

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

Наталія Грейда

ОСНОВИ ЕРГОТЕРАПІЇ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ТРЕНУВАННЯ

Конспект лекцій



Луцьк, 2022

УДК 615.825:796

Г81

Рекомендовано до друку науково-методичною радою Волинського
національного університету імені Лесі Українки
(Протокол № 6 від 23 лютого 2022 р.)

Рецензенти:

Якобсон Олена Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічної медицини Волинського національного університету імені Лесі Українки

Гордійчук Віктор Іванович - кандидат наук з фізичного виховання та спорту, завідувач кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету "Україна"

Грейда Н.Б. Основи ерготерапії та функціональне тренування: конспект лекцій. Луцьк, 2022. 50 с.

У конспекті лекцій дано обґрунтування вибору методів та засобів ерготерапії, які спрямовані на поступове навчання пацієнтів правильним (простим і складним) рухам; на формування навичок самообслуговування для покращення загального стану та зниження ризику появи вторинних ускладнень.

Рекомендовано здобувачам освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія», які вивчають навчальну дисципліну «Основи ерготерапії та функціональне тренування», фахівцям з фізичної терапії (реабілітації). Буде корисними для науковців та викладачів в галузі охорони здоров'я.

УДК 615. 825(075.8)

Г81

© Грейда Н.Б., 2022.

© Волинський національний
університет імені Лесі Українки, 2022

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Опис навчальної дисципліни.....	8
Структура навчальної дисципліни	8
Тематичний план лекційних занять	10
Зміст лекційних занять.....	10
Завдання для самостійного опрацювання.....	39
Політика оцінювання	39
Підсумковий контроль	42
Список використаних джерел	43
Перелік питань до іспиту	46
Висновки	49



ВСТУП

Навчальна дисципліна «Основи ерготерапії та функціональне тренування» - це особливості навчання техніки переміщення та навичкам самообслуговування осіб після травм, осіб з вродженими та набутими дефектами опорно-рухового апарату та осіб з інвалідністю. Вибір методів та засобів фізичної терапії та ерготерапії залежить від загального стану хворого, наявності супутніх захворювань та ускладнень, а також після консультації з лікуючим лікарем щодо наявних протипоказів та застережень. Якнайшвидший початок процесу реабілітації (вже у відділенні інтенсивної терапії) сприяє покращенню загального стану пацієнта та суттєво знижує ризик появи вторинних ускладнень (відлежани, контрактури, дихальні ускладнення тощо). Фізична терапія та ерготерапія проводиться після стабілізації стану пацієнта. Заняття розпочинаються лише після бесіди з пацієнтом на тему усвідомлення необхідності навчання новим руховим діям. Свідома та активна участь пацієнта, його власна мотивація та розуміння потреби до навчання в разі сприяє досягненню ефективного результату та самостійності пацієнта.

Основний принцип запропонованої програми занятійної науки - виконання рухових дій спочатку в полегшених умовах, потім - в умовах стаціонарної палати чи кімнати, та розвиток тих фізичних якостей, які необхідні для виконання специфічних рухових дій.

Пререквізити (попередні курси, на яких базується вивчення дисципліни) - нормальна анатомія людини (за професійним спрямуванням); нормальна фізіологія людини (за професійним спрямуванням); функціональна анатомія; основи загальної патології; обстеження, методи оцінки та контролю при порушенні діяльності серцево-судинної та дихальної системи; терапевтичні вправи; основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії (вступ до спеціальності); клінічний реабілітаційний менеджмент при порушенні діяльності ОРА.

Постреквізити (дисципліни, для вивчення яких потрібні знання, уміння і навички, що здобуваються після закінчення вивчення даної дисципліни) – навчальні дисципліни в магістратурі за спеціальністю.

Метою викладання навчальної дисципліни «Основи ерготерапії та функціональне тренування» є формування у студентів цілісного уявлення про методику фізичної терапії та ерготерапії, яка спрямована на поступове навчання правильним (простим і складним) рухам; на формування навичок самообслуговування, тобто тих вмінь, які необхідні особі для самостійного харчування, справляння потреб, користування ванною кімнатою та одяганням/роздяганням; використання технічних допоміжних засобів і сучасних технологій.

Основним завданням дисципліни «Основи ерготерапії та функціональне тренування» є:

- сформувавши у студентів цілісне уявлення про методику фізичної терапії та ерготерапії, яка спрямована на поступове навчання правильним рухам;
- мати спеціальні концептуальні знання, які потрібні для покращення побутових дій пацієнта;
- досягнути максимально можливої незалежності пацієнта у навичках самообслуговування;
- сформувавши розуміння сфер діяльності ерготерапевта, таких як повсякденна та інструментальна діяльності та участь у соціальному житті;
- виробити базові навички розробки індивідуальної реабілітаційної програми застосування *навичками самообслуговування*;
- навчити класифікувати рухові навички в залежності від впливу на організм людини;
- забезпечити уміння розвивати ті фізичні якості, які необхідні для виконання специфічних рухових дій;

- навчити використовувати технічні допоміжні засоби і сучасні технології.

До завершення навчання студенти повинні:

знати:

- класифікацію та характеристику основних засобів поступового навчання правильним рухам;
- основні показання та протипоказання до застосування засобів навчання правильним рухам на різних етапах реабілітації;
- засоби фізичної терапії та ерготерапії для ліквідації, або компенсації рухових порушень та активності;
- реабілітаційний вплив засобів та методів фізичної терапії та ерготерапії при порушенні діяльності опорно-рухового апарату;
- реабілітаційний вплив засобів фізичної терапії та ерготерапії при неврологічних розладах;
- визначити правила надання навичок самообслуговування;
- основні допоміжні засоби та інвентар, що використовуються при проведенні ерготерапії; методики навчання самостійному вдягання та переміщенню;
- методики визначення наявних порушень; особливості складання плану та заходів з ерготерапії;
- заходи ерготерапії при обмеженні самообслуговування у геріатричних осіб; рекомендації по догляду за собою для геріатричних хворих;
- допоміжний інвентар по догляду за собою;
- заходи допомоги пацієнтам під час купання, використання туалету, прийому їжі; заходи, що полегшують вдягання при дисфункціях верхніх кінцівок;

- визначити правила в оволодінні основними руховими навичками, які необхідні для виконання різних рухових дій.
-

вміти:

- застосовувати основні засоби поступового навчання правильним рухам;
- виконувати та навчити застосовувати засоби навчання правильним рухам на різних етапах реабілітації;
- виконувати та навчити застосовувати засоби фізичної терапії та ерготерапії для ліквідації, або компенсації рухових порушень та активності;
- виконувати та навчити застосовувати засоби та методи фізичної терапії та ерготерапії при порушенні діяльності опорно-рухового апарату; при неврологічних розладах;
- безпечно та ефективно виконувати програму надання навичок самообслуговування;
- безпечно та ефективно виконувати програму виконання рухових дій в полегшених та ускладнених умовах;
- безпечно та ефективно виконувати програму в оволодінні основними руховими навичками, які необхідні для виконання різних рухових дій;
- застосовувати засоби ерготерапії, які допомагають та полегшують процес переміщення в умовах власного житла та поза домашнім житлом;
- застосовувати засоби ерготерапії, які допомагають та полегшують побутові справи;
- застосовувати засоби ерготерапії, які допомагають та полегшують процес одягання, роздягання;
- застосовувати засоби ерготерапії, які допомагають та полегшують виконання гігієнічних процедур;
- застосовувати засоби ерготерапії, які допомагають та полегшують приймати їжу;

- використовувати технічні допоміжні засоби і сучасні технології;
- здійснювати ерготерапевтичне втручання для пацієнтів з різними типами функціональних порушень

ОПИС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Найменування показників	Галузь знань, спеціальність, освітня програма, освітній ступінь	Характеристика навчальної дисципліни
Денна форма навчання	Галузь знань: 22 - Охорона здоров'я Спеціальність: 227 - фізична терапія, ерготерапія Освітньо-професійна програма: фізична терапія, ерготерапія Освітній ступінь: Бакалавр на базі диплому молодшого спеціаліста	Нормативна
		Рік навчання <u>3</u>
		Семестр <u>6-ий</u>
Кількість годин/кредитів <u>120/4</u>		Лекції 14 год.
		Лабораторні заняття 26 год.
ІНДЗ: <u>намає</u>		Самостійна робота 74 год.
	Консультації 6 год.	
	Форма контролю: екзамен	

СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Назви змістових модулів і тем	Усього	Лек.	Лаб.	Сам. роб.	Конс.	*Форма конт-лю/ Бали
Змістовий модуль 1. Обстеження та методичні основи навчання правильним рухам осіб, які потребують сторонньої допомоги та осіб з інвалідністю						
Тема 1. Ерготерапевтичне оцінювання, функціональне обстеження функціональних пошкоджень різного типу (порушення функції)	14	2	2	9	1	ДС РМГ/5
Тема 2. Сфери діяльності ерготерапевта (повсякденна діяльність, інструментальна діяльність, соціалізація)	16	2	4	9	1	ДС РМГ/5
Тема 3. Адаптація навколишнього середовища та засобів побутового користування до потреб осіб з особливими потребами. Характеристика основних засобів навчання самообслуговування пацієнтів	15	2	4	9		ДС РМГ/5
Тема 4. Оцінювання великої моторики. Організація ерготерапії руки та розвитку дрібної моторики	14	2	2	9	1	ДС ДБ РМГ/5
Разом за модулем 1	60	8	12	37	3	20
Змістовий модуль 2. Формування середовища життєдіяльності для маломобільних груп населення						
Тема 5. Ергодіагностика	14	2	2	9	1	ДС РМГ/5
Тема 6. Ерготерапія при порушенні розумового розвитку. Ерготерапія при аутизмі.	15		4	9		ДС РМГ/5
Тема 7. Дитяча ерготерапія	16	2	4	9	1	ДС РМГ/5
Тема 8. Ерготерапія людей похилого та старечого віку.	17	2	4	10	1	ДС РМГ/5
Разом за модулем 2	62	6	14	37	3	20
Види підсумкових робіт						Бал
Модульна контрольна робота №1						30
Модульна контрольна робота №2						30
Всього годин / Балів	120	14	26	74	6	100

*Форма контролю: ДС – дискусія, ДБ – дебати, Т – тести, ТР – тренінг, РЗ/К – розв’язування задач / кейсів, ІНДЗ / ІРС – індивідуальне завдання / індивідуальна робота студента, РМГ – робота в малих групах, МКР / КР – модульна контрольна робота/ контрольна робота, Р – реферат, а також аналітична записка, аналітичне есе, аналіз твору тощо.

