

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

Ольга Андрійчук
Наталія Грейда

ТЕОРЕТИЧНО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ЕРГОТЕРАПІЇ

Навчально-методичний посібник



Луцьк, 2024

УДК 615.851.3(072)

Г 79

Рекомендовано до друку науково-методичною радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(Протокол №3 від 21 листопада 2024 р.)

Рецензенти:

Лавринюк Володимир Євгенович – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої та сімейної медицини Волинського національного університету імені Лесі Українки

Андрійчук О.Я., Грейда Н.Б. Теоретично-концептуальні основи ерготерапії: навчально-методичний посібник. Луцьк, 2024. 74 с.

У навчально-методичному посібнику подана теоретична інформація з елементами практичного застосування, яка добута зі спеціалізованих літературних джерел, де узагальнено основні напрямки діяльності ерготерапевта. Рекомендовано здобувачам освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 Терапія та реабілітація освітньо-професійної програми Фізична терапія, ерготерапія, які вивчають освітній компонент «Основи ерготерапії», асистентам ерготерапевта та ерготерапевтам. Буде корисним для фахівців в галузі охорони здоров'я.

УДК615.851.3(072)

Г 79

© Андрійчук О.Я., Грейда Н.Б., 2024.

© Волинський національний
університет імені Лесі Українки, 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП.....	5
1. РОЛЬ ЕРГОТЕРАПІЇ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	6
1.1. Мета, завдання, принципи та методи ерготерапії.....	6
1.2. Ерготерапія верхньої кінцівки.....	18
2. ЕРГОНОМІЧНИЙ НАПРЯМ РОБОТИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ	36
2.1. Основи ергономіки в ерготерапії.....	36
2.2.. Бар'єри для маломобільних груп населення	45
ГЛОСАРІЙ.....	50
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ	68

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БАС – боковий аміотрофічний склероз

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

КТ – комп'ютерна томографія

МКФ – міжнародна класифікація функціонування

МРТ – магнітно-резонансна томографія

РАС – розлад аутистичного спектра

ЦП – церебральний параліч

ЧМТ – черепно-мозкова травма

УЗД – ультразвукова діагностика

ADL – Activity in Daily Living

AROM – активний діапазон руху

CDD (Childhood disintegrative disorder) – дитячий дезінтегративний розлад

PROM – пасивний діапазон руху

UL – верхня кінцівка

ВСТУП

Термін «ерготерапія» походить від латинського *ergon* - праця, заняття і грецького *therapia* - лікування. Ерготерапія - це зцілення через діяльність. Ерготерапевт розробляє вплив на пацієнта до кожного конкретного випадку. В ерготерапевтів немає жодного робочого дня схожого на інший, бо всі наші втручання унікальні, як і кожна людина.

Ерготерапія - це галузь знань і навичок про те, як допомогти людині з фізичними або психічними порушеннями бути максимально незалежною у повсякденному житті.

Ерготерапевт повинен володіти знаннями, які спрямовані на реабілітацію осіб з обмеженими можливостями, з вродженими і набутими хворобами, після травм, похилого і старечого віку.

Завдання науково-педагогічних працівників є формування у здобувачів вищої освіти системних знань про місце ерготерапії у комплексній реабілітації пацієнтів, концептуальні основи ерготерапії, які включають визначення проблемного поля пацієнтів, формулювання довгострокових та короткострокових цілей, особливості ерготерапевтичної оцінки стану пацієнтів та докільця на підґрунті науково доказових рекомендацій, визначення стратегії ерготерапевтичного втручання з урахуванням проблем пацієнта, а також принципи, технології та методи ерготерапевтичного втручання.

Здобувачі вищої освіти повинні опанувати як теоретичні положення ерготерапії, так і практичні рішення ерготерапевтичного обслуговування осіб, які потребують досягнення максимально можливої самостійності у повсякденному житті.

Мета ерготерапії - досягнення максимальної самостійності і незалежності клієнта в повсякденному побуті і / або у професійному житті.

ГЛАВА 1

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПІЇ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Мета, завдання, принципи та методи ерготерапії

Ерготерапія (occupational therapy) – галузь знань охорони здоров'я, яка допомагає людині з фізичними або когнітивними порушеннями бути максимально незалежною від оточення в повсякденному житті.

Ерготерапія як засіб реабілітації застосовується до осіб будь-якого віку, які страждають руховими, сенсомоторними розладами, порушеннями сприйняття та/або психосоціальними недоліками. Тому не окремі симптоми хвороби виступають на передній план, а обмеження людини здатності діяти. Ерготерапія проводиться в стаціонарних, амбулаторних, домашніх, санаторно-курортних умовах.

Ерготерапія допомагає особам з інвалідністю або після травми чи захворювання відчувати себе комфортно у побуті та суспільстві, допомагає долати життєві труднощі у самообслуговуванні, продуктивній діяльності, спілкуванні та професійній діяльності.

Робота ерготерапевта передбачає навчити пацієнта/клієнта виконувати терапевтичні вправи та заняття, які пов'язані з побутовою або професійною діяльністю, відновлюють або вдосконалюють компенсаторні життєві навички.

Ерготерапевт велику увагу приділяє навколишньому середовищу пацієнта. Його завдання з одного боку полягає у пристосуванні пацієнта/клієнта до структур навколишнього середовища, з іншого боку він намагається пристосувати довкілля, умови життя до особи з урахуванням її потреб та обмежень.

Метод ерготерапії полягає у підборі видів діяльності, відповідних технік і прийомів з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта / клієнта для того, щоб повторно досягти, поліпшити і / або підтримати (зберегти) особисту компетенцію дій особи у повсякденному житті та професійній діяльності.

Основні напрямки діяльності міждисциплінарної команди в процесі реабілітації пацієнта / клієнта:

- проведення усіма фахівцями команди огляду особи, оцінка її стану і ступеня порушення функцій та спільна постановка цілей втручання, що дозволять домогтися її максимальної самостійності у повсякденному житті;
- спільне обговорення особливостей ведення пацієнта / клієнта;
- спільне створення адекватного навколишнього середовища для пацієнта / клієнта залежно від його потреб;
- спільне визначення умов подальшого відновлення;
- оцінка здатності родичів навчитися прийомам догляду та допомоги клієнту та навчання їх цим навикам;
- складання спільно з пацієнтом / клієнтом і його родичами плану подальшого раціонального ведення клієнта;
- оцінка ефективності проведеного втручання.

Основні напрямки діяльності ерготерапевта:

- оцінка можливостей пацієнта / клієнта до незалежної життєдіяльності з визначенням для нього пріоритетних занять;
- оцінка навколишнього середовища пацієнта / клієнта;
- інформування пацієнта / клієнта про результати своїх досліджень і його стан та допомога отримати навички:
 - самообслуговування;
 - адаптація його житла до його потреб;
 - навчання руховим діям та методам пересування;
 - організація дозвілля;
 - соціалізація;
 - адаптація до професійної діяльності (хоббі, волонтерство, освіта тощо) (рис.1.1).



Рис. 1.1. Пристосування пацієнта до самообслуговування

Ерготерапію використовують як:

- загальнотонізуючу і відновну для підняття психоемоційного тону пацієнта;
- збільшення амплітуди рухів в уражених кінцівках;
- зміцнення м'язів, їх витривалості, покращання координації рухів;
- відновлення рухових навичок побутового і, при можливості, професійного характеру;
- навчання пацієнта та досягнення максимальної незалежності від сторонньої допомоги (рис. 1.2.).



Рис. 1.2. Збільшення амплітуди рухів в уражених кінцівках, зміцнення м'язів, їх витривалості, покращання координації рухів

Для пацієнтів з в'ялими парезами м'язів кінцівок рекомендовані трудові дії, що засновуються на принципах дії механотерапевтичних апаратів маятникоподібного і обертального характеру, робота на ручній і ножній швейній машинці, найпростіші столярні і слюсарні роботи за умови спеціального та надійного кріплення інструмента до руки.

Пацієнтам зі спастичними парезами рекомендують дрібні роботи з пластиліном, глиною, гіпсом, плетення, намотування ниток, мотузки, картонажні, палітурні роботи та різноманітні інші трудові операції, що виключають статичні навантаження. Працездатність відновлюється повністю або частково лише в 2-10 % пацієнтів з наслідками травм хребта і спинного мозку. Серед них більшість навчається нових професій, таких, як палітурник, фотограф, бібліотекар, майстер індивідуального пошиття одягу та ін. Особи, які до травми працювали інженерами, конструкторами, програмістами, економістами, викладачами, перекладачами, науковцями, часто повертаються до своєї попередньої роботи з деякими полегшеннями у режимі праці.

Для осіб з порушеннями елементарних функцій кінцівок ерготерапію зводять до виховання навичок самообслуговування. Хворого навчають самостійно виконувати туалетні маніпуляції, їсти спочатку тверду їжу, а потім напіврідку, використовуючи ложки та виделки з кільцевими фіксаторами для пальців. Ложки, виделки, олівець з кільцевими фіксаторами для пальців. Подібні фіксатори накладають на ручку, олівець, фломастер при відновленні навички письма (рис.1.3). На навчально-тренувальних стендах і макетах відновлюють здатність користуватися предметами, з якими хворий матиме контакт у побуті: крани, замки, телефон, штепсель, засувка, застібка, гудзики.

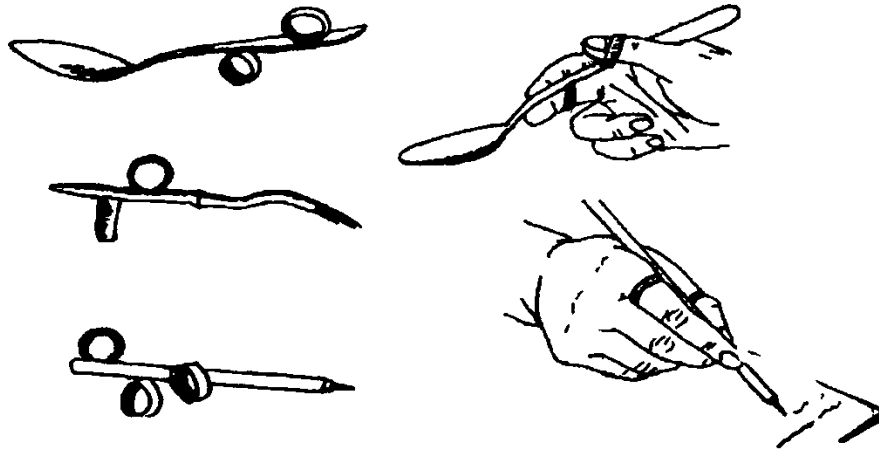


Рис. 1.3. Ложки, виделки, олівець з кільцевими фіксаторами для пальців

В ерготерапевтичному втручанні виділяють основні стратегії:

- розвиваючу;
- з відновленням функції;
- компенсаторну - з відшкодуванням втраченої функції.

Розвиваюча стратегія передбачає реконструкцію тих механізмів і навичок повсякденного життя, які були притаманні клієнту до хвороби.

Компенсаторна стратегія передбачає побудову нових механізмів і навичок, для здійснення колишніх цілей (Цветкова Л.С., 2001).

Важливою умовою ефективної діяльності ерготерапевта є грамотне формулювання проблем клієнта і адекватне визначення цілей втручання.

Сучасні підходи для визначення цілей і постановки завдань передбачають так звані SMART-критерії, які включають:

- S** (specific) - конкретність;
- M** (measurable) - вимірність;
- A** (attainable) - досяжність;
- R** (relevant) - релевантність;
- T** (time-bound) - визначеність за часом.

Конкретність мети передбачає досягнення точного результату, з детальним формулюванням завдань.

Вимірність - результат, що планується одержати внаслідок втручання, повинен мати чисельне вираження. Іноді мета може не мати числового виразу, тим не менш, вона повинна бути дуже конкретною.

Досяжність - оцінюється реалістичність виконання завдань з урахуванням функціонального стану клієнта, його фізіологічні та психологічні ресурси.

Релевантність (доречність, значимість) - для визначення значущості мети важливо розуміти, який внесок вирішення конкретного завдання внесе в досягнення глобальних цілей.

Визначеність за часом - ціль формулюється з указанням часу її досягнення (Майкова Т.В., 2019).

Цілі мають бути узгоджені зі всіма фахівцями мультидисциплінарної команди, враховувати, перш за все, пріоритети та побажання клієнта і його родичів, передбачати можливість точного визначення досягнення цілі.

Визначають довгострокові та короткострокові цілі.

Довгострокові цілі планують досягнення протягом тижнів-місяців та визначають:

- що клієнт зможе робити після виписки зі стаціонару або в певний момент через певний проміжок часу (кілька тижнів або місяців);

- напрямок діяльності, на якому фокусуються зусилля всіх членів міждисциплінарної команди.

З метою ефективної реабілітації пацієнта важливе значення має узгоджена робота мультидисциплінарної команди, спільне обговорення результатів діагностичного обстеження, плану втручання та перспективних питань подальшої роботи з пацієнтом та його близьким оточенням.

Під час консилиуму фахівців міждисциплінарної команди вирішуються такі питання:

- Де буде знаходитися пацієнт?
- Що пацієнт буде здатний робити?
- Чи буде він потребувати допомоги?

