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – М. : Дашков и К, 2002. – 339 с.

Інформаційні ресурси інтернет:

1. Эрготерапия [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // <https://physrehab.ru/glossary/occupational-therapy/>
2. Ерготерапія [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // <https://uk.wikipedia.org/wiki/>
3. Эрготерапия: лечение занятиями, в которых есть смысл и удовольствие [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // <https://xn--80aidamjr3akke.xn--p1ai/articles/ergoterapiya-lechenie-zanyatiyami-v-kotoryh-est-smysl>
4. Эрготерапия [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // <https://www.ugmk-clinic.ru/article/articles/ergoterapiya/>

svit@stupa

svit@stupa

svit@stupa

svit@stupa

svit@stupa

svit@stupa

svit@stupa

svit@stupa

svit@stupa