Тематичний план лекційних занять

Тема 1. Історія розвитку ерготерапії. Професійні обов'язки ерготерапевта.
Мета застосування ерготерапії в комплексних реабілітаціях.

Тема 2. Основні методи ерготерапії. Основні принципи ерготерапії.
Принципи відновної терапії, на засадах якої сформувалася ерготерапія. Методи обстеження у ерготерапії для різних нозологічних груп пацієнтів. Анамнез (розмова). Спостереження. Стандартизовані тести.

Тема 3. Оцінювання великої моторики. Оцінювання дрібної моторики.
Оцінювання хапання. порушення хапання. Оцінювання чутливості

Тема 4. Ерготерапія пацієнтів з руховими порушеннями. Ерготерапія для пацієнтів із психосоціальними розладами. Ерготерапевтичні методи, що використовуються для пацієнтів з різним порушенням функцій.

Тема 5. Ергодіагностика

Тема 6. Дитяча ерготерапія

Тема 7. Ерготерапія людей похилого та старечого віку.

Зміст лекцій

Тема 1. Історія розвитку ерготерапії. Професійні обов'язки ерготерапевта.

Мета застосування ерготерапії в комплексних реабілітаціях.

Короткий виклад матеріалу

Зробімо крок назад і подивимось на історію окупаційної терапії (ерготерапії). Чи можна виокремити окремі фактори, підґрунтя, основні поштовхи її створення?

Ідея ОТ виникла у 18 столітті у Франції, в межах руху «моральна терапія», активними учасниками якого були Філіп Пінель та Вільям Тук. Вони вірили у повагу до кожної особистості, незалежно від її фізичного і розумового стану. Вони вперше застосували повсякденну діяльність для реабілітації людей з

різного роду інвалідностями, психологічними та психічними проблемами, які на той час утримувались як у в'язниці.

У 1917 році окупаційна терапія стала офіційною професією. Після Першої та Другої світових війн, окупаційні терапевти почали працювати із ветеранами війни, використовуючи повсякденні дії, щоб прискорити процес їхньої реабілітації.

Сьогодні окупаційні терапевти працюють у різноманітних закладах, зокрема, у лікарнях, школах, дошкільних закладах, закладах для людей похилого віку, у закладах послуг для громади.

Термін «Ерготерапія» походить від латинського *ergon* – праця, заняття, і грецького *therapia* – лікування. Ерготерапія – це комплекс методів, що спрямовані на допомогу пацієнту в повсякденному житті й сприяють розвитку, відновленню й підтримці необхідних побутових навичок і дій. Цей розділ медицини вивчає методи і засоби відновлення рухової активності кінцівок за допомогою різних тренажерів і ігрових завдань. Ерготерапія направлена на зцілення через діяльність.

Мета ерготерапії – не просто відновити втрачені рухові функції, а й заново адаптувати людину до нормального життя, допомогти йому досягти максимальної самостійності і незалежності в побуті.

Дуже складно зрозуміти окупаційна терапія, а перекласти ще складніше. Особливо на українську чи російську. Труднощі викликає слово «occupation», яке в ОТ означає «повсякденні дії».

Для Вас це може означати приготування обіду, прання одягу, будь-що, що Ви робите щодня. Для матері - це піклування про її дітей, готування їм їжі, одягання; для студентів – навчання та виконання домашніх завдань. Особливістю ОТ є те, що ми використовуємо ці повсякденні дії як терапію.

Коли ви виконуєте ці дії із відповідною метою, вони набувають особливого психологічного, соціального та емоційного значення. ОТ приділяє значну увагу потребам пацієнта та тому, що йому подобається, чого він хоче, до чого прагне;

так само і тому, хто він, що хоче робити, чого від нього очікують і що йому потрібно.

Окупаційні терапевти розглядають людину як ціле та враховують те, яким є її фізичне тіло, психічний стан, оточення, соціальна підтримка та мотивація. Увага приділяється моторним навичкам, когнітивним здібностям (явища пов'язані з мисленням; такі як: сприйняття, інтелект, мова, пам'ять, увага, міркування, емоції, розум і навіть свідомість), емоційному та психологічному здоров'ю, навичкам соціальної взаємодії. Окупаційний терапевт розробляє підхід до кожного випадку, щоб допомогти людині стати більш незалежною та покращити якість її життя.

Хто є цільовою аудиторією окупаційної терапії?

Кожен. Зокрема можна виділити роботу з людьми з інвалідністю будь-якої форми, а також тих, хто одужує після травми. Ще під час навчання ми маємо заняття у лікарнях для передчасно народжених дітей, у закладах з послуг у громаді та в закладах для людей похилого віку. ОТ підходить для всіх людей, які хочуть стати більш незалежними та інтегруватись у соціальне життя.

Як можна визначити мету ОТ?

Основне призначення ОТ – покращити якість життя людини. Тож ми працюємо з різного роду перешкодами, які заважають повноцінному життю. Такими як захворювання, інвалідність чи навіть похилий вік.

Як використовуються повсякденні дії, щоб вони мали терапевтичний ефект?

Існує робоча рамка ОТ. Ми розділяємо сфери терапії, які ми називаємо сферами діяльностей, у 8 секцій. Перша секція називається «Повсякденні діяльності». До «Повсякденних діяльностей» відноситься те, що є критично важливим для життя: їсти, купатися, спати, чистити зуби тощо.

«Інструментальні діяльності» становлять другу секцію та передбачають наступне: ведення хатніх справ, задоволення медичних потреб, сплата комунальних послуг, похід у кафе тощо.

Іншими секціями є: відпочинок і сон; освіта; робота; гра; дозвілля; участь у соціальному житті.

Тема 2. Основні методи ерготерапії. Основні принципи ерготерапії.

Принципи відновної терапії, на засадах якої сформувалася ерготерапія.

Методи обстеження у ерготерапії для різних нозологічних груп пацієнтів.

Анамнез (розмова). Спостереження. Стандартизовані тести.

Короткий виклад матеріалу

Ерготерапія – це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, що спрямована на тренування дрібної моторики і координації, вона включає в себе знання з декількох спеціальностей – психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії. За допомогою ерготерапії поліпшуються не тільки рухові, а і когнітивні й емоційні можливості [7]. Ерготерапія розроблена ще й для того, щоб пробудити в пацієнтах бажання вчитися чомусь новому, спілкуватися на рівних зі своїм оточенням, розважатися і навіть піклуватися про інших. Повсякденна діяльність включає в себе самообслуговування, трудову діяльність, дозвілля і пов'язані з цим міжособистісні відносини. Кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людини, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті [8].

Для України ерготерапія – порівняно новий метод реабілітації, однак в Західній Європі та Америці вона відома більше 60 років. Ця спеціальність почала формуватися в післявоєнні роки, коли з фронту додому повернулися люди, яких війна перетворила в інвалідів. Всі вони потребували реабілітації. Їх доводилося заново вчити робити найелементарніші речі, необхідні в повсякденному житті – самостійно вмиватися і одягатися, тримати виделку, підтримувати чистоту в будинку. Але, крім того, ці люди потребували і соціальної адаптації. Адже здорова людина, що раптово постраждала від хвороби, часто падає духом і починає вважати, що відтепер життя для неї закінчено. Вона стає пасивною і

залежною, а це не тільки відсуває одужання на невизначений термін, а й ускладнює життя її близьких, яким і так живеться нелегко. Саме для того, щоб змінити цю ситуацію, і були розроблені методи ерготерапії [9].

Ерготерапія пропонує унікальний міждисциплінарний реабілітаційний підхід, який поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації (абілітація – система заходів та соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування) [10] та компенсації (адаптації). Реабілітація має на меті відновлення функцій організму, які були втрачені внаслідок хвороби або травми.

Наприклад, ерготерапевти працюють над відновленням великої та дрібної моторики після ортопедичної травми для відновлення функцій опорно-рухового апарату. Так, людина із множинними переломами кісток верхньої кінцівки та ураженнями нервів звертається із направленням лікаря до ерготерапевта. Ерготерапевт підбирає індивідуальну програму фізичних вправ для ураженої кінцівки, навчає пацієнта, як правильно контролювати набряк, за необхідності виготовляє ортези і складає реабілітаційну програму занять для відновлення втрачених функцій.