Короткострокові цілі досягаються протягом декількох днів або декількох тижнів:

- являють собою розділену довгострокову мету на більш дрібні, легше досяжні цілі;

- дають можливість як самому клієнту, так і членам міждисциплінарній команді виконати негайно роботу щодо досягнення мети протягом одного-двох тижнів.

Успішне ерготерапевтичне втручання можливе за дотримання наступних умов:

Цілеспрямований характер ерготерапевтичного процесу. Формування соціально-побутових і професійних знань і умінь клієнта повинно носити систематичний характер з метою забезпечення його потреб в інформації, як виконати ту чи іншу дію, досягнути бажаного результату з закріпленням дій на практиці.

Особистісно-орієнтований підхід в наданні ерготерапевтичної допомоги. Метод ерготерапії передбачає партнерство, яке залучає пацієнта / клієнта до участі у функціональному прояві своїх діяльних ролей в зовнішньому середовищі. При виборі видів діяльності, методів, технік і прийомів, а також їх варіантів застосування (полегшеного або ускладненого), необхідно враховувати соціально-побутовий та професійний досвід кожного клієнта, його індивідуальні особливості та можливості. Відбір методів має бути обґрунтованим і здійснюватися не тільки з урахуванням завдань чергового етапу ерготерапевтичної допомоги, а й відповідно до запитів і потреб клієнта з

обмеженням життєдіяльності.

Активна діяльність клієнта в процесі сприйняття і засвоєння матеріалу під час навчання. Активність клієнта на заняттях передбачає обстеження предметів, що вивчаються, оперування предметами, картинками, участь в різних іграх (дидактичних, сюжетно-рольових, режисерських), виконання різноманітних вправ, практичних робіт (малювання, ліплення, конструювання та т.д.). Тільки через активну діяльність можна досягти максимальної вмілості клієнта в тій чи іншій сфері життєдіяльності.

Позитивна мотивація діяльності. Її можна досягти формуванням ставлення до діяльності як важливої частини життя, особистісно значущої для клієнта: здоров'я, зовнішнього вигляду, настрою, ставлення до нього довколишніх, і, отже, необхідної для виконання. Ставлення до діяльності багато в чому залежить від того, чи досягає клієнт успіху, чи відчуває він себе "умілим". Тому знання і вміння, що формуються у клієнта, повинні бути йому доступні, перебувати в зоні найближчого розвитку.

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

Взаємодія з родичами або найближчим оточенням пацієнта / клієнта. Результат роботи ерготерапевта та пацієнта не обмежується лише спільною взаємодією. До цього процесу активно повинні бути залучені особи, які перебувають у тісному контакті з пацієнтом, так як вони мають безпосередній вплив на те, як на початкових етапах, й особливо в подальшому буде організовано життєдіяльність людини, яка була залучена до процесу ерготерапії. Моральна та фізична підтримка пацієнта людьми, які є у його житті має важливу роль для нього. Ерготерапевт повинен узгоджувати свої дії та втручання не лише з

пацієнтом та його бажаннями, але й обов'язково враховувати думку родичів та близьких, особливо в разі неможливості пацієнта висловити власну думку, у роботі з особами з порушенням інтелекту, конгнітивними порушеннями, похилого віку та дітьми (рис.1.4).



Рис. 1.4. Залучення батьків, родичів, найближчого оточення до роботи з пацієнтом

Ерготерапія – це залузь охорони здоров'я, яка відповідає за якісне життя пацієнта. Кожен терапевт є інструментом для пацієнта, можна працювати з людиною, починаючи з реанімації та долаючи разом всі етапи відновлення — до повернення на роботу. Ерготерапія має психологічну складову, яка дозволяє повністю перебудувати життя людини наново.

«Основною метою ерготерапії є надання людям можливість брати активну участь у повсякденному житті. Ерготерапевти досягають цього результату, працюючи з людьми та спільнотами, щоб підвищити їхню здатність виконувати заняття, які вони хочуть, повинні виконувати або виконання яких від них очікується_або шляхом зміни заняття чи середовища для кращої підтримки їхньої участі» - зазначено у Definitions of occupational therapy from member organisations. World Federation of Occupational Therapists. Available from <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations> (last access 28.08.2022).

В ерготерапії використовуються як **спеціальні комплекси, тренажери**

та станки, так і підручні засоби. До першого належать реабілітаційні комплекси для відновлення та тренування рук, настільні тренажери для дрібної моторики та ін. Вони імітують повсякденні дії людини без ризику для її здоров'я. До підручних засобів відносяться предмети, такі як вимикачі, застібки, шнурки, дрібні іграшки, настільні ігри, дрібні м'які м'ячі, гумки, телефон тощо (рис. 1.5.).

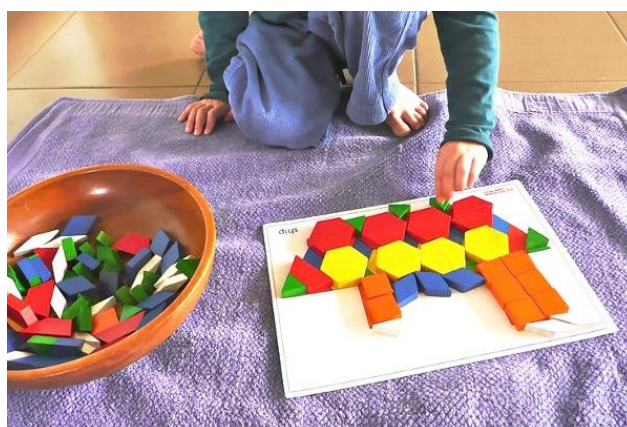


Рис. 1.5. Підручні засоби для відновлення побутових навичок та розвитку дрібної моторики рук пацієнта

У житті пацієнта немає моментів, коли б ерготерапевт не був корисним. Це про допомогу у виконанні безлічі повсякденних справ, серед яких догляд за собою, готування їжі, одягання; про те як працювати за комп'ютером, не втомлюватись і не шкодити здоров'ю; як повернутись до виконання ролі мами, якщо у жінки була травма чи операція; як покращити психічний стан, якщо в тебе депресія; як допомогти воїну подолати перешкоди фізичного та ментального здоров'я, інтегруватись в повноцінне соціальне життя після повернення з фронту.

Лікар лікує, фізичний терапевт допомагає відновити рухи. Проте пацієнту треба повернутись до звичайного життя — почати знову самостійно митись, одягатись, їсти чи готувати, повернутись до роботи, у сім'ю, займатись іншими улюбленими справами, повноцінно спати тощо. І всі ці заняття допомагає виконувати саме ерготерапевт. Це унікальний спеціаліст, без якого жодна реабілітація не буде повноцінною. Ерготерапевтом неможливо працювати без емпатії та усвідомлення, що ми всі різні. Потрібно приймати та любити людину такою, якою вона є, розуміти, що ти тут щоб допомогти, а не оцінювати чи критикувати.

Ерготерапевтичні втручання здійснюються за основними напрямками:

1. **Сенсомоторно-функціональні тренування** (тренування рівноваги, координації, сили, дрібної моторики)
2. **Заняттєва терапія** (терапія працею та творчістю)
3. **ADL – тренінг** (ADL – Activity in Daily Living), в яких входять:
 - **особиста сфера** (одягання-роздягання, прийоми їжі/води, гігієна тіла)
 - **сфера побутової обстановки** (ведення домашнього господарства, тренування поведінки у місті)
 - **з'ясування побутової обстановки** (консультація у відношенні житлових умов, забезпечення допоміжними засобами)

- *консультація і навчання сім'ї* (у тісній співпраці з родиною та близьким оточенням).

В обов'язки ерготерапевта входять:

- детальне дослідження рухових можливостей хворого;
- розвиток дрібної моторики;
- навичок самообслуговування;
- відчуття хворим власного тіла і навколишнього простору;
- ступеня уваги хворого до своєї проблеми;
- підбирає технічні засоби реабілітації та інвалідну техніку;
- налаштовує і адаптує їх під конкретного хворого;
- навчає її використовувати.

На підставі отриманих даних ерготерапевт підбирає комплекс індивідуальних для кожного хворого заходів. Важливою особливістю роботи ерготерапевта є те, що він працює без протоколу.

1.2. Ерготерапія верхньої кінцівки

У роботі ерготерапевта важливий акцент лежить на роботі верхньої кінцівки. Вимогою у повноцінній роботі фахівця є знання анатомії верхньої кінцівки.

Суглоби, що формують плечовий пояс.

При з'єднанні кісток плеча та плечового поясу утворюється 4 суглоби:

1. **Плечовий** – основний суглоб, утворений голівкою плечової кістки та суглобовою западиною лопатки.
2. **Акроміально-ключичний суглоб**, що з'єднує дистальний (акроміальний) кінець ключиці та акроміальний відросток лопатки

(акроміон).

3. **Груднинно-ключичний суглоб**, що забезпечує з'єднання плечового поясу з осьовим скелетом в передній частині верхньої грудної клітки, утворений стернальним кінцем ключиці та грудниною.

4. **Лопаточно-грудний суглоб**, утворений внутрішньою поверхнею лопатки та грудною кліткою. Допомагає м'язам плечового поясу злагоджено працювати для забезпечення правильного положення суглобової западини лопатки під час рухів плеча.

Усі контактні поверхні суглобів покриті суглобовим хрящем (рис.1.6).

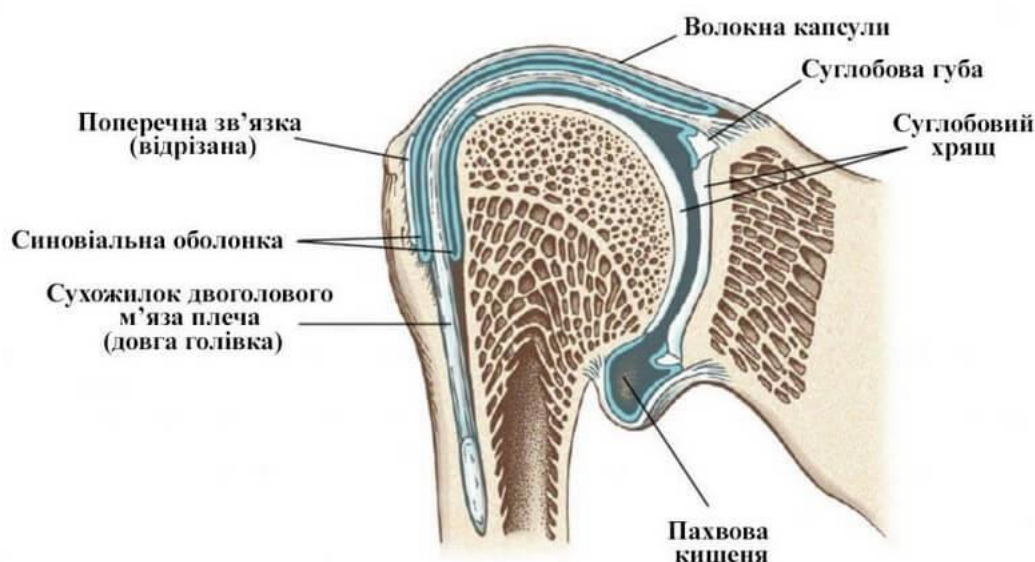


Рис.1.6. Суглобові хрящі плечового суглоба

Суглобові хрящі на кістках плечового суглоба відносно тонкі, оскільки у нормі не передбачають навантаження масою тіла, як у суглобах нижніх кінцівок.

Як і у всіх хрящів, у суглобового хряща плеча пружна консистенція і дуже гладенька, слизька поверхня, що, у поєднанні з синовіальною рідиною, забезпечує вільний рух суглобових поверхонь з мінімальним тертям.

Плечовий суглоб (лат. *articulatio humeri*) відіграє важливу роль у повноцінній функціональній діяльності верхньої кінцівки (рис.1.7).

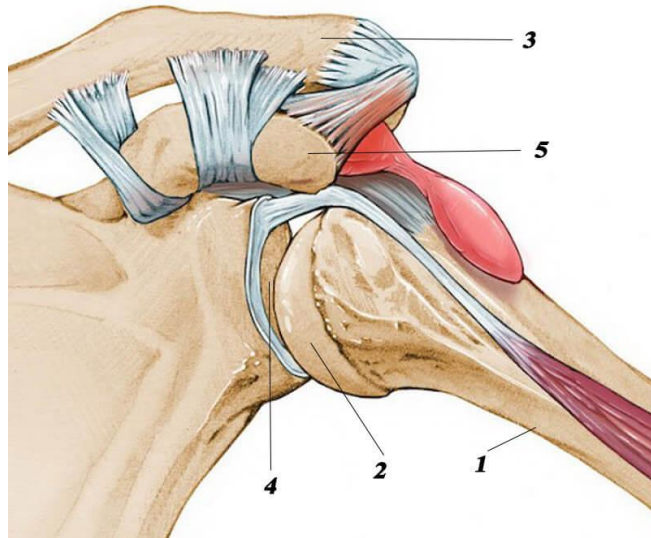


Рис.1.7. Кістки, що формують плечовий суглоб:

1. плечова кістка
2. (точніше, 2. голівка плечової кістки),
3. ключиця (її акроміальна частина) та лопатка,
4. суглобова западина
5. акроміальний відросток лопатки.

Плечовий суглоб — найбільш рухливий суглоб, що пов'язує плечову кістку, а через її посередництво всю вільну верхню кінцівку з поясом верхньої кінцівки, зокрема з лопаткою.