Завдяки ерготерапевту людина відновлює можливість користуватися мобільним телефоном, відкривати кран у ванній кімнаті, самотійно застібнути гудзики на одязі та ін. Абілітація спрямована на здобуття нових навичок та вмінь для виконання завдань у повсякденному житті. Наприклад, дитина із вродженою патологією розвитку за допомогою ерготерапевта вчиться інтегрувати примітивні рефлекси для того, щоб самотійно підвестися із ліжка вранці, а дитині із аутизмом ерготерапевт допомагає навчитися послідовності виконання дій ранкового ритуалу. Із фізичної точки зору, ерготерапевт допомагає дитині розвивати опорно-рухову, когнітивну (пізнання, перетворення) та сенсорну систему організму для того, щоб, наприклад, самотійно ходити в туалет.

Компенсація або адаптація є невід'ємною та творчою частиною ерготерапії, яка дає можливість людям брати участь у повсякденному житті, незважаючи на обмежені можливості свого організму. За відсутності необхідної функції організму, людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій. Прикладом адаптації людини із інвалідністю може бути використання протезів людьми із ампутаціями, комп'ютерних систем людьми із паралічем усіх кінцівок, створення адаптованих столових приборів для самостійного харчування, використання альтернативного методу одягання сорочки, або навіть пристосування ванної кімнати до потреб людини, яка користується інвалідним візком.

Найважливіше завдання ерготерапії – допомога у вирішенні конкретних проблем, які виникають у пацієнта при виконанні нормальних повсякденних справ, для цього він повинен виконувати різні вправи, наприклад, відкривання дверей, малювання якоїсь фігури (кола) тощо. Контролюючи процес, лікар усвідомлює для себе фактичне обмеження обсягу рухів пацієнта та складає індивідуальний план терапії для хворого.

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

Постановою Кабінету Міністрів України від 01 лютого 2017 року № 53 було внесено до Переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти спеціальності «227 Фізична терапія, ерготерапія» для ступеня бакалавр і «227.01 Фізична терапія», «227.02 67 Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології № 1 / 2017

Ерготерапія» для ступеня магістр. Відповідні доповнення внесено наказом МОЗ від 07.11.2016 № 1171 до Випуску 78 «Охорона здоров'я» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Так, лікар фізичної та реабілітаційної медицини повинен мати повну вищу освіту (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціальності «Медицина», а також спеціалізацію за фахом «Фізична та реабілітаційна медицина» (магістерський рівень освіти) або диплом магістра за спеціалізацією «Фізична та реабілітаційна медицина». Відповідно, лікарю-фізичному терапевту необхідно мати диплом про вищу освіту за спеціалізацією «227.01 Фізична терапія», а лікарю-ерготерапевту – «227.02 Ерготерапія» [11].

Ерготерапія: 1) при різній патології ерготерапія допомагає людям у повноцінній життєдіяльності – тобто в усьому, чим ми займаємося від першої хвилини, як прокидаємося зранку, до того моменту, коли засинаємо вночі; 2) зміни, які проводяться у підготовці фахівців з фізичної терапії та ерготерапії направлені на підвищення якості освіти випускників вищих учбових закладів, престижу спеціальностей «Фізична терапія та ерготерапія», які вкрай потрібні в сучасній Україні.

Тема 3. Оцінювання великої моторики. Оцінювання дрібної моторики.

Оцінювання хапання. Порухення хапання. Оцінювання чутливості

Ерготерапія є важливою частиною реабілітації. Ерготерапія здійснюється на усіх її етапах, тобто під час медичної, соціальної, педагогічної, освітньої та трудової реабілітації.

Ерготерапевти мають можливість здійснювати професійну діяльність як у сфері охорони здоров'я, так і у сфері соціальних послуг. У медичних закладах ерготерапевти працюють у відділеннях, де рятують життя пацієнтів (наприклад, у відділенні цереброваскулярної патології), у клінічних відділеннях з гострою патологією, у денних стаціонарах, в амбулаторіях та у стаціонарних відділеннях спеціалізованих медичних закладів. У сфері соціальних послуг ерготерапевти

працюють у денних стаціонарах різного типу, будинках для людей похилого віку й інших закладах. Принципово важливим в обстеженні, яке проводить ерготерапевт, є визначення психосенсомоторної здатності людини працювати. В системі охорони здоров'я людину з інвалідністю називають «пацієнт», тоді як у соціальній сфері — «клієнт». Фізотерапевт професійно запитаний і в медицині, і в соціальній сфері, тож може використовувати обидва терміни: термін «пацієнт» — у медзакладах, а термін «клієнт» — у сфері соціальних і трудових послуг, в ергодіагностиці та трудовій реабілітації (англ. prevocational and vocational rehabilitation). У своїй практиці з клієнтами 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.

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

Перш за все, ерготерапевт проводить детальне дослідження рухових можливостей хворого, навичок самообслуговування, відчуття хворим власного тіла і навколишнього простору, ступеня уваги хворого до своєї проблеми.

На підставі отриманих даних ерготерапевт підбирає комплекс індивідуальних для кожного хворого заходів. Так, наприклад, в одному випадку хворого можна відразу ж вчити ходити і користуватися ліфтом, а в іншому випадку доведеться починати з тренінгу по пересуванню в ліжку, одягання, особистої гігієни та висаджування.

Також ерготерапевт підбирає технічні засоби реабілітації та інвалідну техніку, налаштовує і адаптує їх під конкретного хворого і навчає їх використання.

Ерготерапія - це важливий інструмент, яким повинен володіти фахівець. Саме тому всі наші інструктори проходять обов'язкове навчання і підвищення кваліфікації з ерготерапії на базі навчального центру. Чи не правда, це зручно?

Одне з важливих напрямків діяльності ерготерапевтами - Ерготерапія руки. Лікар допомагає пацієнтові відновити функції руки, такі як: опора і рух; маніпуляція з предметом, захоплення; комунікація, жестикуляція. Іншими словами, відбувається відновлення рухливості суглобів, відновлення рухів руки і контролю над рухом, відновлення функціональної активності, що необхідно в звичайному житті.

Ерготерапія руки може застосовуватися при багатьох захворюваннях рук, таких як травми, переломи, інсульт, неврологічні захворювання, ревматизм, ревматоїдний артрит, контрактури, запальні захворювання, тунельні синдроми і т.д. Доцільність застосування окремих методик ерготерапії в кожному конкретному випадку визначає ерготерапевт

Мета в ерготерапії - обов'язкова умова лікування. Всі заходи повинні бути спрямовані на досягнення конкретних, зрозумілих і вимірних цілей. Всі цілі терапії ерготерапевт ставить спільно з пацієнтом, орієнтуючись, перш за все, на його потреби.

Родичі і найближче оточення хворого - ще один невід'ємний компонент реабілітації. Ерготерапевт погодить свої дії з родичами і обговорює з ними цілі і завдання лікування. Крім того, родичі повинні знати, як хворий виконує ту чи іншу дію. Це дозволить продовжувати лікування і під час відсутності ерготерапевтами. Спеціаліст обов'язково навчає родичів хворого необхідним навичкам.

Тема 4. Ерготерапія пацієнтів з руховими порушеннями. Ерготерапія для пацієнтів із психосоціальними розладами. Ерготерапевтичні методи, що використовуються для пацієнтів з різним порушенням функцій

Короткий виклад матеріалу

Методи і тренінги, які використовують в ерготерапії:

- Тренінги Активності повсякденному житті (ADL): одягання, пересування, прийом їжі, особиста гігієна.
- Нейропсихологічний тренінг.
- Подолання неглекта.
- Метод сенсорної інтеграції.
- Дзеркальна терапія.
- Метод Перфетто.
- Базальна стимуляція.
- Метод рефлекторної інтеграції.
- Когнітивно-поведінкова терапія.

Тренінги Активності повсякденному житті (ADL)

Дані тренінги направлені на відновлення і підтримання базових навичок самообслуговування, таких як одягання, прийом їжі, умивання, переміщення в ліжку і т.д. Крім безпосереднього відновлення елементарних соціальних навичок, ці тренінги роблять життя хворого більш активної, привчають до самодисципліни і дають відчуття комфорту і незалежності від оточуючих.

Нейропсихологічний тренінг

Тренінг спрямований на відновлення розумових і пізнавальних здібностей пацієнта, на відновлення пам'яті, на здатність утримувати увагу, а також на здатність вчасно його перемикаєти.

Тренінг подолання неглекта

Однією з важливих задач в процесі реабілітації є тренінг подолання неглекта. Неглект - це порушення сприйняття простору і власного тіла, що виражається в ігноруванні паретичної половини тулуба і / або простору та інформації з ураженої сторони. Розрізняють такі види неглекта: зоровий, сенсорний, руховий, слуховий. Для подолання неглекта використовуються різні прийоми залучення уваги до ураженій стороні: підбираються зорові і тактильні стимули. Часто для залучення уваги до ураженій стороні доводиться перекладати хворого і переставляти меблі в кімнаті. Великий складністю в подоланні неглекта є усвідомлення самого дефекту. В першу чергу хворого потрібно навчити пам'ятати про те, що він недостатньо уваги приділяє одній стороні. У лікуванні неглекта активно застосовуються різні маркери, що підвищують помітність.

Методи сенсорної інтеграції

Даний метод дозволяє за допомогою різних стимулів (тактильних, пропріоцептивних, і т.д) відновити відчуття окремих частин тіла, їх положення в просторі, напрямку і швидкості руху.