Функції плеча та діапазон руху в градусах:

- Згинання 0-90-180
- Розгинання 0-50
- Відведення 0-180
- Приведення 180-0
- Внутрішня ротація 0-70
- Зовнішня ротація 0-90

Печовий суглоб - один з найбільших і найбільш рухливих зчленувань

кісток. Його стабільність забезпечує суглобова капсула, досить простора, в порівнянні з іншими суглобами, і ротаторна манжета, складена м'язами.

Велике рухове навантаження на плечовий суглоб, відсутність внутрішньосуглобових сухожилів збільшують ризик розвитку патологій. Часто причиною больових відчуттів в плечі є такі внутрішні і зовнішні чинники:

- травма плеча з пошкодженням ротаторної манжети (80% випадків);
- незначні за інтенсивністю травматичні ушкодження архітектоніки плечового суглоба протягом тривалого часу;
- динамічні і статичні перевантаження;
- вроджені аномалії опорно-рухової системи;
- вікові інволюційні ураження;
- впровадження інфекційного агенту;
- порушення обміну і нейрорегуляції;
- новоутворення, в тому числі злоякісні.

Причини болю в плечі - це:

- травми (розтягнення зв'язок, розрив обертальної манжети, перелом);
- звичний вивих плеча;
- артрит і артроз плечового суглоба;
- тендиніт;
- бурсит;
- капсуліт;
- неврит нерву плеча.

При будь-якому з цих захворювань в плечовому суглобі відзначається артралгія – біль. Для встановлення правильного діагнозу велике значення має вивчення характеру артралгії.

Біль в плечовому суглобі оцінюють за такими критеріями:

- повторюваність нападів;
- тривалість дискомфорту;

- першопричини виникнення і посилення болю.

Для оцінки артралгії використовують 3-х бальну шкалу:

- 1 бал – слабка, біль виникає при русі або перевантаженні плечового суглоба, переохолодженні, вночі при засипанні (остеоартроз), вранці (ревматоїдний та псоріатичний артрит). Дискомфорт швидко зникає при усуненні фактору, що викликав сенсibiliзацію суглоба.
- 2 бали – середня. Біль постійна або посилюється навіть при мінімальній напрузі, охолодженні, на початку руху;
- 3 бали – сильна. Різкий біль постійного характеру, що ускладнює рух в плечовому суглобі.

Хрускіт також оцінюють за трибальною шкалою:

- 1 бал – чути тільки хворому і проявляється при значних навантаженнях;
- 2 бали – виникає при будь-якому русі плеча, але відчуття суб'єктивне;
- 3 бали – чути сторонній людині і виникає при будь-якому

Так звана «відображена» біль різниться за інтенсивністю та локалізацією і виникає при:

- інфаркті міокарда - хворобливість відчувається в лівому плечі, гостра, що супроводжується порушенням ритму серця, м'язовим тремтінням, загальним погіршенням стану;
- стенокардії напруги - біль в лівому плечі і відповідної області грудей, посилюється при навантаженні і стихає під час відпочинку;
- холіциститі, жовчнокам'яній хворобі - біль в правому плечі і правому підбер'ї.

Найчастіше біль у суглобах при пошкодженнях обертальної манжети супроводжує відведення кінцівки в бік і заклад її за корпус. При пальпації лікар не тільки визначає хворобливі точки, а й встановлює оптимальну схему введення

анальгетиків. На відміну від артрозу, супроводжується хворобливістю навіть в стані спокою.

При ураженні ротаторної групи плеча артралгія виникає в результаті травм сухожиль і м'язів. Самим травмонебезпечним в зчленуванні є сухожилля, розташоване в безпосередній близькості до акроміального відростка лопатки.

При вікових і травматичних змін стану відростка на його нижній поверхні утворюються кісткові виступи (остеофіти), травмуючі тканини сухожилля. У разі больового синдрому відіграють значну роль процеси мінералізації сухожилля.

Для травми манжети досить іноді найменшого напруження – різкого відведення кінцівки в бік, струшування на тлі дегенеративних процесів. Залежно від стадії порушення ротаторної манжети плеча, розрізняються характер і періодичність болю. Для патології характерний тупий без чіткої локалізації біль у верхньому відділі плеча. Синдром посилюється при піднятті руки, значних впливах на зчленування.

При бурситі артралгія виникає при обертанні, відведенні, згинанні руки. При піднятті руки вгору виникають больові відчуття і напруга. Розрив сухожилля біцепса (при жимі в силових видах спорту) супроводжується не тільки пекучим болем, але і клацанням. У літніх надрив сухожилля може відбутися спонтанно.

При грижі і остеохондрозі хребетного відділу шиї біль віддає під лопатку, ключицю, в руку. Больові відчуття в шиї і потилиці посилюються при виконанні навіть мінімального обсягу фізичної активності, кашлі, чханні. З цими проблемами також оптимальніше всього звертатися до невролога.

Схожість характеристик артралгії викликає труднощі при встановленні точного діагнозу і вимагає застосування комплексних досліджень.

Діагностика болю в плечі

Деякі види патології, травм і захворювань сухожиль, м'язів виявляються при клінічному дослідженні. Лікар проводить тест болючої дуги (Дауборна) і тест на опір зовнішньої ротації.

Метод Дауборна дозволяє визначити ураження сухожилля надостного м'язу, суглобової капсули, ключично-акроміального зчленування. Хворий відводить руку вгору. При цьому біль проявляється в пошкоджених структурах плеча.

Якщо больові відчуття виникають при відведенні кінцівки на 60-120 °, то це сигналізує про порушення структури сухожилля м'язу або капсули суглоба. Біль, що виникає при піднятті руки на 160-180°, говорить про патологію ключично-акроміального зчленування.

До апаратних методів обстеження плеча відносяться: рентген; ультразвукова діагностика (УЗД); магнітно-резонансна томографія (МРТ) і комп'ютерна томографія (КТ). Показанням до застосування рентгенографії є виключення серйозних пошкоджень плеча – переломів, крововиливів, пухлин, вивихів. УЗД виправдано при підозрі на наявність дефектів структур ротаторної манжети. При складності у встановленні діагнозу використовують МРТ і КТ.

Пасивний діапазон руху плеча (PROM) –

Верхня кінцівка (UL) В.п. – лежачи

Оцінка діапазону руху плеча:

- Важливо оцінити пасивний діапазон руху лопатки під час руху плеча.
- При відведенні руки перші 30 градусів руху здебільшого відбуваються в плечовому суглобі.
- Переконайтеся, що лопатка рухається в ритмі з плечовою кісткою під час проходження діапазону руху. Лопаточно-плечовий ритм дозволяє плавно піднімати руку в повне підняття.
- Щоб перевірити плечо-лопатковий ритм, покладіть одну руку на медіальний край лопатки та обережно відведіть плечову кістку приблизно на 45 градусів, щоб відчути рух лопатки. Порівняйте з неуразеною стороною.
- Оцініть зовнішню ротацію плеча, оскільки цей рух швидко втрачає

діапазон руху (наприклад після інсульту) і може бути пов'язаний з болем у плечі.

Активний діапазон руху плеча (AROM) –

Верхня кінцівка (UL) В.п. лежачи

- Згинання плеча понад 90 градусів
- Відведення понад 90 градусів
- Піднести руку за голову щоб долонею торкнутися потилиці
- Завести руку за спину, щоб тильна сторона руки торкалася спини
- Активні двосторонні рухи плечами: попросіть пацієнта звести плечі разом вверху і розслабитися.
- Відвести плечі назад і розслабитися; вивести плечі вперед і розслабитися; опустити плечі вниз і розслабитися.

Ліктьовий суглоб утворюють три кістки:

- плечова кістка (Humerus)
- дві кістки передпліччя – ліктьова кістка (лат. Ulna)
- променева кістка (лат. Radius) (рис. 1.8).



Рис.1.8. Ліктьовий суглоб

Функції ліктьового суглоба та передпліччя і діапазон руху в градусах:

Ліктьовий суглоб:

- *Згинання 0-145-160*
- *Розгинання 160-145-0*

Передпліччя:

- *Пронація 0-80*
- *Супінація 0-90*

Найбільш поширена травма ліктьового суглоба - це вивих передпліччя. Після вивиху ліктьовий суглоб часто залишається нестабільним. Нестабільність означає, що зв'язковий апарат більше не здатний утримувати рухливість кісток в межах фізіологічної норми. Нестабільність спричинює біль і сприяє пошкодженню суглобового хряща, що може привести до передчасного розвитку артрозу.

Частіше всього біль в ліктьовому суглобі турбує професійних спортсменів – штангістів, тенісистів, волейболістів та людей, чия робота тісно пов'язана з тривалими статичними положеннями передпліч або монотонними стереотипними рухами – лікарі узд, піаністи, малярі, швачки. Все тому, що практично всі захворювання ліктьового суглоба є посттравматичними і мають запальний генез. Хронічна травматизація, надмірні навантаження на суглоб, постійне напруження рук – «ідеальні» умови для розвитку захворювань ліктя. Ознаки порушення в ліктьовому суглобі:

- набряк;
- біль;
- почервоніння тканин над суглобом;
- обмеження рухливості в лікті;
- м'язова слабкість кисті;
- оніміння передпліччя;
- відчуття мурашок або поколювання;
- вузлики або ущільнення, відчутні під шкірою навколо суглоба.

Саме це буде турбувати людину з проблемою в ліктьовому суглобі. Якщо є набряклий суглоб, в якому неможливо безболісно розігнути і зігнути руку, важливо невідкладно прийти на огляд і консультацію до травматолога.

Наслідками нелікованих захворювань ліктьового суглоба можуть бути:

- Хронізація болю;
- Контрактури в суглобі;
- Розвиток гнійного запалення;
- Лізис і деструкція кісток.

Контрактура (постійне обмеження рухливості) ліктьового суглоба розвивається досить швидко в порівнянні з іншими великими суглобами. Тому рання мобілізація після вивиху передпліччя має вирішальне значення для збереження рухливості.

Найчастіше діагностує травматолог у випадках болю в лікті:

- артроз/артрит ліктьового суглоба;
- бурсит/гнійний бурсит ліктьового суглоба;
- епікондиліти;
- синовіт;
- неврит ліктьового нерва;
- подагра ліктьового суглоба.

Артроз/артрит ліктьового суглоба

Розвивається як дегенеративно-дистрофічне захворювання внаслідок вікових змін організму або ж на фоні перенесених травм ліктьового суглоба. На місці травми виникає артрит, хронізація котрого призводить до артрозу. Це має під собою дегенерацію суглобового хряща і прогресування місцевого запалення в суглобі через порушення кровопостачання і трофіки тканин. Страждають цим частіше люди, професія котрих пов'язана із постійним напруженням рук – водії, музиканти. Симптоматично проявляється в залежності від стадії розвитку патології. Від відсутності будь-яких скарг на початку і до тотального обмеження рухливості в суглобі на пізніх етапах. Може проявлятись чутний хруст в суглобі, скорочується амплітуда рухів в лікті (рис. 1.9).



Рис. 1.9. Ознаки артрозу

Лікування артрозу ліктьового суглоба полягає у знятті больового синдрому в суглобі і профілактиці прогресування захворювання. В складних запущених випадках може виникнути потреба в ендопротезуванні ліктя.

У правильно підготовленому комплексі терапевтичних вправ при артрозі суглобів, статичні навантаження повинні переважати над динамічними. Статичне навантаження - це коли у вправах вам потрібно в якийсь момент завмерти (наприклад, при підйомі руки) та побути в цьому положенні певну кількість секунд. Завдяки статичним вправам м'язи отримують необхідне для їх зміцнення навантаження, а самі хворі суглоби не зношуються, тому що при подібних вправах рух в них обмежений.

Основні правила виконання терапевтичних вправ при артрозі: перед виконанням вправ виміряти артеріальний тиск; вправи виконувати плавно, в повільному темпі, енергійні рухи протипоказані; збільшення інтенсивності та кількості повторень необхідно нарощувати поступово та обережно; вправи необхідно виконувати регулярно; при появі різких больових відчуттів заняття необхідно припинити.

Терапевтичні вправи після загострення при деформуючих артрозах рекомендують для: розвантаження ураженого суглоба, збільшення суглобової щілини, зменшення болю; покращання крово- та лімфообігу, трофічних процесів в ураженому суглобі; розслаблення м'язів, усунення контрактур і збільшення амплітуди рухів: формування тимчасових компенсацій і підвищення загального тонуусу організму (рис. 1.10).

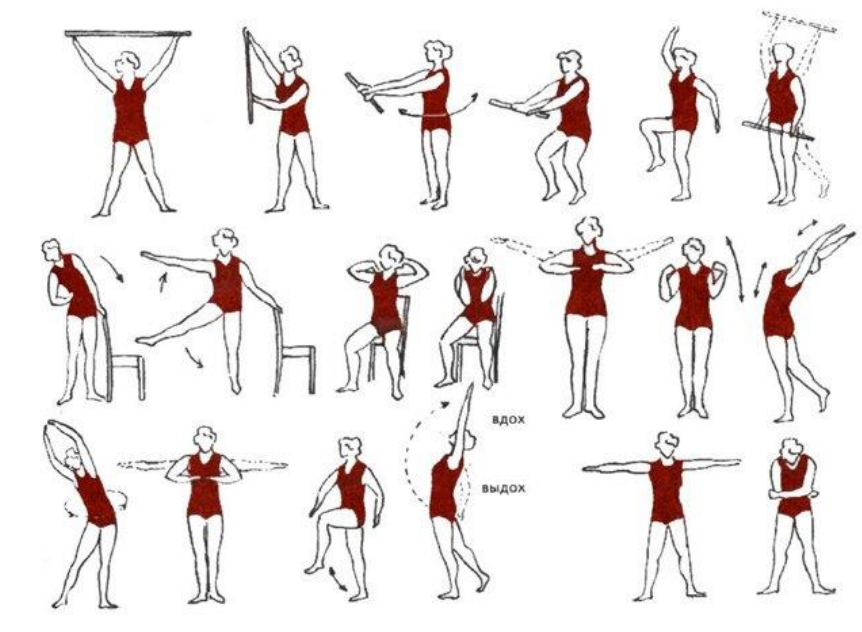


Рис. 1.10. Рекомендовані вправи при артрозі плечового та /або ліктьового суглоба

Бурсит/гнійний бурсит ліктьового суглоба

Запальне захворювання синовіальної сумки ліктьового відростка ліктьової кістки. Механізм розвитку – регулярні однотипні навантаження і травма ліктьового суглоба. Частіше страждають спортсмени – тенісисти, гольфісти,

хокеїсти. В нормі синовіальна сумка гладка і однорідна, забезпечує плавність і м'якість рухів в лікті. Якщо розвивається бурсит, а в лікті накопичується рідина, можна запідозрити або скупчення крові в суглобі – геморагічний бурсит, або гною (при приєднанні мікробної флори) – гнійний бурсит, гіперпродукція синовіальної рідини – серозний бурсит. Симптоматично – непокоїть наявність раптового безболісного набряку навколо суглоба, який не приводить до обмеження рухів у ньому. При гнійному бурситі також буде лихоманка, з температурою до 39-40 градусів. Більш вразливі до бурситів люди, що мають подагру. В більшості випадків лікування даної патології консервативне. У складних ситуаціях можливе застосування артроскопічного видалення запалених тканин.

Виконувати терапевтичні вправи категорично не рекомендується у випадках, коли: підвищена температура тіла; у період гострих запальних захворювань; при пахових грижах; при загостренні серцево-судинних захворювань.

Розвантаження ураженого суглоба і зменшення взаємотиску суглобових поверхонь досягають виключенням осьового навантаження на кінцівку: вихідні положенні лежачи і сидячи; загальнорозвиваючі, дихальні, коригуючі спеціальні вправи. До останніх відносять пасивні, активні з допомогою і без неї вправи для ураженої кінцівки, що виконують у полегшених умовах, махові рухи у хворих суглобах і на розслаблення. Вправи проводяться у повільному темпі і обмежуються амплітудою, що не викликає появи болю.

Терапевтичні вправи необхідні для того, щоб, з одного боку, дати навантаження на м'язи та зв'язки в ділянці уражених суглобів, а з іншого - не перевантажувати самі суглоби. Якщо в комплексі вправ занадто великі навантаження на суглоби, потрібно відмовитися від їх виконання і обов'язково проконсультуватися з лікарем.

Терапевтичні вправи, як правило, проводиться тільки в період ремісії захворювання, коли симптоми хвороби - такі, як біль та запалення в суглобі - мінімальні або відсутні (рис. 1.11)

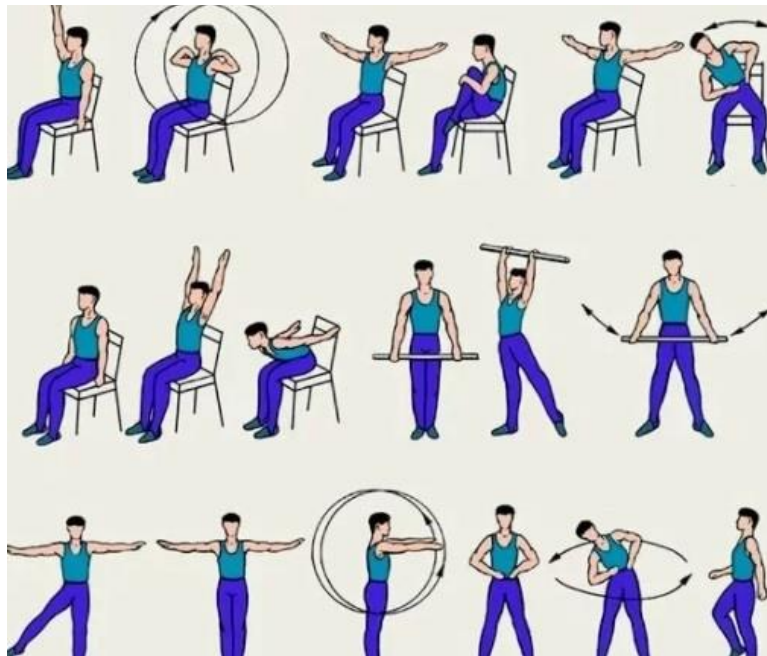


Рис. 1.11. Рекомендовані вправи при бурситі ліктьового суглоба

Епікондиліти

Захворювання розвивається в результаті дистрофії тканин в місцях прикріплення м'язів до надвиростків плечової кістки і розвитку локального запалення. Розрізняють:

- *Латеральний епікондиліт або «тенісний лікоть»*

Захворювання, що переважно вражає людей, для котрих рутинними є стереотипні рухи передпліччям по типу згинання-розгинання – лікарі узд, теслярі, малярі і т.д. Турбує при латеральному епікондиліті частіше всього слабкість м'язів передпліччя і кисті, тремтіння в руці, відчуття оніміння і локальний біль по зовнішньому краю ліктя, що розповсюджується на передпліччя. Посилюється біль при пальпації ліктя, супротиві пасивним рухам, стисканні кисті в кулак. Чоловіки страждають «тенісним ліктем» порівняно частіше жінок. Характер перебігу захворювання хронічний, прогресуючий.

- *Медіальний епікондиліт*

Частіше виникає при тривалому статичному положенні передпліччя в напруженому стані – швачки, піаністи. Клінічно проявляється аналогічно латеральному, лиш точка найбільшої болючості буде локалізуватись по внутрішньому краю ліктьового суглоба.

Для підтвердження діагнозу використовують ультразвукове дослідження ліктьового суглоба. Лікування епікондилітів консервативне, полягає у знятті болювого синдрому і запалення, а також необхідний повний фізичний спокій враженого суглоба.

Комплекси коригуючої гімнастики складають з простих загальнорозвиваючих, дихальних статичних та динамічних вправ і спеціальних вправ на розслаблення м'язів, що прилягають до уражених суглобів. Рухи в них починають з пасивних, потім активних, виконуваних зі сторонньою допомогою і, нарешті, активних, виконуваних самостійно. Вправи виконують у полегшених умовах (ковзні поверхні, роликові візки та ін.) у повільному темпі по всіх осях, з якомога повною амплітудою. При цьому слід уникати підсилення болючості, тому що рефлекторно збільшується напруження м'язів і зменшується амплітуда руху. Тривалість занять з лікувальної гімнастики — 10-15 хв.

Подагра ліктьового суглоба

Це хронічне метаболічне захворювання, основою якого є підвищення рівня сечової кислоти в крові і відкладенні солей натрію в суглобах. Проявляється подагра різким гострим болем в лікті, підвищенням місцевої температури, гіперемією та набряклістю параартикулярних тканин. Золотим стандартом діагностики є визначення кристалів натрію моноурату в пунктаті синовіальної рідини ліктя. Подагра ліктьового суглоба частіше зустрічається в чоловіків. Лікування полягає у купуванні подагричного нападу і підтримці рівня сечовини в межах норми.

Пасивний діапазон руху у ліктьовому суглобі (PROM) –

Верхня кінцівка (UL) В.п. – лежачи

Гіпотонічна кінцівка є важкою і не чинить опору пасивному діапазону рухів (PROM).

Гіпертонічна буде чинити опір до пасивного діапазону руху (PROM).

1. Порівняння ураженої та неуразеної кінцівки, щоб встановити нормальну для цього пацієнта.

2. Якщо пасивна амплітуда руху (PROM) є обмежена набряками, тонусом, артритом або іншими станами (наприклад, артрит, діабет) або змінами температури шкіри, кольору або шкіри виглядає блискучою потрібна додаткова діагностика або відтермінування дослідження.

Активний діапазон руху у ліктьовому суглобі (AROM) –

Верхня кінцівка (UL) В.п. лежачи

- Пронація-супінація у лікті 90 градусів.
- Підняти уражену руку в горизонтальне бокове положення (кисть паралельно до плеча).
- Підняти уражену руку вперед і над головою.
- Пронація-супінація з витягнутим вперед ліктем.
- Зігнути руку; розігнути руку; відвести руку вбік; привести руку

Функції променево-зап'ястного суглоба та діапазон руху в градусах:

Променево-зап'ястний суглоб (рис. 1.12)

- Згинання 0-80
- Розгинання 0-70
- Відведення
- Приведення



Рис.1.12. Променево-зап'ясний суглоб

За своєю будовою це складний суглоб. Він має форму еліпса чи овалу, завдяки чому в суглобі можливі рухи в двох осях – сагітальній та фронтальній. Це забезпечує багатофункціональність суглоба і можливість тонких та точних маніпуляцій, а саме приведення, відведення, пронація, супінація і незначна ротація в суглобі за рахунок рухливості зв'язкового апарату.

Кисть – це частина вільної верхньої кінцівки, котра складається з кісток зап'ястка, п'ястка і фаланг пальців.

Кістки зап'ястка – вісім губчатих коротких кісток, розташованих в два ряди:

- Проксимальний – човноподібна, півмісяцева, тригранна і горохоподібна
- Дистальний – кістка-трапеція, трапецієподібна, головчаста і гачкоподібна

Вони поєднані між собою в малорухомі суглоби. Кістки зап'ястка розташовані в різних площинах і складають основу борозни зап'ястка на долонній поверхні, а випуклість на тильній. У борозні зап'ястка проходять сухожилки м'язів-згиначів пальців. Також в ділянці зап'ястка виділяють зону анатомічної «табакерки», в котрій розташовується судинно-нервовий пучок, що забезпечує трофіку і іннервацію м'язів, сухожилків і окість кісток кисті.

П'ясток утворюють п'ять трубчатих кісток, що мають основу, тіло і головку.

Фаланги пальців – це короткі трубчаті кістки, такі ж як п'ястні, вони мають три частини. Фаланг кожного пальця, окрім першого, три: проксимальна, або основна, середня і дистальна, або нігтьова. В першому, «великому» пальці фаланг дві – основна і нігтьова. Нігтьові фаланги кожного пальця закінчуються не головкою, а горбистістю.

По всій кисті і зап'ястку можуть розташовуватись сесамовидні кісточки. Це дрібні пласкі кісткові фрагменти, що утворюються в результаті внутрішньоутробного розвитку плода і є індивідуальною анатомічною особливістю кожної людини. Вони не несуть значимої фізіологічної функції, але можуть піддаватись травматизації.

Серед травм променевоzap'ястного суглоба і кисті можна виділити:

- переломи променевої, ліктьової, кісток зап'ястка чи кисті;
- розриви і розтягнення зв'язок;
- забої;
- вивихи.

Захворювання, до яких схильний променевоzap'ястний суглоб і кисть в більшості мають запальний або аутоімунний генез. Виникають внаслідок перенесених інфекцій, травм, постійного надмірного навантаження.

Розрізняють:

- артрити променевоzap'ястного суглоба або суглобів кисті;
- синовіти;
- тендініти;
- бурсити;
- синдром карпального клапану.

Діагностика травм кисті включає в себе первинний огляд лікарем ортопедом-травматологом, рентгенівське дослідження і, за необхідності, може використовуватись комп'ютерна томографія чи мрт (у випадках, де необхідна додаткова візуалізація пошкоджень).

ГЛАВА 2

ЕРГОНОМІЧНИЙ НАПРЯМ РОБОТИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Основи ергономіки в ерготерапії

Ергономіка - інтеграційна наукова дисципліна, що комплексно вивчає функціональні можливості людини в трудових і побутових процесах, конкретну діяльність людини, пов'язану з використанням технічних засобів та виявляє закономірності створення оптимальних умов високоефективної життєдіяльності. Людина, техніка, середовище розглядається в ергономіці як єдина функціональна система, в якій визначальна роль належить людині.

Ерготерапія є відображенням ергономічного напрямку роботи у сфері реабілітації, в тому числі, соціальної адаптації пацієнтів що реалізується в західних країнах в якості обов'язкового розділу комплексного підходу до корекції або зниження рівня проблем, пов'язаних з порушеннями рухової діяльності.

Мета ергономіки в ерготерапії - створення можливості досягнення клієнтами незалежності вдома або в іншій значимій соціальній ситуації. Ергономіка дозволяє клієнтам з фізичними, руховими, пізнавальними проблемами, які страждають порушеннями адаптації, поведінки або мають інші особливості, ефективно виконувати щоденні дії, які є для них важливими.

Одним з актуальних напрямків ергономіки в ерготерапії є створення умов для безперешкодного доступу клієнта до елементів безбар'єрного середовища.

Потребу створення безбар'єрного середовища за кордоном усвідомили після Другої світової війни через появу великої кількості людей з різними фізичними та психічними розладами, в тому числі і осіб з інвалідністю. У 1950-х роках у Раді Європи почала працювати комісія, що займається вирішенням питань із створення середовища проживання, що відповідає потребам людей з обмеженими можливостями. Нею було прийнято рішення про проектування та

обладнання будинків, легко доступних для інвалідів, опубліковане як норма №20 Європейського Союзу "Вимоги, що забезпечують доступ інвалідів в будівлі".