Дзеркальна терапія

Тренінг проводиться з використанням дзеркала, яке встановлюється таким чином, щоб створене відображення здорової кінцівці сприймалося як хвора кінцівка. Дзеркальна дозволяє подолати відвикання від хворої кінцівки. Для даного виду терапії важливо, щоб пацієнт міг сконцентруватися на виконанні завдання.

Метод Перфетто

За допомогою даної методики пацієнт отримує можливість заново отримувати інформацію від власного тіла, метод дозволяє навчити відчувати

своє тіло, розрізняти положення частин тіла. За рахунок такого перенавчання можна значно поліпшити контроль за рухами і зменшити спастичу. Метод Перфетто - це метод дотиків. Ерготерапевт торкається до різних ділянок тіла і кінцівок. Хворий навчається розрізняти дотики по силі, напрямку, жорсткості, текстурі і т.д. Також пацієнт вчиться диференціювати руху в кожному суглобі, розрізняти положення окремих сегментів тіла і кінцівок. Хороші результати дає метод Перфетто в лікуванні неглекта.

Базальна стимуляція

Це метод, завдяки якому у пацієнта з обмеженням функцій частин тіла відбувається стимуляція органів сприйняття і обробки інформації за допомогою найпростіших (базових - від basis, основних) подразників, внаслідок чого ці обмеження знімаються.

Пацієнт заново навчається:

- сприймати своє тіло і його кордони;
- сприймати частини тіла і їх функції
- зберігати рівновагу і сприймати положення свого тіла в просторі.

Види базальної стимуляції:

- соматична - стимулюється чутливість різних частин тіла за допомогою дотиків,
- вестибулярна - стимуляція вестибулярного апарату, рівноваги тіла в спокої і при русі,
- вібраційна - стимулюється чутливість різних частин тіла за допомогою вібруючих пристроїв: іграшок, масажерів і т.д.

Методи рефлексорної інтеграції

Метод спрямований на придушення і інтеграцію зберігаються рефлексів новонароджених.

Рефлекси новонароджених - група рефлексів, формуються у дитини до народження і службовців для забезпечення нормального проходження через родові шляхи і життєдіяльності новонародженого протягом перших місяців. Ця група рефлексів включає в себе рефлекс Моро, асиметричний шийно-тонічний

рефлекс, симетричний шийно-тонічний рефлекс, лабіринтно-тонічний рефлекс, рефлекс Галанта, рефлекс Бауера, рефлекси орального автоматизму, долонно-ротовий, хапальний рефлекси.

У нормі ці рефлекси пригнічуються (інтегруються) протягом першого року життя. Якщо інтеграції не відбулося, вони перестають виконувати свою функцію і починають заважати формуванню природних рухів.

Для корекції моторних патернів кожного рефлексу складається свій комплекс вправ. Ці ж вправи знімають м'язову напругу, дозволяють стимулювати проприоцептивну систему, налагоджують взаємозв'язок між групами м'язів, сухожиллями і зв'язками.

Когнітивно-поведінкова терапія

Це метод лікування психічних розладів і психологічних проблем, при якому виявляються свідомі і несвідомі причини (негативні установки - каганець) і виробляється тактика для їх коригування. Даний вид терапії має на увазі активну взаємодію лікар-пацієнт, в результаті якого формується раціональна поведінка з оптимістичним поглядом на стресові ситуації.

Коли ми виявляємо, що є бар'єри для участі у цих сферах, ми використовуємо відповідні методи допомоги.

Спробуємо на прикладі. Є людина з інвалідністю, якій важко чистити зуби. Вона може взяти зубну щітку, але внаслідок певних порушень рухової функції, їй непросто виконати цю дію. Як окупаційний терапевт допоможе з цим?

Це залежить від типу інвалідності. Кожна інтервенція (метод втручання) фокусується на людині індивідуально, тому немає загального способу роботи з клієнтом.

Припустімо, що ми маємо справу з атактичним типом церебрального паралічу – у людини може бути просто недостатньо м'язової сили, щоб використовувати зубну щітку. Будь-який фахівець, який не є окупаційним терапевтом, за цього випадку працюватиме на зміцнення м'язів рук. Ми зробимо

це ж саме, але використаємо для цього звичайну діяльність. Одним з таких занять може бути гра з глиною.

А як розуміти сектор дозвілля? Як окупаційний терапевт може його використовувати, щоб допомогти людині соціально інтегруватись?

Часто бар'єром у сфері дозвілля є психічне, психологічне або емоційне порушення. Ми навчаємо своїх пацієнтів копінговим стратегіям, дихальним вправам, інколи займаємось йогою. Ми можемо говорити про їхні тривоги, чому вони бояться бути у громадських місцях. Часто проводиться групова терапія, може використовуватись рольова гра, щоб розглянути різні стратегії соціальної взаємодії.

Переваги ОТ – це те, що терапевт дійсно проходить зі своїм пацієнтом через щоденну рутину. Коли пацієнту потрібно сходити в магазин, терапевт піде разом з ним і навчатиме його робити це самостійно. І це допомагає клієнту інтегруватися в соціальне життя.

Тема 5. Ергодіагностика

Короткий виклад матеріалу

Ергодіагностика або дотрудова реабілітація є одним із засобів реабілітації.

Комплексний ергодіагностичний процес визначає у пацієнта / клієнта залишковий трудовий потенціал і пропонує відповідну стратегію. Йдеться про пропозицію загального працевлаштування й рекомендації щодо введення у процес трудової реабілітації, в межах якої тренують / напрацьовують необхідні навички для обіймання певної посади. Ергодіагностику проводять у медичних закладах, пов'язаних із Центрами зайнятості, що мають у своїй компетенції трудову реабілітацію.

На ергодіагностичне дослідження приходять найчастіше такі особи:

- з діагнозами різного типу;
- з функціональними порушеннями різного рівня;
- активного віку з довгостроковою або постійною інвалідністю;

- з пенсією через інвалідність;
- які раніше ніколи не працювали;
- які мають значний трудовий анамнез;
- що мешкають вдома або у відповідній установі;
- зареєстровані у Центрі зайнятості.

Процедура ергодіагностики

В країнах західної Європи процес розпочинається із заяви, надісланої до Центру ергодіагностики.

Провести ергодіагностичне обстеження зазвичай просить Центр зайнятості, лікар або сам клієнт. Ергодіагностичне обстеження оплачує заявник. Якщо заявником є лікар, то воно оплачується коштом медичного страхування, оскільки це не класична ергодіагностика в прямому сенсі цього слова, а дослідження функціонального потенціалу. Якщо ж заяву подає Центр зайнятості, то він її оплачує ергодіагностику.

В ергодіагностичному центрі заяву опрацьовує координатор напряду ергодіагностики, найчастіше це медико-соціальний працівник. Координатор призначає клієнтові час медичного ергодіагностичного обстеження. Лікар скеровує на обстеження до інших фахівців, а саме:

- ергометричне обстеження;
- психологічне обстеження;
- ерготерапевтичне обстеження;
- фізотерапевтичне обстеження;
- соціальне дослідження;
- та інші (логопедичне, обстеження спеціальним педагогом тощо).

На консиліумі окремі фахівці міжпрофесійного реабілітаційного колективу надають свої рекомендації та висновки. Лікар несе повну відповідальність за ергодіагностичне дослідження, за окремі призначення й за остаточний висновок.

Зроблені висновки мають бути зафіксовані в заключному ергодіагностичному звіті лікаря, який надсилається у відповідний Центр зайнятості. У заключному звіті повинні бути вказані позитивні рекомендації, тобто те, що клієнт здатен робити самостійно, і чим конкретно він може займатися в межах трудового процесу із призначенням потрібних робочих допоміжних засобів, тривалості робочого дня, необхідних перерв тощо.

Для адміністративних працівників Центру зайнятості це може бути ключовою інформацією щодо можливостей заявника та його реалізації на ринку праці.

Заключний звіт має містити таку інформацію:

- Розгляд можливостей працевлаштування (пропозиція щодо посади).
- Трудовий потенціал клієнта (що клієнт може виконувати і який його поточний функціональний стан з огляду на можливості працевлаштування).
- Позитивні рекомендації для клієнта (з чим клієнт здатний впоратися й що може робити).
- Негативні рекомендації — обмеження для клієнта (з чим клієнт не справляється й чого не в змозі виконати).

На реабілітаційний консиліум, тобто на зустріч міжпрофесійного колективу, слід, у разі необхідності, запросити консультанта з вибору професії із відповідного Центру зайнятості або ж працівника агентства зайнятості. На цьому заході ще можна провести обговорення певних видів діяльності, щоб за його результатами встановити, чи пацієнт / клієнт може обіймати певну посаду. Наприклад, у великому місті необхідно навчити їздити на роботу громадським транспортом, якщо установа розташована далеко від місця проживання клієнта (пацієнта).

В ерготерапевтичному звіті лікаря має бути зафіксоване рішення, яка посада є прийнятною для клієнта, чи клієнт може повністю реалізуватися на цьому робочому місці, або ж його слід спрямувати на подальшу трудову

реабілітацію і приділити увагу практикуванню певних видів діяльності, щоб у майбутньому клієнт зміг отримати бажану роботу. Трудова реабілітація забезпечується відповідним Центром зайнятості, який веде облік осіб, зацікавлених у проведенні цього виду реабілітації. Деяким пацієнтам / клієнтам необхідно запропонувати можливість часткової зайнятості або ж захищеного робочого місця.

Під час процесу ергодіагностики незамінними є дослідження окремих фахівців міжпрофесійного колективу. Медико-соціальний працівник найчастіше виконує роль координатора ергодіагностики. В межах ергодіагностики фізіотерапевт проводить класичне фізіотерапевтичне обстеження, зорієнтоване на відповідний вибір професії. Тобто він оцінює, чи моторні можливості клієнта є на достатньому рівні, щоби він міг впоратися з обраною трудовою діяльністю та був спроможний надалі залишатися на цій посаді. Фізіотерапевт виконує – в рамках ергодіагностики – детальний кінезіологічний аналіз, включно з визначенням амплітуди руху основних «кореневих» суглобів, визначенням м'язової сили тощо. Фізіотерапевт проводить ергодіагностичне оцінювання та функціональне тестування в тісному співробітництві з ерготерапевтом. Клінічний психолог забезпечує психодіагностику в рамках ергодіагностики.

Ерготерапевт у зазначеному процесі займає чільне місце. Під час первинного обстеження ерготерапевт з'ясовує детальну інформацію про отриману клієнтом освіту, про досвід роботи, збирає соціальний анамнез, орієнтовно визначає рівень пізнавальних функцій. Він також визначає здатність виконувати повсякденну діяльність, функціональну моторику верхніх кінцівок, з'ясовує інтереси та звички клієнта, його щоденний і тижневий режим, обов'язки впродовж тижня, навички, уявлення про потенційну роботу, а також інші необхідні дані. Ерготерапевт використовує різноманітні тести, методи або типову діяльність, на підставі яких проводить аналіз результатів і розробляє план реабілітації, щоб забезпечити його реалізацію. У визначений час терапевт

ко ригує ерготерапевтичний план, надає консультації, проводить інструктаж, а наприкінці всього процесу дає остаточну оцінку та звіт.

Тема 6. Дитяча ерготерапія

Короткий виклад матеріалу

Рекомендації, як забезпечити дитину фізичною працею, що допоможе тренувати м'язи і працювати з пропріоцепцією. Проте втілюйте в життя ці рекомендації враховуючи вагу вашої дитини та можливості її м'язів на момент виконання завдань.

Запропонуйте дитині переносити об'єкти для своєрідного “заземлення”, надання відчуття ваги предметів. Це можна реалізувати у такий спосіб:

- вдягнути на плечі рюкзак, завантажений книгами під час виконання завдання;
- допомогти донести покупки з продуктового магазину або перенести пакети від машини до кухні, винести сміття;
- працювати в саду – принести відерце води чи чорнозему або горщики з розсадою квітів, тощо.

Практикуйте вправи на штовхання та притягування (підтягування) об'єктів, наприклад, запропонуйте малюку:

- погратися з дитячою машинкою чи візочком, попередньо завантаженими предметами (іграшки, книги, каміння, тощо);
- помити підлогу шваброю;
- разом працювати з ручною газонокосаркою;
- влаштувати перетягування канату.

Ефективними є вправи, що містять підстрибування.

Їх можна реалізувати через ідеї:

- влаштувати перегони у мішках (короткими стрибками на зігнутих ніжках - прострибати певну дистанцію);
- пострибати на батуті;
- робити зарядку з елементами стрибків.

Помічними стануть також способи альтернативного навчання:

- дозволити дитині виконувати завдання, лежачи або сидячи на підлозі (у зручний для неї спосіб);
- використовувати вертикальні поверхні для письма чи малювання (мольберт, Копіювальна панель “Далі” від Сенсорії).

Спробуйте використовувати обтяжені вироби у такий спосіб:

- покласти обтяжені іграшки на коліна чи плечі дитини під час навчання; здійснювати масаж з елементами тиснення;
- використовувати обтяжену ковдру під час сну або обтяжені накладки для ніг під час виконання задач. Важливо спостерігати за дитиною та її реакцією під час виконання запропонованих вправ і аналізувати, що саме її заспокоює, стимулює або викликає негативні емоції. Кожна дитина унікальна, тому й усі реакції є індивідуальними. Розуміння уподобань вашого малюка допоможе обрати найефективнішу стратегію для гармонійного розвитку.

Арт-терапія це лікування мистецтвом. Методи арт-терапії допомагають на відповідному рівні виявити, вивести з підсвідомості проблему, перевести її в поле свідомості, в фізичний світ, матеріалізувати на папері, піску. В арт-терапевтичній роботі може приймати участь практично кожна людина, незалежно від віку. Це не вимагає наявності у нього здібностей до творчості.

Арт-терапія одночасно розвиває та підвищує самооцінку дитини з інвалідністю. Відповідну терапію застосовують в корекції тривожності, агресивності, гіперактивності, гіпоактивності, та інших проблемах.

Головне гасло - «Арт-терапія розвиває творчі можливості. Під час занять людина може відкрити в собі невідомі раніше таланти».

Види арт-терапії, які відповідають традиційним видам мистецтв – глинотерапія, казкотерапія, пісочна терапія, фототерапія тощо. Крім того, кожний із цих видів мистецтва має безліч арт-терапевтичних технік, які застосовуються для вирішення внутрішніх і міжособистісних конфліктів.

На практичних заняттях з малювання експертом використано цікаві та раніше не використовувані на корекційних заняттях з дітьми з інвалідністю техніки.

Техніка малювання на вологому папері – “Fluid art”- це напрямок в мистецтві, зокрема в арт-терапії. «Fluid art» – захоплююча техніка малювання. На вологому папері поступово наносять фарби різного кольору при цьому змішуючи їх в одну композицію. Створення картин у цій техніці зачаровують абстрактним узорами фарб, різнокольоровими плямами, набрызками – кожен бачить в картині щось своє, що робить універсальний зразок сучасного мистецтва. Кожна картина – неповторна, її неможливо скопіювати або відтворити заново. Fluid art – запорука унікальності та ексклюзивності. Дана техніка розвиває у дітей перш за все фантазію, творче мислення, зорово-рухову координацію дуже корисна для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату – вони вчаться контролювати свої рухи, розвивають моторику рук.

Колаж – технічний прийом в образотворчому мистецтві, який ґрунтується на введенні у твір різних за фактурою та кольором предметів: шматків газет, афіш, шпалер тощо. При виготовленні колажу у дитини не виникає напруги, пов’язаної з відсутністю художніх здібностей, саме тому він дозволяє кожному учаснику процесу одержати успішний результат. Дану техніку більш широко представляють на практичних заняттях з дітьми, які мають діагноз дитячий церебральний параліч.

Фототерапія – на занятті експерт використовує сімейні фотографії, минулих років – оскільки зображені події хоча й залишились у минулому, але підсвідомо вони продовжують впливати на дитину. Фотографії допомагають учасникам занять пригадати минуле, зануритись, проаналізувати, усвідомити помилки, побачити образи.

Арт-терапія є дієвим способом соціальної адаптації. Саме діти з інвалідністю, найчастіше дуже сильно соціально дезадаптовані. Їм не вистачає спілкування. Арт-терапія дає їм впевненість більш активно і самостійно брати участь в житті суспільства. В арт-терапії не потрібно говорити (що не всім під

силу), в основному використовуються засоби невербального спілкування. Це дуже важливо для людей, яким складно висловити свої думки в словах.

Отже, для корекції психофізичних порушень необхідні нові не традиційні методи та моделі психолого-педагогічної допомоги. І саме арт-терапія є одним із таких методів, який використовує фарби, олівці, пісок, глину, пластилін, папір ... як засіб мобілізації інтелектуальних, емоційних, рухових, мовленнєвих та інших функціональних можливостей організму дитини з інвалідністю.

Сучасна арт-терапія включає такі види: ізотерапію (лікувальний вплив засобів образотворчого мистецтва – ліплення, малювання, декоративноприкладного мистецтва); бібліотерапію (лікувальний вплив читання); імаготерапію (через образ, театралізацію); музикотерапію (через сприйняття музики); вокалотерапію (лікування співами); кінезітерапію (лікувальний вплив рухів – танцювально-рухова терапія, корекційна ритміка) та ін. Можливості арт-терапії останнім часом все ширше використовуються в соціальнопедагогічній роботі з дітьми з особливими потребами з корекційною та реабілітаційною метою.

Розрізняють три форми арт-терапії: активну (клієнт сам створює продукти творчості – малюнки, скульптури, музичні твори, казки та ін.); пасивну (клієнт використовує художні твори, створені іншими людьми: розглядає малюнки, читає книги, прослуховує музичні твори тощо); змішану (клієнт використовує твори мистецтва для створення власних продуктів творчості). Однак найбільш розповсюдженими є два основні варіанти арттерапевтичної роботи – індивідуальна і групова форми арт-терапії. Кожна з них, у свою чергу, має певні різновиди.

Можна вибудувати такий процес за допомогою трьох методик малювання: у процесі організації ізотерапії (терапія зображувальним мистецтвом). Можуть застосовуватись різні методики малювання, а саме:

- вільне малювання, яке базується на індивідуальному виборі теми малювання або ж на власному баченні малюнка на задану тему;

- комунікативне малювання. Це групова робота, де група розбивається на пари і, за допомогою невербального спілкування, робить спільний малюнок на одному аркуші паперу;

- спільне малювання. Групова робота, у якій декілька учасників спільно малюють на задану тему, а після закінчення створення малюнка обговорюють внесок кожного члена команди.

З метою посилення корекційної дії таку роботу можна доповнити наступними видами діяльності: ліплення із глини, пластиліну, хліба; плетіння з волокнистих матеріалів; аплікації; створення колажів із підручних матеріалів; орігамі та ін.