Безбар'єрними називають будівельні та інші споруди, транспортні засоби, технічні предмети побуту, системи обробки інформації, акустичні та візуальні джерела інформації, засоби комунікації та інші сфери життя, якщо вони можуть використовуватися людьми з обмеженими можливостями загальноприйнятим способом, без труднощів і сторонньої допомоги.

Безбар'єрне середовище включає інтер'єр житла, об'єкти громадського обслуговування, загальнодоступні простору комунікативного характеру. З точки зору доступності міського соціального простору в п'ятірку пріоритетних об'єктів життєдіяльності для осіб з обмеженими можливостями входять:

- підходи і під'їзди до житлових будинків;
- підходи і під'їзди до лікарень та поліклінік;
- дороги, тротуари і переходи;
- транспорт загального користування;
- магазини, торгові центри і підприємства громадського харчування (рис.

2.13).



Рис.2.13. Бар'єри у життєдіяльності

Бар'єри -це фактори в оточенні людини, які лімітують функціонування і

призводять до обмежень життєдіяльності.

До них відносяться:

- недоступність природного навколишнього середовища,
- відсутність необхідної допоміжної технології,
- негативне ставлення людей до факту обмеження життєдіяльності,
- служби, системи і політика, які або відсутні, або перешкоджають залученню в усі сфери життя людей зі змінами здоров'я

Основними напрямками ергономіки в ерготерапії є формування доступного середовища шляхом реконструкції та адаптації існуючих елементів житла, організації навчального простору і робочого місця, об'єктів міської інфраструктури.

Сформоване в сучасних умовах в містах середовище проживання орієнтовано на практично здорових осіб і не враховує обмежень, що виникають у осіб з фізичними та сенсорними відхиленнями - у тих, хто не може пройти сходами, подолати турнікет, відкрити кватирку у верхній частині вікна, побачити сигнал світлофора, почути повідомлення диспетчера на автовокзалі або в метро.

З безбар'єрним середовищем тісно пов'язано поняття доступного середовища (рис. 2.14).



Рис.2.14. Безбар'єрне середовище

Безбар'єрне середовище – це комплекс заходів, що забезпечують безперешкодне, безпечне, незалежне пересування маломобільних груп населення в умовах навколишнього середовища. Це - ціла система фізичної доступності транспорту, інформації, громадських будівель, спортивних споруд, культурних місць відпочинку.

Доступне середовище - це середовище, яке дообладнане з урахуванням особливих потреб, що виникають у людини з обмеженими можливостями. Так, особи з вадами зору відчують певні труднощі під час необхідності самостійного користування транспортом. Для них важливі не стільки технічні пристосування, скільки адекватна інформація - вербальна, звукова, яка орієнтує, попереджає про небезпеку (рис. 2.15).



Рис. 2.15. Доступне середовище

Слабозора людина потребує обмежувальні бортики на доріжках і сходах, під час користування транспортом - зміни величини показчиків, посилення контрастності колірної гами, яскравості освітлення об'єктів, транспортних елементів, які дозволяють їй використовувати, диференціювати, розрізняти транспортні засоби та пристрої (світлові табло, контрастне фарбування прикордонних верхньої і нижньої сходинок, краї платформи та ін.)

Забезпечення доступного середовища для осіб з проблемами пересування значною мірою вирішується шляхом використання адаптаційної оргтехніки: пристроїв для санітарно-гігієнічних місць, засобів пересування, туалетних крісел, поручнів та інших засобів.

Всі будівлі і споруди, якими можуть користуватися клієнти з обмеженими можливостями, повинні мати не менше одного доступного для них входу, який має бути обладнаний пандусом або іншими пристроями, що забезпечують можливість підйому на рівень входу в будівлю, його першого поверху або ліфтового холу.

Окремі категорії фізично ослаблених осіб потребують допоміжних засобів пересування (палиці, милиці, ходунки) та інватехніки (крісла-колісні). Це диктує збільшення сенсорного поля, що вимагає коригування габаритів приміщень.

Важливими елементами у створенні доступного середовища проживання є підйомно-транспортні засоби. Це - мобільні автономні підйомно-транспортні засоби, «міні-ліфти» вертикальні або нахиленого переміщення для індивідуального користування. При створенні безбар'єрного середовища, відповідно до стандартів, необхідно, щоб сходи були широкими, з перилами та пандусами (рис. 2.16).



Рис. 2.16. Підйомно-транспортний засіб

Певні вимоги висуваються до планування та устаткування квартир. Зручно, коли кухня має прямий вихід на застлану господарську лоджію, комфорт кімнати підвищується, якщо при ній також є лоджія - для багатьох вона є єдиним місцем, де клієнт може дихати свіжим повітрям. Кімната клієнта повинна допускати розміщення ще одного спального місця для людини, яка доглядає за ним. У спальні має бути вхід до санітарного вузла безпосередній або через власний хол.



Рис.2.17. Дизайн кухні для осіб з інвалідністю

Щоб забезпечити зручність і максимальну досяжність у таких зонах, як мийка, варильна панель, робоча зона для приготування їжі, необхідно залишити вільний простір під стільницею глибиною близько 60 см (рис. 2.17, рис.2.18).



Рис.2.18. Ергономічні меблі для осіб з інвалідністю

Оптимальна висота обіднього столу – така, щоб зігнуті в колінах ноги вільно розташовувалися під стільницею (рис. 2.19).



Рис.2.19. Ергономічна вирильна поверхня в кухні для осіб з інвалідністю

Підвищити функціональність кухні допоможуть додаткові вбудовані елементи, на кшталт висувного столика (рис.2.20)



Рис.2.20. Ергономчний висувний столик для осіб з інвалідністю

У порогів при входах доцільно маги скошений притвор висотою до 2,5 см. Зручність спальної кімнати для осіб з обмеженням життєдіяльності багато в чому визначається розміщенням ліжок, до яких має бути забезпечений під'їзд крісла-

коляски. Поблизу ліжка має бути передбачено місце для зберігання крісла-коляски на ніч.

Для переміщення з крісла-колісного на ліжко необхідно передбачати перехідні пристосування з кріпленням їх в конструкціях стелі і стін: стельові кільця, поворотні штанги, канатні доріжки, петлі-власники і ін.

У ряді випадків буває необхідно забезпечити двосторонній доступ ліжка або виключно ліво- або правобічний доступ, що слід враховувати при проектуванні адаптації житла. Приліжкове обладнання має передбачати столик де можна покласти телефон, локального освітлення, зберігання і викладення на ніч дрібних предметів, ліків, пристроїв сигналізації та ін.

Проектування навчального простору і оснащення робочого місця має здійснюватися з урахуванням ступеня функціональних порушень і обмеження здатності клієнта до основних видів діяльності - навчальної і трудової (рис. 2.21).



Рис.2.21. Безбар'єрне освітнє середовище

Робоче місце має забезпечувати клієнту діяльність з незначними або помірними фізичними, динамічними, статичними, інтелектуальними, сенсорними, емоційними навантаженнями, виключати можливість погіршення

здоров'я або травматизму клієнта (рис. 2.22).



Рис.2.22. Доступне середовище на робочому місці у професійній діяльності

Габарити столу мають відповідати ергономічним вимогам роботи клієнта на візку і функціональним вимогам виконання робочих операцій в межах зони досяжності. Окремі елементи обладнання та меблі мають трансформуватися: змінні висота робочого стола і кута нахилу робочої поверхні та висоти спинки, регульована підставка для ніг, підлокітників. Робочий стілець для клієнта слід оснастити пристроєм для зміни положення сидіння по висоті і нахилу, при необхідності - спеціальним сидінням, з компенсаційною подушкою, що полегшує вставання.

Для клієнта з ураженням нижніх кінцівок конструкція робочого столу має забезпечувати вільний в'їзд крісла-коляски під стіл. Габарити зони робочого місця на одного клієнта на кріслі-колясці складають не менше 1800 x 900 мм, при цьому необхідно враховувати габарити розвороту коляски відповідно до вікової групи. У робочій зоні на висоті 800-1600 мм від підлоги мають розташовуватися шафи для зберігання необхідного навчального матеріалу; полки-стелажі для розміщення апаратури, пристосувань, з такими розмірами, щоб розміщені на них предмети не виступали за краї полиць.

2.2. Бар'єри для маломобільних груп населення

Проаналізувати щоденний маршрут пацієнта. Звернути увагу на те, що більшість магазинів, кафе, аптек та інших закладів мають на вході сходи без пандусів, високі ганки чи пороги. Особі, яка пересувається кріслом колісним, знадобляться щонайменше двоє помічників, щоби подолати сходи. Батькам доведеться прикласти фізичну силу, щоби підняти дитячий візок. Особа, яка має протез нижньої кінцівки й на вигляд спокійно долає перешкоди, може відчути дискомфорт.

Вузькі проходи, неадаптовані вбиральні, непромарковані скляні конструкції, через які можна травмуватися, – усе це бар'єри, що відбивають бажання відвідати заклад. Як результат – бізнес втрачає прибуток, а маломобільні групи населення можливість жити нормальним соціальним життям.

З урахуванням дослідження The Village Україна разом з ініціативою «Доступно.UA» та Наталією Пархитько (заступницею керівника громадської організації «Доступно.UA»), які визначають п'ять пунктів, на які варто звернути увагу, щоби зробити локацію доступною та зрештою залучити якомога більше клієнтів і проявити повагу до кожного відвідувача.

ПАНДУСИ Й ВІДСУТНІСТЬ ПОРОГІВ: ЯКИМ МАЄ БУТИ ЗРУЧНИЙ ВХІД

У нових будівлях найкраще одразу робити вхід до приміщення в один рівень із вулицею. Якщо ж на локації є високий поріг, його варто прибрати.

Сходи в будівлях треба дублювати нормативним пандусом із кутом нахилу до 4,6 градуса (8%). По всій довжині пандус мають супроводжувати поручні з обох боків на висоті 0,7 і 0,9 м. Вони повинні виступати за початок і кінець пандуса (на 30 см) і бути заокругленими на кінцях. Дуже важливо, щоби пандус

був виготовлений із шорсткого матеріалу й мав ширину від 1,2 м. Його початок і кінець мають візуально контрастувати з іншими поверхнями.

Якщо в пандуса велика висота, треба встановити на ньому зони для відпочинку з нормативними розмірами: після кожного підйому на 0,8 м має бути горизонтальний майданчик глибиною не менше 1,5 м.

Рейки на сходах і кнопка виклику персоналу.

Доступний пандус із кнопкою виклику як додатковою опцією. Але варто пам'ятати, що кнопка виклику персоналу може бути лише тимчасовим рішенням, поки очікується фінансування доступності й немає змоги одразу облаштувати безбар'єрний вхід. Звичайно, за бажанням власників закладу вона може бути також додатковою опцією до нормативного пандуса або підйомача, який працює та має технічне обслуговування.

Іноді біля сходів встановлюють кнопку виклику персоналу, але вона не є елементом доступності. Тому що людина, яка хоче самостійно потрапити в заклад, вимушена чекати на вулиці, поки до неї хтось спуститься.

ЗАВУЗЬКІ ДВЕРІ – ПРОБЛЕМА ДЛЯ ЗАКЛАДІВ: ЯКА ШИРИНА МАЄ БУТИ У ДВЕРЕЙ І ПРОХОДІВ

Якщо пройти сучасними закладами, складається враження, що вони розраховані лише на одну категорію людей – тих, хто швидко рухається й може протиснутися крізь невеликий вхід. Якщо двері та проходи завузькі, людина на кріслі колісному не може розвернутися, а батьки з дитячими візочками не зможуть потрапити в заклад, бо не пройдуть у двері. Це проблема для маломобільних груп населення. В державних структурах, особливо лікарнях і поліклініках, ситуація, де людина не може потрапити всередину, недопустимі.

Оптимальна ширина дверей має бути від 0,9 м, а проходів від 1,2 м.

СКЛЯНІ КОНСТРУКЦІЇ ТА СХОДИ: ЯК ЗРОБИТИ ПРАВИЛЬНЕ КОНТРАСТНЕ МАРКУВАННЯ

Не має значення, є в особи порушення зору, чи він у неї стовідсотковий – вона може не помітити двері або стіну.

Сходи без контрастного маркування – це також ризик отримати травму не тільки для осіб із порушеннями зору, а й для тих, хто втомився чи відволікся. Особа може не помітити сходинку, оступитися й вдаритися. Тому всередині й зовні приміщення перша й остання сходинки також мають бути контрастно промарковані на всю їхню довжину.

Усі скляні конструкції в приміщенні – стіни, перегородки, скляні двері – у край важливо контрастно маркувати на висоті 1,2–1,5 м.

ВІД ШИРОКИХ ДВЕРЕЙ ДО ПЕЛЕНАЛЬНИХ СТОЛИКІВ: ЯКИМИ МАЮТЬ БУТИ ДОСТУПНІ ВБИРАЛЬНІ

Проблема громадських вбиралень полягає у тому, але не всі можуть ними скористатися. Часто в них не поміщається людина, яка пересувається на кріслі колісному. Інколи трапляються напівдоступні вбиральні: поручні є тільки з одного боку від унітаза або всередині все продумано, але замало місця в кабінці. Буває вбиральня облаштована, але до неї немає зручного доступу для людей, які користуються кріслами колісними або пересуваються з дитячими візочками.