Арт-терапія може також здійснюватися за допомогою такого різновиду як ігротерапія. В. Білан дає таке визначення ігротерапії – «...це застосування гри, яке впливає на розвиток особистості, сприяє створенню близьких стосунків між учасниками групи, допомагає зняти стрес та напруженість, підвищує самооцінку, та дозволяє повірити в себе адже в різних ситуаціях спілкування, ігрова ситуація дає змогу знизити психологічну напругу людей використовуючи роль іншої особистості» [5]. Лялькотерапія як різновид терапії в основному застосовується для роботи з дітьми з інвалідністю та заснована на ідентифікації дитини зі своїм улюбленим персонажем із мультфільму, казки з використанням іграшки. Деякі науковці вважають, що лялькотерапія це один із методів арт-терапії. Його суть терапії полягає в тому щоб в діях використовується саме лялька як основний об'єкт взаємодії.

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

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

Тема 7. Ерготерапія людей похилого та старечого віку

Короткий виклад матеріалу

У центрі роботи завжди стоїть саме конкретна унікальна людина, яка має деякі обмеження у виконанні активності. Ерготерапевта цікавить не лише стан людини і характер її захворювання. Аналізується все - оточення людини, те як вона жила до хвороби (якщо з'явилася з часом), особисті схильності і захоплення, рівень інтелекту.

КАНАДСЬКА ОЦІНКА ВИКОНАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ (COPM) В УМОВАХ КЛІЄНТО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПРАКТИКИ ЕРГОТЕРАПІЇ

Канадська оцінка виконання діяльності :

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

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

Продуктивна діяльність передбачає: наявність оплачуваної або неоплачуваної роботи, ведення домашнього господарства, освіта, волонтерська діяльність, гра.

Дозвілля включає: спокійний відпочинок, активна рекреація, соціалізація. Процес (COPM) складається з 4-х кроків.

Крок 1. Всі проблеми, про які згадує клієнт необхідно записати у відповідні розділи реєстраційної форми, де вони названі: Крок 1А (самообслуговування), Крок 1Б (продуктивна діяльність), Крок 1В (дозвілля).

Крок 2. Коли визначені проблеми, клієнта просять оцінити види діяльності з точки зору їх важливості в його житті за 10-ти бальною системою.

Важливість									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Зовсім не важливо					надзвичайно важливо				

Реєстраційна форма COPM

Таблиця 1

Крок 1 Визначення проблеми у виконанні діяльності	Крок 2 Оцінка важливості
Крок 1А. Самообслуговування: догляд за собою (одягання, прийом ванни, особиста гігієна, прийом їжі...)	Важливість 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Функціональна мобільність: пересаджування, переміщення всередині будинку і поза домом, активність у соціальному середовищі (транспорт, покупки, гроші)	Важливість 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Крок 1Б. Продуктивна діяльність Оплачувана/неоплачувана робота (волонтерська) Ведення домашнього господарства (прибирання, прання, приготування їжі) Гра/навчання (навички гри/домашні завдання)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Крок 1В. Дозвілля «Спокійні» захоплення (хоббі, ремесла, читання) Активний відпочинок (спорт, прогулянки, подорожі) Соціальне спілкування (візити, листування, розмови по телефону, вечірки)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<p>Крок 3. Визначення та підрахунок балів – первинна оцінка Вибрати з клієнтом 5 найбільш важливих для нього проблем і записати збоку. За 10-ти бальною системою попросіть оцінити кожен «активність» з точки зору її здатність виконання, а потім за 10-ти бальною системою – задоволеність виконанням цієї діяльності.</p>	<p>Виконання 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Цілком добре не виконую</p> <p>Задоволеність 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Дуже задоволений не задоволений</p>
<p>Планування та реалізація ерготерапевтичного втручання</p>	
<p>Крок 4. Повторна оцінка</p>	<p>Виконання 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Цілком добре не виконую</p> <p>Задоволеність 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Дуже задоволений не задоволений</p>

Таблиця 2

Реєстраційна форма СОРМ
з результатами повторної оцінки

Проблеми в активності	Первинна оцінка		Повторна оцінка	
	виконання	задоволеність	виконання	задоволеність
1				
2				
3				
4				
5				
Всього кількість проблем (С)	Сума виконання А1	Сума задоволеності В1	Сума виконання А2	Сума задоволеності В2
Підрахунок балів				
Загальний бал	А1/С	В1/С	А2/С	В2/С
Зміни в виконанні	А2/С- А1/С			
Зміни в задоволеності	В2/С-В1/С			

Процес СОРМ повторюється настільки часто, наскільки це потрібно клієнту. Після проведення повторної оцінки спільно з клієнтом визначають, що проблеми вирішили або проблеми, які залишились або з'явилися.

Універсальні тести, що застосовуються в ерготерапії

для оцінки діяльності клієнта

ОПИТУВАЛЬНИК АКТИВНОСТІ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ (Activities of Daily Living)

Чиє в людини труднощі, щоб:

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

Відповіді на питання оцінюються за такими балами:

1 – ніколи, 2 - іноді, 3 – часто, 4 – завжди, 0 – не підходить, не відомо. Плюсують всі бали крім відповідей «не підходить...». Сума ділиться на кількість питань.

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

Тест Ловетта - спеціальний тест на мануальне визначення сили м'язів пацієнта/клієнта. Широко використовується у практиці фізичного терапевта за допомогою мануальної методики тестування. Серед цих методик вигідно вирізняється тестування за Ловеттом. Воно використовується для проведення обстеження й у інших галузях (спеціалізаціях) фізичної терапії, таких як неврологія.

Методика полягає у наданні тілу людини такого положення, при якому з роботи максимально вилучені м'язи синергісти. Методика опублікована в 1932 році і на сучасному етапі є найпоширенішою методикою. Вона ґрунтується на ручній методиці, коли рух виконує один м'яз, який відповідає за цей рух.

За Ловеттом є такі сили м'язів:

- 0 = повна відсутність напруження м'язів;
- 1 = сліди напруження, тобто напруження без руху;
- 2 = виразне напруження м'язів і здатність виконати рух без допомоги реабілітатора, без сили тяжіння;
- 3 = повна амплітуда руху проти сили тяжіння;
- 4 = повна амплітуда руху з середнім опором за всією амплітудою;
- 5 = повна амплітуда з максимальним опором.

Це також може бути виражене в процентах:

0 = 0%, 1= 10%, 2= 25%, 3= 50%, 4= 75%, 5= 100%.

Визначення сліду напруження м'яза першого ступеня є важким і можливим лише для м'язів, які розташовані поверхнево. Сліди такого напруження відчутно за допомогою пальпації в ділянці черевця м'яза, або в місці, де сухожилок м'яза

проходить безпосередньо під шкірою. Другий ступінь сили м'яза підтверджується через підтримування частини тіла фізичним терапевтом.

М'яз третього ступеня здатний виконувати рух з масою частини тіла проти сили тяжіння за повною амплітудою руху. Дослідження сили м'язів повинно починатися відразу на третій ступінь. Якщо м'яз може виконати рух частиною тіла, то переходять до тестування 4 ступеня, якщо немає підтвердження сили 3-го ступеня, розпочинають тестування 2 чи 1-го ступеня.

Тест на силу четвертого ступеня означає таку силу, яка здатна виконати рух проти опору з боку фізичного терапевта. Опір робиться рукою, яку прикладають в дистальному місці до сегмента. Напрямок опору повинен бути перпендикулярним до площини руху досліджуваного м'яза.

У техніці тестування незамінними є такі частини:

- позиція пацієнта, що описана для всіх груп м'язів під час дослідження; застосовують переважно ізольовані позиції, наприклад, лежачи чи сидячи;
- стабілізація відділу тіла, в межах якого розміщений цей м'яз: частково задовольняє стабілізацію рівна поверхня, така, як стіл; також регламентовано під час дослідження деяких м'язів підтримування ближнього відділу суглоба рукою;
- власне виконання руху, тесту; важливою у цьому є амплітуда руху, активність, яку повинен виявити пацієнт, без співпраці з пацієнтом дослідження не дасть необхідного результату;
- застосування опору при дослідженні сили м'яза 4-го ступеня. Опір повинен застосовуватись відповідно до віку, статі та загального стану пацієнта.

Люди старшого та похилого віку потребують допомоги під час одягання, роздягання. Одним із приладів, який полегшує самообслуговування є Засіб Butler.

Засіб Butler – це універсальний засіб для надягання компресійного трикотажу. Особливості Butler: підійде для легкого одягання гольфів, панчох та колгот. Можна використовувати для пацієнтів з порушенням координації рухів. Засіб допоможе швидко одягнути компресійний (антиварикозний) виріб, при цьому не пошкодивши його структуру. Переваги приладу полягають в тому, що його можна використовувати для любого виду трикотажу, підходить для всіх розмірів та класів компресії. Доступними є різні моделі пристосувань Butler, які мають три різних довжини ручки (коротка, довга, та яка регулюється по висоті), тому особи любой тілобудови можуть підібрати потрібну модель.

Правила використання: спочатку компресійний виріб натягнути на раму. За рахунок цього він розтягується і стопа без перешкод проходить всередину. Як тільки носок та п'яткова зони оптимальним способом розмістились на стопі виробу, компресійний виріб поступово натягується на ногу шляхом попереминого підтягування та опускання ручок (рис.1).