Ширина дверей у вбиральні має бути не менш як 0,9 м.

Розмір кабінки – від 1,8 м на 1,65 м.

Біля унітаза треба облаштувати поручні.

Щоб було зручно мити руки, під умивальником слід залишити простір 0,7 м, а дзеркала розташовувати на рівні 0,85–0,9 м.

Облаштувати доступний вхід до вбиральні.

Слід продумати гачок для особистих речей, милиць, білої тростини, який буде розташований на висоті 1,3 м.

Також у вбиральнях варто облаштувати пеленальний столик, щоби батьки з маленькими дітьми (або ті, хто супроводжують їх) могли змінити підгузки.

КОМФОРТНИЙ РУХ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ: ЩО ТАКЕ ТАКТИЛЬНА НАВІГАЦІЯ

Про тактильну навігацію часто забувають – це дуже поширена проблема. Але кожна лікарня, центр надання адміністративних послуг (ЦНАП), податкова, пенсійний фонд та інші важливі державні структури мають розміщувати інформативні таблички, продубльовані шрифтом Брайля, на висоті 1,2–1,5 м. Вони дають розуміння, де людина перебуває й куди може піти.

Ще одна поширена проблема з тактильною навігацією – неякісні тактильні смуги на пішохідних шляхах і на вході до приміщень. Часто їх викладають із порушеннями Державних будівельних норм: роблять із неякісного матеріалу, плутають попереджувальні та направляючі смуги, ненадійно закріплюють, тому вони можуть стати причиною травм.

ПРОБЛЕМИ ТРАНСПОРТНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ Й НЕ ТІЛЬКИ: ЧОМУ ВАРТО ПРИДІЛИТИ УВАГУ СТОЯНКАМ

Якщо біля локації є своє паркування, там слід облаштувати паркувальні місця для людей з інвалідністю. Міська влада теж має зважати на облаштування спеціальних паркомісць, адже ситуація з транспортною інфраструктурою доволі складна, маломобільні групи населення не завжди можуть користуватися громадським транспортом. Багато хто за можливості намагається пересуватися на таксі або на власному авто. Тому важливо, щоби люди мали де паркуватися.

Паркувальні місця для людей з інвалідністю категорично не можна займати іншим водіям ні на пів години, ні на хвилину.

УСВІДОМИТИ МАСШТАБ ПРОБЛЕМИ: З ЧОГО ВАРТО РОЗПОЧАТИ ЗМІНИ

Проблема полягає не просто в тому, що хтось не може кудись потрапити. Неможливість вільно та самостійно пересуватися – це порушення прав людини. Якщо кожен це усвідомить і зможе зробити щось зі своєї сторони, щоби змінити ситуацію, життя маломобільних груп населення стане набагато кращим.

Зрештою, якщо ви проаналізуєте причинно-наслідкові зв'язки, то побачите, що необлаштовані правильно локації впливають на прибутки бізнесів та економіку країни загалом. Тому що люди не можуть заробити й витратити гроші, якщо їх обмежують у просторі.

Всі зміни починаються зі свідомості людини. Всі мають зрозуміти, що маломобільні групи населення – це дуже широка аудиторія: і люди з інвалідністю, і батьки з дитячими візочками, і вагітні жінки, і люди старшого віку, і люди з тимчасовими травмами. Щойно відкриється масштаб проблеми, тоді відбудуться зміни у світогляді.

(Інформація підготовлена за фінансової підтримки Європейського союзу European Union in Ukraine та німецького фонду Маршалла Сполучених Штатів Америки. Її зміст є винятковою відповідальністю «Доступно.UA»)

ГЛОСАРІЙ

Реабілітація (habilitis – здатності, re – повернення, відновлення) використовує основні засоби (Калвах і кол., 2004): лікувальні (реабілітація в медицині), соціальні, трудові (включно з трудовою реабілітацією, та ергодіагностикою), педагогічні та виховні. Важливу роль у реабілітації відіграють також інші чинники, наприклад безбар'єрне середовище, громадський транспорт, житло.

Ерготерапія (від латинського ergon – праця, заняття і грецького therapia – лікування) – зцілення через діяльність.

Основні етапи ерготерапевтичного процесу (Кривошікова, 2011): знайомство; оцінювання стану; визначення плану втручання; власне втручання включно з повторним оцінюванням; виписка.

МКФ є єдиною системою класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я в ЄС. International Classification of Functioning, Disability and Health ICF – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (Класифікація МКФ) була опублікована ВООЗ (Всесвітньою організацією охорони здоров'я) у 2001 році, а її переклад на чеську мову був опублікований видавництвом «Града» у 2008 році.

МКФ використовує чотири основні компоненти (функції та структури організму, діяльність, участь, чинники середовища), які поділяються на розділи, а останні – на домени. Домени ви-магають класифікації ступеня обмеження життєдіяльності. Існує також п'ятий компонент – особистісні чинники.

Класифікація МКФ призначається для: оцінювання ступеня інвалідності; оцінювання працездатності за станом здоров'я (якщо фізична особа є особою з

інвалідністю); оцінювання спеціальних потреб у навчанні; призначення та оплати медичних засобів; завдань медичних страхових компаній; визначення стану здоров'я як основи для оцінювання у справі виплати допомоги та надання по-слуг соціального забезпечення; статистичних завдань при оцінюванні стану здоров'я.

Прикладами анкет якості життя, розроблених ВООЗ (Всесвітньою організацією охорони здоров'я) згідно з МКФ, є: СТАНДАРТИЗОВАНА АНКЕТА SF-36 (short form measure of generic health status з 36 питаннями); АНКЕТА WHO DAS II (WHO disability assesment scale з 36 питаннями), проводиться у формі структурованого інтерв'ю.

План ерготерапевтичного втручання – це послідовність запланованих методів втручання, коли на підставі оцінювання терапевт вирішує, які методи, техніки та засоби використовуватиме для виконання поставлених завдань.

Анамнез (розмова) походить від грецького слова й означає «згадування». Найчастіше його отримують під час розмови з пацієнтом, за винятком випадків, коли до співпраці залучається сім'я або близьке оточення.

Спостереження – найважливіший етап збору інформації про пацієнта, який передбачає споглядання за пацієнтом під час занять та відпочинку.

Оцінювання – оцінка можливостей пацієнта на підставі обстежень, коли терапевт проводить базове первинне обстеження.

Комплексне оцінювання: оцінювання великої та дрібної моторики; оцінювання функціональної моторики верхніх кінцівок; оцінювання чутливості, тонуусу м'язів та балансу.

Оцінювання великої моторики – оцінювання мобільності; перенесенні ваги; оцінювання великої моторики верхніх кінцівок; амплітуди руху; сили м'язів; аномальних рухів.

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

Тренінги Активності у повсякденному житті (ADL) – тренінги спрямовані на відновлення і підтримання базових навичок самообслуговування, таких як одягання, прийом їжі, умивання, переміщення в ліжку тощо, роблять життя хворого більш активним, привчають до самодисципліни і дають відчуття комфорту і незалежності від оточуючих.

Дзеркальна терапія – тренінг, який проводиться з використанням дзеркала, яке встановлюється таким чином, щоб створене відображення здорової кінцівки сприймалося як хвора кінцівка. Дзеркальна терапія дозволяє відвикати від хворої кінцівки і сприймати її як здорову.

Метод Перфетто – це метод дотиків. Ерготерапевт торкається до різних ділянок тіла і кінцівок пацієнта. Пацієнт навчається розрізняти дотики по силі, напрямку, жорсткості, текстурі. За допомогою даної методики пацієнт отримує можливість заново отримувати інформацію від власного тіла, метод дозволяє навчити відчувати своє тіло, розрізняти положення частин тіла.

Базальна стимуляція – це метод, завдяки якому у пацієнта з обмеженням функцій частин тіла відбувається стимуляція органів сприйняття і обробка

інформації за допомогою найпростіших (базових - від basis, основних) подразників, внаслідок чого ці обмеження знімаються.

Соматична базальна стимуляція – стимулюється чутливість різних частин тіла за допомогою дотиків до різних предметів та різних консистенцій,

Вестибулярна базальна стимуляція – стимуляція вестибулярного апарату, рівноваги тіла в спокої і при русі,

Вібраційна базальна стимуляція – стимулюється чутливість різних частин тіла за допомогою вібруючих пристроїв: іграшок, масажерів.

Арт-терапія – це система занять, спрямованих на розвиток усіх сторін особи дитини в процесі художньої та ігрової діяльності. Метод використовується при широкому спектрі проблем, особливо, коли мова заходить про дітей з обмеженими можливостями, з таким діагнозом як аутизм, синдром Дауна, ЦП, затримка розвитку мови, дефіцит уваги, гіперактивність, а також при дитячих страхах, фобіях, неврозах, енурезі. Будучи засобом невербального (безсловесного) спілкування арт-терапія особливо цінна для тих, хто недостатньо добре володіє мовою, кому важко виразити свої думки в словах.

Гарденотерапія – це технологія ерготерапії на основі цілорічного спілкування літньої людини з живими квітами і рослинами в будинку, соціальному закладі, на присадибній ділянці.

Когнітивно-поведінкова терапія – є одним з провідних, сучасних, науково-обґрунтованих методів психотерапії: налаштування дитини на позитивні рішення; переконання дітей к тому, що вони любимі; допомога у прийнятті

рішень; це передбачає активну участь клієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань.

Каністерія – реабілітація за допомогою собак, яких відбирають ще цуценятами та готують до спілкування з особливими пацієнтами і допомагають лікувати дітей із різними порушеннями. Після лікування собаками у дитини покращується моторика рук, рухова активність, вона стає більш впевненою в собі, щасливою і врівноваженою.

Іпотерапія – це метод ерготерапії, який базується на взаємодії пацієнтів і коня, який спеціально навчений для роботи з такими пацієнтами. Іпотерапія впливає на організм дитини через два чинники: психогенний і біомеханічний.

Дельфінотерапія – спілкування пацієнта з дельфіном. Така терапія сприятливо впливає на психіку й емоційний стан дитини. Спілкування з дельфіном – сильний сенсорний стимул, який змушує нервові структури активно працювати, що сприяє розвитку зорових, мовних, рухових функцій та інтелектуальному розвитку. Крім того, дельфінотерапія супроводжується гідромасажем пацієнта.

Амнезія – часткова або повна відсутність пам'яті.

Посттравматична амнезія виникає відразу після нещасного випадку. Пацієнт не пам'ятає події чи розмови, що відбуваються під час повсякденної діяльності після травми.

Ретроградна амнезія – пацієнти не пам'ятають частину інформації та подій, що відбувалися до черепно-мозкової травми – від кількох хвилин до кількох місяців. Спогади про період задовго до ретроградної амнезії добре зберігаються.

Антероградна амнезія – проблеми з пам'яттю після травми, що викликають більше проблем, ніж втрата пам'яті на спогади, які передували травмі.

Синдром постуральної нестабільності – це синдром падіння, який призводить до тяжких наслідків: переломів різної локалізації, черепно-мозкової травми, появи страху падіння, що значно обмежує фізичну активність літньої людини і знижує якість життя. До внутрішніх причин постуральної нестабільності відносяться чинники, пов'язані з фізіологічними, психофізіологічними і анатомічними змінами, які відбуваються під час старіння організму людини.

Зорово-просторові порушення та порушення сприйняття – вуха й очі можуть працювати добре, але частина мозку, яка сприймає вхідну інформацію з цих джерел, може працювати неправильно. Труднощі з оцінкою відстані, просторового співвідношення і орієнтації в просторі можуть означати, наприклад, що людина може нашттовхнутися на меблі, які вона бачила, проте неправильно визначила, де саме вони знаходяться по відношенню до неї.

Атаксія – це порушення координації рухів, порушення контролю над довільними м'язовими рухами, що перешкоджає нормальній послідовності дій, які стають не скоординованими і спричиняють до незграбних довільних рухів. Це може викликати труднощі з ходьбою та рівновагою, координацією рук, мовою та мовленням і рухами очей. Атаксія виникає внаслідок пошкодження частини мозку, яка відповідає за координацію м'язів (мозочок) або їхні зв'язки.

Дискінезія – це мимовільні рухи, які порушують здійснення вільного руху.

Диспраксія – це труднощі з плануванням та виконанням послідовних дій. Цим вона відрізняється від проблем з координацією рухів. Особа може не мати проблем з фактичним рухом, зазвичай проблема полягає в тому, що вона не може

свідомо об'єднати рухи чи виконати їх планово. Часто такі розлади можна сприймати як небажання пацієнта співпрацювати з фахівцем. Наприклад, особа, яка не може зігнути руку в лікті на прохання, але через кілька хвилин може, дивлячись на годинник на цій же руці, автоматично зігнути руку в лікті.

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 неглекту: зоровий, сенсорний (органи чуття), руховий, слуховий. Синдром ігнорування також відомий як одностороннє просторове ігнорування. Це поширений стан, що призводить до обмежень повсякденної діяльності після пошкодження мозку, коли пацієнти не можуть помітити предмети з одного боку простору. Цей синдром є найбільш поширеним і тривалим після пошкодження правої півкулі мозку людини, особливо після інсульту. Такі люди з правостороннім ураженням мозку часто не можуть усвідомлювати об'єкти ліворуч, демонструючи нехтування ними (80% осіб з синдромом ігнорування отримали ураження правої півкулі).