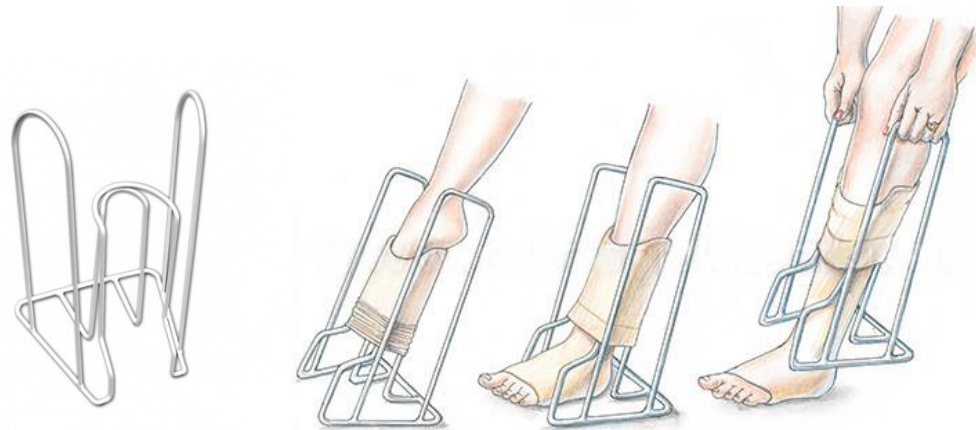


Рис.1. Використання приладу BUTLER для вдягання трикотажних виробів

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ

1. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного харчування.
2. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного справляння побутових потреб.
3. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного користування ванною кімнатою.
4. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного користування кухнею.
5. Формування вмінь, які необхідні особі для самостійного одягання/роздягання.
6. Загальні положення вербального та невербального спілкування з пацієнтом
7. Догляд за хворими з порушеннями та травмами опорно-рухового апарату, травмою спинного мозку
8. Оцінювання помешкання. Ергодіагностика (повернення до праці).

ПОЛІТИКА ОЦІНЮВАННЯ

Розподіл балів та критерії оцінювання

Загальна оцінка за курс складається як сума оцінок за кожен з двох модулів: поточне тестування (лабораторні заняття, самостійна робота); контрольні роботи наприкінці кожного змістового модуля. Оцінювання здійснюється за 100-бальною шкалою ECTS. На оцінку завдань модуля I відводиться 40 балів, модуля II – 60 балів.

Модуль I передбачає перевірку якості засвоєння теоретичного курсу змістового модуля 1 та змістового модуля 2, виконання лабораторних робіт безпосередньо на заняттях, загальна кількість тем змістового модуля 1 та змістового модуля 2 становить 8. Кожна з тем змістового модуля 1 та змістового модуля 2 оцінюється в балах (максимально 5 балів). 5 балів – студент повністю

засвоїв теоретичний матеріал, викладає його в логічній послідовності, робить висновки, висловлює гіпотези, дискутує. 4 бали – студент засвоїв теоретичний матеріал, вільно викладає його, наводить приклади, однак є незначні проблеми з усвідомленням системних зав'язків, не завжди дотримується логіки викладу. 3 бали – студент засвоїв теоретичний матеріал, але під час демонстрації практичних навичок припускається незначних помилок чи неточності. 2 бали – студент засвоїв матеріал на репродуктивному рівні (переказування), приймає активну участь у роботі, відтворює вивчене не завжди в логічній послідовності, припускається помилок. 1 бал – студент невпевнено переказує матеріал, під час відповіді потребує допомоги, допускається помилок. 0 – студент, не приймає участь в обговоренні питань на занятті.

У кінці вивчення навчального матеріалу модуля викладач виставляє одну оцінку за аудиторну та самостійну роботу студента як середнє арифметичне з усіх поточних оцінок за ці види роботи. Цю оцінку викладач трансформує в рейтинговий бал за роботу протягом семестру. Таким чином, максимальний рейтинговий бал за роботу протягом семестру може становити 40.

Модуль II передбачає перевірку підсумкових знань і вмінь студентів шляхом написання модульних контрольних робіт. Оцінка за модуль II виставляється за виконання студентом 2 контрольних робіт (по кожному із змістових модулів), які передбачають перевірку теоретичних знань. Контрольні роботи оцінюються за 30-бальною шкалою.

Критерії оцінювання модульної / підсумкової контрольної роботи:

оцінка “відмінно” відповідає 27-30 балам, ставиться за відмінне написання підсумкової / модульної контрольної роботи;

оцінка “добре” відповідає 22-26 балам, ставиться за хороше написання підсумкової / модульної контрольної роботи;

оцінка “задовільно” відповідає 18-21 балам, ставиться за задовільне написання підсумкової / модульної контрольної роботи;

оцінка “незадовільно” відповідає 1-17 балам, ставиться за незадовільне написання підсумкової / модульної контрольної роботи.

Поточний контроль (мах = 40 балів)		Модульний контроль (мах = 60 балів)		Загальна кількість балів
Змістовий модуль 1	Змістовий модуль 2	МКР 1	МКР 2	100
T1-T4	T5-T8	30	30	
По 5 балів за кожну тему	По 5 балів за кожну тему			
$\Sigma=20$	$\Sigma=20$			

У разі наявності документа, що засвідчує навчання на сертифікованих курсах, онлайн-курсах, які дотичні до тем дисципліни, можливе зарахування певної кількості балів (не більше 10), відповідно до *Положення про визнання результатів навчання, отриманих у формальній, неформальній та/або інформальній освіті у Волинському національному університеті імені Лесі Українки*.

У разі недотриманням студентом *засад академічної доброчинності* - сукупності етичних принципів та визначених законом правил, якими керуються учасники освітнього процесу під час навчання, викладання і провадження наукової (творчої) діяльності з метою забезпечення довіри до результатів навчання та/або наукових (творчих) досягнень, оцінювання роботи не буде відбуватись (!). Списування під час контрольних робіт заборонені (в т.ч. із використанням мобільних девайсів). Мобільні пристрої дозволяється використовувати лише під час он-лайн тестування та підготовки практичних завдань під час заняття.

Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає: • самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання (для осіб з особливими освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і можливостей); • посилення на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; • дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; • надання достовірної інформації про результати

власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використані методики досліджень і джерела інформації.

Політика щодо дедлайнів та перескладання: Роботи, які здаються із порушенням термінів без поважних причин, оцінюються на нижчу оцінку (75% від можливої максимальної кількості балів за вид діяльності балів). Перескладання модулів відбувається за наявності поважних причин.

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ

Екзамен здійснюється провідним викладачем, має на меті перевірку рівня знань студента під час виконання екзаменаційних завдань. Мінімальна кількість балів, яку студент може набрати за екзамен становить 60 балів.

Оцінювання знань студентів здійснюється за результатами поточного й модульного контролю. При цьому завдання із цих видів контролю оцінюються в діапазоні від 0 до 100 балів включно. У випадку незадовільної підсумкової оцінки, або за бажання підвищити рейтинг, студент складає екзамен у формі опитування. При цьому бали, набрані за результатами модульних контрольних робіт, анулюються.

Переведення оцінки в шкалу ECTS та національну шкалу здійснюється за схемою:

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка
90-100	Відмінно
82-89	Дуже добре
75-81	Добре
67-74	Задовільно
60-66	Достатньо
1 - 59	Незадовільно

Студенту, який з навчальної дисципліни має семестровий рейтинговий бал 75 і вище, підсумкова оцінка виставляється автоматично за національною

шкалою та за шкалою ECTS. Якщо семестровий рейтинговий бал студента становить 35 – 59 балів, він має можливість скласти екзамен, студент, який після вивчення навчальної дисципліни за семестр набрав менше 34 балів, вивчає дисципліну повторно.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Основна література

1. Багрій Іванна. Заняттєва терапія як напрям професійної діяльності / Іванна Багрій // Педагогіка та психологія професійної освіти. – 2014. – №1. – С. 158-166.
2. Бісмак О.В. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. / О.В. Бісмак, Н.Г. Мельнік. – Х.: Вид-во Бровін О.В., 2010 – 120 с.
3. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію: навч. посібник / А. С. Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. – 186 с.
4. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію / А. С. Вовканич. – Львів: Українські технології, 2008. – 200 с.
5. Литвин И.А. Когнитивные дисфункции при травматическом стрессовом расстройстве у раненных, поступивших из зоны АТО / И.А Литвин // Медицина невідкладних станів. – 2016. – №4(75). – С. 35-42.
6. Майкова Т.В. Ерготерапія: підручник/ Т.В. Майкова, С.М. Афанасьєв, О.С.Афанасьєва. – Дніпро: Журфонд, 2019. – 374 с.
7. Прохоров А.В. Доступная среда. Практическое пособие в 2-х частях. Ч.1. – М.: ИДПО ДТСЗН, 2016. – 118 с.
8. Прохоров А.В. Доступная среда. Практическое пособие в 2-х частях. Ч.2. – М.: ИДПО ДТСЗН, 2016. – 100 с.
9. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития: Информационно-методический сборник для специалистов / Под ред. А.Л.Битовой, О.С.Бояршиновой. – М., 2017. – 118 с.

10. Таран І.В. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи / І.В.Таран, Ю.Валюшко // Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації : матеріали VI Всеукр. наук.- метод. конф. – Херсон, 2016. – С. 292 – 298.
11. Технические средства реабилитации инвалидов и барьерная среда / Под ред. Е.Е.Ачкасова, С.Н.Пузина, Е.В.Машковского. – М.: «ГОЭТАР», 2018. – 128 с.
12. Швесткова О. Ерготерапія: підручник / О. Швесткова, С. Катержина. – Київ: Чеський центр у Києві, 2019. – 280 с.