Параліч (плегія) визначає повну відсутність активних рухів, обумовлену порушенням інервації відповідних м'язів (зв'язок органів і тканин з ЦНС при допомозі нервових волокон).

Моноплегія – параліч м'язів однієї кінцівки.

Геміплегія – параліч нижніх, мимічних м'язів, руки і ноги на одному і тому ж боці тіла.

Параплегія – параліч м'язів обох кінцівок (переважно ніг).

Триплегія – параліч трьох кінцівок.

Тетраплегія – параліч м'язів всіх чотирьох кінцівок.

Церебральний параліч (ЦП) – це органічне непрогресуюче ураження мозку, яке виникає в період внутріутробного розвитку, у період пологів або в період новонародженості та супроводжується різними руховими порушеннями: парезами, паралічами, насильницькими рухами, порушенням координації. Крім того, у 60-80 % дітей спостерігаються порушення психіки та мови.

Подвійна геміплегія – найбільш тяжка форма ЦП, що характеризується тяжким тетрапарезом. У таких дітей за рахунок інтенсивних тонічних рефлексів переважає ригідність м'язів, вони не можуть стояти, сидіти, ходити, олігофренія має виражений характер.

Спастична диплегія – це форма захворювання притаманна понад 50 % дітей із ЦП. За характером рухових порушень спастична диплегія є тетрапарезом (тобто уражені руки та ноги), але ноги уражуються більшою мірою. У таких дітей у 70 % випадків спостерігаються мовні порушення у формі дизартрії (порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи) і у 60-80 % – розумові. У залежності від міри вираженості рухових порушень розрізняють важкий, середній та легкий ступені ураження.

Гіперкінетична форма ЦП спостерігається у 20-25 % усіх пацієнтів із вказаною патологією та характеризується наявністю раптових мимовільних насильницьких рухів, різноманітних за видами. Порушення мовної функції спостерігається у 90 % хворих. Затримка психічного розвитку – у 50 %, порушення слуху – у 25-30 %. Розрізняють три ступеня важкості: важкий, середній та легкий.

Геміпаретична форма ЦП – характеризується ураженням однойменних руки та ноги. Більше виражений парез верхніх кінцівок, нерідко спостерігається затримка психічного розвитку або олігофренія, а також розлади мовної функції, судомні напади. Розрізняють важкий, середній та легкий ступені ураження.

Атонічно-астатична форма ЦП – характеризується поєднанням патологічних тонічних рефлексів з низьким тонусом м'язів та розладом координації. У 60-70 % дітей спостерігаються мовні розлади і затримка психічного розвитку.

Парез – зниження м'язової сили, слабкість.

Монопарез – м'язова слабкість, що супроводжується ураженням однієї кінцівки (рука або нога).

Парапарез – м'язова слабкість на обидвох ногах.

Геміпарез – розвиток слабкості з однієї сторони тіла.

Квадрипарез – відповідно назві ураженню підлягають всі чотири кінцівки.

Параліч Белла – слабкість м'язів обличчя, з характерним опущенням повік та кутиків рота. Зазвичай має тимчасовий характер.

Парез голосових зв'язок – супроводжується захриплим та тихим голосом, а також утрудненим диханням.

Спастичний парез – виникає внаслідок гіперактивності та спастичності м'язів, що своєю чергою спричинене пошкодженням нервів.

Центральний (пірамідний) парез - підвищення тону (спазм) паретичних м'язів — спастичність; клонуси (мимовільні повторювані ритмічні скорочення окремих м'язів); поява патологічних рефлексів (підшвенний рефлекс Бабинського та ін.); відсутність швидкого схуднення паретичних м'язів.

Периферичний парез – зниження м'язового тону; відсутність клонусів стоп і патологічних рефлексів; швидке схуднення (атрофія) паретичних м'язів; фасцикуляції — м'язові сипання (скорочення окремих пучків м'язових волокон).

Змішаний парез – ознаки центрального і периферичного парезів поєднуються (наприклад, боковий аміотрофічний склероз - БАС).

Основні причини парезу – травми (наприклад, голови, спинного мозку); новоутворення, запальний процес, що спричиняють тиск на спинний мозок або нервові закінчення; інсульт; розсіяний склероз; церебральний параліч); цукровий діабет; розвиток інфекційних процесів; синдром Гієна-Барре (проявляється млявими парезами і паралічами, порушеннями чутливості, вегетативними розладами).

Основний симптом парезу – м'язова слабкість та їх скутість, що додатково супроводжується приєднанням відчуття поколювання, зниженням чутливості в ділянці ураження.

Тремор – це мимовільне ритмічне коливання частин тіла, обумовлене чергуванням активації груп м'язів агоністів та антигоністів. При треморі описується локалізація, частота та умови його виникнення.

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.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) – це фізичне пошкодження тканини головного мозку, яке призводить до тимчасового або постійного порушення функціонування головного мозку. Ознаки ЧМТ: блювота; стійкий головний біль; втрата рівноваги; виділення крові та/або ліквору (прозора рідина) з ротової та/або носової порожнини та вуха. Наслідки ураження головного мозку: фізичні, сенсорні, когнітивні, виконавчі дисфункції, мовленнєві, поведінкові, емоційні, соціальні.

Інсульт – це гостре порушення мозкового кровообігу, внаслідок якого виникає пошкодження частини головного мозку. Інсульт найчастіше є ускладненням гіпертонічної хвороби і розвивається на фоні різкого підвищення артеріального тиску. Існують два різновиди інсульту: геморагічний, що спричинений розривом мозкової артерії; ішемічний, коли артерія, що постачає кров у мозок, закупорюється тромбом або спазмується.

Ранні симптоми інсульту – відчуття раптового оніміння або слабкості м'язів обличчя, верхньої чи нижньої кінцівки, найчастіше з одного боку тіла; раптове збентеження, проблема з розумінням мови чи мовленням; раптове погіршення зору на одне або обидва ока; раптові проблеми з ходьбою, запаморочення, втрата рівноваги або координації; раптовий сильний головний біль без відомої причини.

Розлад аутистичного спектра – у новій версії МКХ розлад аутистичного спектра ділиться на підтипи із зазначенням наявності/відсутності розладів інтелекту і зазначенням здатності людини використовувати «функціональну мову» (усну чи письмову). У РАС входять п'ять захворювань: аутизм (синдром Каннера), синдром Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад, синдром Ретта, неспецифічне первазивне порушення розвитку (або атиповий аутизм).

Аути́зм або авті́зм – (грец. autos – «сам»; аутизм – «занурення в себе»; рідше – синдром Каннера) – розлад розвитку нервової системи, який характеризується порушенням соціальної взаємодії, вербальної та невербальної комунікації, і повторюваною поведінкою, існують складнощі у взаємодії із зовнішнім світом. Людина з аутизмом часто уникає спілкування; проте інтелект у таких людей не завжди понижений, часто виявляються так звані «острівці знання» – області, у яких здібності особи досягають нормального або навіть геніального рівня.

Синдрóм А́спергера – характеризується серйозними труднощами в соціальній взаємодії, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним репертуаром поглядів і занять. Особи із синдромом Аспергера в популяції трапляються рідко, й вони не схожі на розумово відсталих, адже володіють, як мінімум, нормальним або ж високим інтелектом, але нестандартними чи слаборозвиненими соціальними здібностями; часто через це їхні емоції та інтеграція відбуваються зазвичай пізніше.

Дитячий дезінтегративний розлад (англ. *Childhood disintegrative disorder CDD*) – порушення психічного розвитку, для якого характерна різка втрата набутих навичок. Дебют хвороби реєструється в 2-10 років, коли дитина стає нетовариською, починає повільно вирішувати завдання, не виконує звичні для нього дії. У перші роки життя у малюка не спостерігається затримка розвитку. Інакше патологія називається синдром Геллера (в честь австрійського педагога, який вперше описав хворобу).

Синдром Ретта – спадковий психопатологічний синдром, який є наслідком мутації однієї X-хромосоми, зустрічається майже виключно у дівчат (хлопчики з таким розладом майже не виживають) з частотою 1:10000 — 1:15000, та спричинює тяжку розумову відсталість.

Атипівий аутизм – загальний розлад розвитку, що виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вираженим і всебічним дефіцитом соціальної взаємодії і спілкування, а також обмеженими інтересами, повторюваними діями. Відрізняється від дитячого аутизму (F84.0) або більш пізнім віком початку (після трьох років), або відсутністю як мінімум одного з основних діагностичних критеріїв (стереотипів, порушень комунікації). Часто зустрічається у дітей з глибокою розумовою відсталістю та в осіб з важким специфічним розладом розвитку рецептивної мови.

Моторика (лат. *motus* – рух) – рухова активність організму або окремих органів. Під моторикою розуміють послідовність рухів, які у своїй сукупності потрібні для виконання будь-якої певної задачі. Вона поділяється на велику й дрібну моторику, а також моторику певних органів.

Дрібна моторика руки – це набір дрібних і точних рухів пальців і кисті руки, здатність маніпулювати дрібними предметами, передавати об'єкти з руки в руку, а також виконувати завдання, що потребують скоординованої роботи очей і рук.

Статичні типи захоплення/тримання поділяються на хапання двопальцеві (англ. bidigital), багатопальцеві (англ. pluridigital) та долонні.

Долонні захоплення – це такі, що здійснюються за допомогою долоні, сюди належить сферичне хапання та поперечне.

Функції верхньої кінцівки – хапання/тримання (простягання руки до предмета та його хапання та можливість втримати); перенесення предметів; маніпуляція предметами; захисні реакції (у разі небезпеки); балансування (наприклад, при ходьбі); опора; невербальне спілкування (жести, знаки).

Захоплення /тримання унілатеральне – правою верхньою кінцівкою або лівою верхньою кінцівкою;

Захоплення /тримання білатеральне – одночасно двома або ж змінне.

Класифікація захоплення /тримання: первинне – хапання/тримання, що виконується пальцями або долонею (статичне, динамічне); вторинне – замінний тип хапання/тримання, що виконується іншими частинами тіла, наприклад, голова – плече, зуби, пахви, лікоть тощо; третинне – хапання/тримання за допомогою ортеза чи допоміжного засоба.

При оцінюванні великої моторики терапевти зосереджуються, зокрема, на таких сферах: мобільність, перенесення ваги, велика моторика верхніх кінцівок, амплітуда руху, обстеження сили м'язів, координації.

Мобільність – тобто те, 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 тощо

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

Велика моторика верхніх кінцівок – ерготерапевт виявляє здатність пацієнта нормально реагувати на пасивний рух, який виконує терапевт. 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.

Амплітуда руху оцінка руху в окремих суглобах пацієнта. Для оцінювання амплітуди руху ерготерапевт використовує гоніометрію, а також виконує оцінювання сили м'язів, тонусу м'язів, координації та мимовільних рухів.

Обстеження сили м'язів є частиною оцінювання амплітуди руху. Адекватна м'язова сила вимагає також адекватної активної амплітуди рухів. Вимірювання відбувається за шкалою 0 – 5.

Координація – це здатність правильно виконувати цілеспрямовані рухи, якими зазвичай керує мозочок.

Постуральні вправи – це вправи, націлені на тренування постуральних м'язів, які допомагають підтримувати поставу і створюють пропорції тіла, допомагають зберігати позу. Ці тренування полягають у зміцненні всього кістково-м'язового

апарату, допомагають у розвитку гнучкості і поліпшенні балансу. Основними вправами для тренування постуральних м'язів є статичні вправи. Заняття проводяться на гімнастичному килимі і спрямовані на розтягування і одночасне зміцнення м'язів всього тіла.

Копінг (від англ. *coping* – долати) – це психологічна стратегія та спосіб подолання людиною стресової ситуації.

Типові методи копінгу – стратегія вирішення проблем; стратегія пошуку соціальної підтримки; стратегія уникнення.

Ергономіка – інтеграційна наукова дисципліна, що комплексно вивчає функціональні можливості людини в трудових і побутових процесах, конкретну діяльність людини, пов'язану з використанням технічних засобів та виявляє закономірності створення оптимальних умов високоефективної життєдіяльності.

Мета ергономіки в ерготерапії – створення можливості досягнення клієнтами незалежності вдома або в будь-якій значимій соціальній ситуації. Одним з актуальних напрямків ергономіки в ерготерапії є створення умов для безперешкодного доступу клієнта до елементів безбар'єрного середовища.

Бар'єри – це фактори в оточенні людини, які лімітують функціонування і призводять до обмежень життєдіяльності.

Безбар'єрне середовище – це комплекс заходів, що забезпечують безперешкодне, безпечне, незалежне пересування маломобільних груп населення в умовах навколишнього середовища. Це - ціла система фізичної доступності транспорту, інформації, громадських будівель, спортивних споруд, культурних місць відпочинку.

Доступне середовище – це середовище, яке дообладнане з урахуванням особливих потреб, що виникають у людини з обмеженими можливостями.

Пандус – це спеціально сконструйований нахилений майданчик, що встановлюється поруч зі сходами, який замінює їх для маломобільних груп населення. Найпростішим та надійним вважається металевий пандус. Крутизна пандусів за технічними нормами не повинна перевищувати 8° , але при влаштуванні на них поручнів і рифленому покритті можна подолати крутизну до 20° .