Допоміжна література

1. Аксельсон П. Посібник для підготовки користувачам інвалідним візком з ручним приводом / П.Аксельсон, Д.Я.Чесни, Ж.Мінкель, А.Перр. – Л.: Міссіонер, 2002. – 172с.
2. Аксельсон П. Керівництво для вибору інвалідного візка / П. Аксельсон, Д.Я.Чесни, Ж.Мінкель. – Л.: Міссіонер, 2002. – 72 с.
3. Бармашина Л. Формування середовища життєдіяльності для маломобільних груп населення / Л. Бармашина. – К.: Союз-Реклама, 2000. – 89 с.
4. Вовканич А. С. Інструктивні матеріали по догляду за хворими з травмою спинного мозку / А. С. Вовканич. – Львів: Солар-2000, 2000. – 52 с.
5. Грейда Н. Зміст діяльності фахівців фізичної терапії й ерготерапії у комплексному наданні медичних послуг / Н. Грейда, О. Андрійчук, В. Лавринюк / Фізична культура і спорт: досвід та перспективи: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 4-5 квітня 2019 р.) / за ред. Я. Б. Зоря. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2019. – С. 78-80.
6. Грейда Н.Б. Ерготерапія як метод реабілітації неповносправних дітей / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, Т.Є.Цюпак, В.Є.Лавринюк // Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти: матеріали V наук.-практ.

- конф. (м. Луцьк, 3 грудня 2019 р.) / ред. В. В. Чижик. – Луцьк: ЛІРоЛ, 2019. – С. 42-43.
7. Джегер ЛяВонн. Перенесення і підйом дітей та підлітків. Листки домашніх інструкцій / ЛяВонн Джегер. – Л.: Наутілус, 2000. – 27 с.
 8. Медична та соціальна реабілітації: навчальний посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
 9. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – 3-тє вид. – К.: Олімп. л-ра, 2009. – 448 с.
 - 10.Порада А. М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К.: Медицина, 2006. – 248 с.
 - 11.Порада А.М., Порада О.В. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль: підручник. — К.: ВСВ “Медицина”, 2011. — 296 с.
 - 12.Пешкова О. В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів : навчальний посібник / О. В. Пешкова. – Харків : СПДФО, 2011. – 312 с.
 - 13.Романчук О.П. Лікарсько-педагогічний контроль в оздоровчій фізичній культурі: навч.-метод.пос. / О.П. Романчук. – Одеса : видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2010. – 206 с.
 - 14.Шевцов А.Г. Кваліфікаційна характеристика окупаційного терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи / А.Г.Шевцов // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): зб.наук.пр. / Нац.пед.ун-т ім. М.П.Драгоманова. – Кам’янець-Подільський: Медобори, 2008, 2016. – Вип.7. – Т.2. – С.409-424.

Електронні ресурси

1. <http://php.silverplatter.com>
2. <http://www.scsml.rssi.ru>
3. <http://www.accesspub.com>
4. <https://vafk.org.ua/>
5. <http://www.ergoterapia.wordpress.com/>.

6. Эрготерапия (Occupational Therapy) – новая профессия в сфере реабилитации для Украины – [электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.uaua.info/mamforum_arc h/theme/516316.html.
7. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://uk.wikipedia.org/wiki/Абілітація>.
8. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.kadrovik01.com.ua/news /1854-qqn-16-m11-25-11-2016-viznachenno-tipov-zavdannya-taobovyazki-za-novimi-lkarskimiprofesyami>.

Перелік питань до іспиту

1. Законодавство про реабілітацію й ерготерапію
2. Ерготерапевтичний процес
3. Функціональне оцінювання та обстеження ерготерапевта
4. Анамнез (розмова)
5. Спостереження
6. Стандартизовані тести, методи й інструменти
7. Ерготерапевтичне оцінювання та функціональне обстеження функціональних
8. пошкоджень різного типу (порушення функції)
9. Оцінювання пацієнта з точки зору біомеханічного підходу
- 10.Ерготерапевтичне оцінювання функціонального стану неврологічних хворих
- 11.Оцінювання великої моторики
- 12.Оцінювання дрібної моторики
- 13.Оцінювання хапання
- 14.Порушення хапання
- 15.Оцінювання дрібної моторики за допомогою стандартизованих тестів
- 16.Оцінювання чутливості
- 17.Вимірювання амплітуди рухів (за допомогою гоніометра)

18. Вимірювання сили м'язів та сили стискання
19. Вимірювання набряку верхніх кінцівок
20. Вимірювання швидкості та кількості повторень
21. Оцінювання болю
22. Форма для запису результатів обстежень та ерготерапевтичне обстеження
23. Визначення ерготерапевтичних завдань і планів, втручання
24. Ерготерапевтичне втручання для пацієнтів з різними типами функціональних порушень
25. Ерготерапія пацієнтів з руховими порушеннями
26. Нейророзвиваючі підходи
27. Бобат-терапії
28. Метод Аффольтер
29. Метод Базальної стимуляції з точки зору ерготерапевта
30. Біомеханічний підхід
31. Ерготерапевтичне втручання для хворих з порушенням функції верхньої кінцівки – здатності хапати
32. Ерготерапевтичне втручання для пацієнтів з порушенням чутливості
33. Біомеханічний підхід для пацієнтів з ревматичними захворюваннями
34. Принципи спілкування з пацієнтами із психічними захворюваннями
35. Ерготерапевтичні моделі й підходи, що використовуються для пацієнтів з психосоціальними розладами
36. Поведінкові теоретичні межі
37. Когнітивно-поведінкові теоретичні межі
38. Психоаналітичні теоретичні межі
39. Гуманістичні теоретичні межі
40. Інші моделі та підходи, що використовуються в ерготерапії для пацієнтів із психосоціальними розладами
41. Модель Заняттєвої Активності Людини – Model of Human Occupation (МОНО)

42. Канадське оцінювання виконання заняттєвої активності – Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
43. Можливості ерготерапевтичного втручання для людей із психосоціальними розладами
44. Робота з сім'єю та основи сімейної терапії з точки зору ерготерапевта
45. Ерготерапевтичні методи, що використовуються для пацієнтів з порушенням когнітивних функцій
46. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням зорового сприйняття
47. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовують для пацієнтів з порушенням зорового розпізнавання предметів й облич
48. Ерготерапевтичні моделі й підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням зору
49. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з апраксією
50. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням уваги, синдромом неглекту
51. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням пам'яті
52. Використання технічних допоміжних засобів і сучасних технологій
53. Процес призначення, випробування та тренування використання технічних допоміжних засобів
54. Принципи вибору колісного крісла для особи з інвалідністю
55. Комунікаційні технології
56. Ерготерапія у громаді
57. Оцінювання помешкання
58. Ергодіагностика (повернення до праці)
59. Активний відпочинок
60. Науково-доказова практика в ерготерапії.

ВИСНОВКИ

Ерготерапія пропонує унікальний міждисциплінарний реабілітаційний підхід, який поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації та компенсації (адаптації). Реабілітація має на меті відновлення функцій організму, які були втрачені внаслідок хвороби або травми. Наприклад, ерготерапевти працюють над відновленням великої та дрібної моторики після ортопедичної травми для відновлення функцій опорно-рухового апарату. Так, людина із множинними переломами кісток верхньої кінцівки та ураженнями нервів звертається із направленням лікаря до ерготерапевта. Ерготерапевт підбирає індивідуальну програму фізичних вправ для ураженої кінцівки, навчає пацієнта, як правильно контролювати набряк, за необхідності виготовляє ортези і складає реабілітаційну програму заняттями для відновлення втрачених функцій. У прикладі із ранковим ритуалом, завдяки ерготерапевту людина відновлює можливість користуватися мобільним телефоном, відкривати кран у ванній кімнаті, самотійно застібнути гудзики на одязі та ін.

Абілітація спрямована на здобуття нових навичок та вмій для виконання завдань у повсякденному житті. Наприклад, дитина із вродженою патологією розвитку за допомогою ерготерапевта вчиться інтегрувати примітивні рефлекси для того, щоб самотійно підвестися із ліжка вранці, а дитині із аутизмом ерготерапевт допомагає навчитися послідовності виконання дій ранкового ритуалу. Із фізичної точки зору, ерготерапевт допомагає дитині розвивати опорно-рухову, когнітивну та сенсорну систему організму для того, щоб наприклад самотійно ходити в туалет.

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

використання протезів людьми із ампутаціями, комп'ютерних систем людьми із паралізом усіх кінцівок, створення адаптованих столових приборів для самостійного харчування, використання альтернативного методу одягання сорочки, або навіть пристосування ванної кімнати по потреб людини, яка користується інвалідним візком.

Для мільйонів людей із різними вродженими або набутими патологіями та інвалідностями самостійне виконання елементарних домашніх та побутових справ є просто мрією. На допомогу таким людям в усьому світі приходять ерготерапевти. Таким чином, при різних патологіях ерготерапія допомагає людям у повноцінній життєдіяльності – тобто в усьому, чим ми займаємося від першої хвилини, як прокидаємося зранку, до того моменту, коли засинаємо вночі.

Методичні рекомендації

Грейда Наталія Богданівна

Основи ерготерапії та функціональне
тренування
«Основи ерготерапії та функціональне
тренування», третій курс

Видання друкується в авторській
редакції