ВИСНОВКИ

Робота ерготерапевта в закладах охорони здоров'я передбачає застосування ним доказової бази в роботі з клієнтом та встановлення зв'язків між його заняттєвою активністю, середовищем життєдіяльності та їх впливом на його здоров'я і благополуччя в умовах стаціонару, амбулаторії, поліклініки, інших типів закладів охорони здоров'я та в приватній практиці.

Клінічна діяльність ерготерапевта починається з клієнтоцентричного обстеження клієнта, визначення доцільності застосування ерготерапевтичних засобів у кожному конкретно взятому випадку. Основним інструментом терапевтичного впливу ерготерапевта є заняттєва активність.

Після оцінювання результатів обстеження, фахівець планує програму ерготерапевтичного втручання спрямовану на розвиток та відновлювання функцій і структур організму клієнта, які впливають на його заняттєву участь у сфері продуктивної діяльності, дозвілля та самообслуговування.

Повноцінне відновлення порушених функцій або досягнення високого рівня соціальної адаптації осіб з обмеженими можливостями, хворих з вродженими і набутими патологічними станами, осіб старшого і похилого віку є актуальною проблемою сучасного суспільства. Фізичні обмеження ускладнюють життя не тільки самому пацієнту, але і його рідним.

Всі цілі та засоби втручання обов'язково документуються в індивідуальній програмі реабілітації та узгоджуються з клієнтом. Після погодження цілей втручання та отримання інформованої згоди від клієнта, ерготерапевт розробляє, впроваджує та за потреби корегує програму ерготерапії або складові індивідуальної програми реабілітації на основі аналізу результатів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖРЕЛ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ

Основна література

1. Грейда Н.Б. Основи ерготерапії: навчально-методичний посібник. Луцьк, 2023. 193 с.
2. Грейда Н.Б. Основи ерготерапії та функціональне тренування: конспект лекцій. Луцьк, 2022. 50 с.
3. Майкова Т.В., Афанасьєв С.М., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: підручник. Дніпро: Журфонд, 2019. 374 с.
4. Швесткова О., Катержина С. Ерготерапія: підручник. Київ: Чеський центр у Києві, 2019. 280 с.

Додаткова література

1. Андрійчук О., Ульяницька Н., Сітовський А., Грейда Н. Як не пропустити фізичному терапевту депресію у пацієнта? *Physical culture and sport: scientific perspective*. № 1. 2022. С.15-19. DOI: <https://doi.org/10.31891/pcs.2022.1>
2. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію: навч. посібник / А. С. Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. 186 с.
3. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., Ульяницька Н.Я., Сітовський А.М., Лавринюк В.Є. Реабілітація пацієнтів з травматичними ушкодженнями шийного відділу хребта середнього ступеня. *Rehabilitation and Recreation*. № 14. 2023. С.19-26. DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.2>.
4. Грейда Н. Реабілітація осіб з обмеженими можливостями засобами ерготерапії: *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, (м.Полтава, 8 вересня 2022 р.). Полтава, 2022. С. 15-17.
5. Грейда Н.Б. організаційно-методичні основи професійної діяльності фахівців ерготерапевтів. *Сучасні аспекти фізичної терапії та ерготерапії*:

- досягнення, проблеми, шляхи вирішення: матеріали III Науково-практичної онлайн-конференції з міжнародною участю, м. Запоріжжя, 20-21 жовтня 2022 р. Запоріжжя: НУ «Запорізька політехніка», 2022. С. 28-31.
6. Грейда Н.Б. Дзеркальна терапія як метод реабілітації пацієнтів після інсульту. *Наукові орієнтири: теорія та практика досліджень*: матеріали I Міжнародної наукової конференції, м. Харків, 14 квітня, 2023 р. Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023. С.138-139.
 7. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., Ульяницька Н.Я., Лавринюк В.Є. Основні засоби фізичної терапії в постінсультний період в умовах військового стану. *Полтавські дні громадського здоров'я*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Полтава, 27 травня 2022 р. Полтава, 2022. С.68.
 8. Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., Лавринюк В.Є. Основи занятійної науки або окупаційної терапії. *Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти* : матеріали VI наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 9 грудня 2020 р.). Луцьк: ЛІРоЛ, 2020. С. 52-53.
 9. Грейда Н.Б. Професійна діяльність ерготерапевта з дітьми з особливими потребами / Н.Б.Грейда, О.Я.Андрійчук, В.Є.Лавринюк // *Tendenze attuali della moderna ricerca scientifica : der Sammlung wissenschaftlicher Arbeiten «ΛΟΓΟΣ» zu den Materialien der internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz (B. 3), 5. Juni, 2020. Stuttgart, Deutschland, 2020. S. 57–59.*
 10. Колишкін О. В. Теоретико-практичні основи адаптивної фізичної культури: навч. посіб. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2020. 424 с.
 11. Кондзерська В.І., Грейда Н.Б. Сенсорна інтеграція дітей засобами ерготерапії. *Актуальні проблеми розвитку природничих та гуманітарних наук* : матеріали IV Міжнар. наук.практ. конф., м.Луцьк, 11 листопада 2021 р. Луцьк, 2021. С.514-516.
 12. Лянной Ю. О. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. ; ред. Ю. О. Лянной. Суми : Вид-во Сум. ДПУ ім. А.С.Макаренка,

2020. 368 с.

13. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підруч. для студентів I рівня вищ. освіти: галузь знань 22 "Охорона здоров'я", спец. 227 "Фізична терапія, ерготерапія" / за заг. ред.: Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. Тернопіль: ТДМУ "Укрмедкнига", 2020. 372 с.
14. Позмогова Н.В., Богдановська Н.В., Бойченко К.Ю. Основи ерготерапії : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності «Терапія та реабілітація» освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія». Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2024. 132 с.
15. Ульяницька Н., Андрійчук О., Грейда Н., Кириченко І. Застосування клінічних інструментів у практиці фізичного терапевта під час обстеження пацієнтів з черепно-мозковою травмою. *Фізична активність і якість життя людини*: зб. тез доп. VI Міжнар. наук.-практ. інтернетконф. (23 черв. 2022 р.). Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2022. 105-106 с.
16. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина: підруч. для студентів і лікарів. Т. 1 / за заг. ред.: В. М. Сокрута. Краматорськ : Каштан, 2019. 480 с.
17. Шевцов А.Г. Кваліфікаційна характеристика окупаційного терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2016. Вип.7. Т.2. С.409-424.
18. Яримбаш К. С., Дорофєєва О.Є., Афанасьєва О.С. Фізична реабілітація осіб з особливими потребами: підручник. Дніпро: Журфонд, 2020. 215 с.
19. Andrijchuk O., Graidan N., Ulianytska N., Usova O., Andriichuk B. Priority of motives for physical therapy among participants of military operations in Eastern Ukraine. *Physiotherapy Quarterly*. 2021. 29(4). P.14-17. doi:10.5114/pq.2021.105747. <https://www.termedia.pl/Priority-of-motives-for-physical-therapy-among-participants-of-military-operations-in-Eastern-Ukraine,128,43946,1,1.html>.
20. Andriychuk O., Hreida N., Ulianutka N., Zadvorniy B., Andriychuk B. Dynamics

- of indicators of active and passive flexibility during the annual cycle of stretching classes. *Journal of physical education and sport (JPES)*. 2021. Vol 21 (Suppl. Issue 2). Art 141. pp 1118-1123.
- 21.Hreida N. Therapeutic exercises for the development of coordination for patients with diseases and after injuries of the nervous system. *Potrzeby i standardy współczesnej rehabilitacji: XV Jubileuszowe międzynarodowe dni rehabilitacji Rzeszów, 16–17 lutego 2023 r.* Rzeszów, 2023. P.124-125.
 - 22.Graida N., Andrijchuk O., Ulianytska N., Lavryniuk V. Corrective exercises as an effective means of physical therapy. *Potrzeby i standardy współczesnej rehabilitacji: XIV Międzynarodowe dni rehabilitacji, Rzeszów. 24–25 lutego 2022 r.* Rzeszów, 2022. P.94-96.
 - 23.Johnson C. R., DeAngelis T., Muhlenhaupt M. Occupational Therapy Examination Review Guide, 3rd Edition - F.A. Davis Company, 2006. - 230 p.
 - 24.Katz S. Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function/ S. Katz, A.B. Ford, R.W. Moskowitz [et al.]// *JAMA*. - 1963. - Vol. 85. - P. 914-919.
 - 25.Lehfeld H. Informant-rated activities-of-daily-living (ADL) assessments: results of a study of 141 items in the U.S.A., Germany, Russia, and Greece from the International ADL Scale Development Project /H. Lehfeld, B. Reisberg, S. Finkel, S. Kanowski [et al.]// *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* - 1997.-№11. - Suppl 4. - S39-44.
 - 26.Mahoney F.I. Functional evaluation: the Barthel index/ F.I. Mahoney, D.W. BartheF/ *Maryland State Med. J.* - 1965.-Vol. 14,- P. 56-61.
 - 27.Mathiowetz V. Role of physical performance component evaluations in occupational therapy functional assessment/ Mathiowetz V.// *Am. J. Occup. Ther.* - 1993. - Vol. 47(3).-P.225-230.
 - 28.Mroz T.M. Client Centeredness and Health Reform: Key Issues for Occupational Therapy/ T.M. Mroz, J.S. Pitonyak, D. Fogelberg, N.E. Leland// *Am. J. Occup. Ther.* - 2015, - Vol. 69(5): doi: 10.5014/ajot.2015.695001.

29. Pardue M. T. Potential Role of Exercise in Retinal Health / M. T. Pardue, M. Chrenek, R. Schmidt [et al.] // Progress in molecular biology and translational science. – 2015. – № 134. - P. 491–502.
30. Roley S. S. Occupational therapy practice framework: domain & practice. 2nd edition/ S. Roley, J. V. DeLany, C. J. Barrows, American Occupational Therapy Association Commission on Practice [et al.] // Am. J. Occup. Ther.-2008.-Vol. 62(6)-P. 625-683.
31. Somerville E. Occupational Therapy Home Modification Assessment and Intervention/ E. Somerville, S. Smallfield, S. Stark [et al.]// Am. J. Occup. Theren - 2016. - Vol. 70(5): doi: 10.5014/ajot.2016.705002.
32. Sumsion T. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice/ T. Sumsion, M. Law// Can. J. Occup. Ther. - 2006. - Vol. 73(3). - P. 153- 162.
33. Stark S. L. In Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE) / S. L. Stark, E. K. Somerville, J. C. Morris// Am. J. Occup. Theren - 2010. - Vol. 64(4). - P. 580-589.
34. Tse S. Literature review: Occupational therapy and primary health care/ S. Tse, M. Penman, F. Simms // New Zealand J. of Occup. Ther. - 2003. - Vol. 50 - P. 17- 23.
35. Stark S.L. In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE)/ S.L. Stark, E.K. Somerville, J.C.Morris//Am. J. Occup Ther. - 2010. - Vol. 64(4). - p. 580-589.
36. Stamm T.A. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health/ T.A. Stamm, A. Cieza// Australian Occupational Therapy Journal. - 2005,- Vol. 53(1).-P. 9-17.

Інтернет-ресурси

1. Ерготерапія (Occupational Therapy) – нова професія в сфері реабілітації для України http://www.uaua.info/mamforum_arc h/theme/516316.html.
2. <https://uk.wikipedia.org/wiki/Абілітація>.

3. <https://www.kadrovik01.com.ua/news/1854-qqn-16-m11-25-11-2016-viznachenno-tipov-zavdannya-taobovyazki-za-novimi-lkarskimiprofesyami>.
4. Репозитарій спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" – <http://194.44.187.60/moodle/course/view.php?id=799>
5. Глосарій спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія" – <http://194.44.187.60/moodle/course/view.php?id=801>
6. Українська Асоціація фізичної терапії – <https://physrehab.org.ua/uk/home/>
7. <http://rodyna.at.ua/publ/psikhokorrekcija-okkupacionnaja-terapija>
8. Систематичні огляди, рандомізовані контрольовані дослідження, що стосуються втручання у ерготерапії – [OTseeker](#).
9. Definitions of occupational therapy from member organisations. World Federation of Occupational Therapists. Available from <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations> (last access 28.08.2022)
10. <https://lib.nuph.edu.ua/3d-flip-book/ergoterapija/>
11. <https://www.umj.com.ua/article/90478/ishemichnij-insult-medichna-reabilitaciya>
12. <https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/25976/>
13. <https://www.youtube.com/watch?v=rtnlxdcIzGw>
14. <https://vseosvita.ua/library/kniga-krok-do-uspihu-mistit-dobirku-korekcijnih-vprav-dla-roboti-z-ditmi-hvorimi-na-dcp-aki-varto-vikoristovuvati-pid-cas-provedenna-urokiv-126992.html>
15. <https://ortho-rudenko.com.ua/uk/travmy-zapiastia>
16. <https://ortho-rudenko.com.ua/uk/bil-u-likti>
17. <https://arthroscopy.kiev.ua/ua/%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%8C-%D1%83-%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D1%87%D1%96.html>

Навчально-методичний посібник

Андрійчук Ольга Ярославівна

Грейда Наталія Богданівна

Теоретично-концептуальні основи ерготерапії
«Теоретично-концептуальні основи ерготерапії»,
перший курс

Видання друкується в авторській
редакції